

**PROJETOS APLICATIVOS DO CURSO DE  
GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
(GVISA) 1ª edição**

**Área de competência “Gestão  
do risco à saúde”**

## Sumário

	<b>Título do Projeto aplicativo</b>
1.	A gestão do risco sanitário de alimentos sob a ótica da corresponsabilidade.
2.	Alta exposição da população ao risco sanitário associado às práticas inadequadas no preparo e consumo de alimentos no âmbito residencial da micro área de abrangência da estratégia de saúde da família – ESF – Basílio, no município de Rio Bonito – RJ.
3.	Exposição da população do município de Niterói aos riscos em estabelecimentos de salão de beleza.
4.	Proposta para norma de funcionamento para serviços de salão de beleza.
5.	Gestão de resíduos de serviço de saúde: projeto piloto para subsidiar uma proposta de implantação do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos estabelecimentos públicos de saúde da microrregião de Betim – MG.
6.	Identificação e priorização dos riscos no município de Jussarago, GO. Uma nova abordagem para o planejamento das ações de vigilância sanitária.
7.	Implantação de legislação para processamento de artigos em serviços de saúde e de interesse à saúde no estado de Pernambuco.
8.	Segurança do paciente: uma proposta de mudança no olhar da vigilância sanitária.



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA**



**ANVISA**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CAROLINA OLIVEIRA BOTELHO  
CÁSSIA REGINA FERNANDES GOUVÊA  
CRISTINA DA SILVA MARINS  
ELAINE SALVESTRIN SPICCIATI  
FLAVIA BARSOTTI DA CUNHA NAUER  
SIMONE MARTINS MESSIAS  
WASHINGTON LUIS FERIANCE**

**A GESTÃO DO RISCO SANITÁRIO DE ALIMENTOS SOB A ÓTICA DA  
CORRESPONSABILIDADE**

**SÃO PAULO  
2012**

**CAROLINA OLIVEIRA BOTELHO  
CÁSSIA REGINA FERNANDES GOUVÊA  
CRISTINA DA SILVA MARINS  
ELAINE SALVESTRIN SPICCIATI  
FLAVIA BARSOTTI DA CUNHA NAUER  
SIMONE MARTINS MESSIAS  
WASHINGTON LUIS FERIANCE**

**A GESTÃO DO RISCO SANITÁRIO DE ALIMENTOS SOB A ÓTICA DA  
CORRESPONSABILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e  
Pesquisa para certificação como especialista  
em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientadores:

Ana Maria Azevedo Figueiredo de Souza

Renata Shimizu Locatelli da Rosa

Rosângela Sartori

**SÃO PAULO  
2012**

Ficha Catalográfica  
Biblioteca Dr. Fadio Haidar  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Botelho, Carolina Oliveira; Feriãnce, Washington Luis; Gouvêa, Cássia Regina Fernandes; Marins, Cristina da Silva; Messias, Simone Martins; Nauer, Flavia Barsotti da Cunha; Spicciati, Elaine Salvestrin.

A Gestão do Risco Sanitário de Alimentos sob a ótica da corresponsabilidade. Projeto Aplicativo/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título.

G333

## RESUMO

Este trabalho tem por finalidade apresentar uma proposta de intervenção nos serviços de alimentação como mecanismo de proteção à saúde nos municípios de Caieiras, Carapicuíba, Guarulhos, Jandira, Osasco e São Bernardo do Campo. O Projeto Aplicativo na área de Alimentos foi desenvolvido a partir do Planejamento Estratégico Situacional (PES) através dos encontros presenciais e à distância dos alunos do Grupo Afinidade 25 <sup>(1)</sup>, integrantes da turma G2-SP <sup>(2)</sup> **do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA)**, promovido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) <sup>(3)</sup>. Atualmente nas inspeções realizadas observamos que os estabelecimentos não apresentam condições higiênico-sanitárias adequadas, o que pode levar a ocorrência de agravos à saúde desses consumidores. Ao longo da construção do projeto, observou-se que é necessário o apoio dos gestores, a intra e intersectorialidade nas ações e o envolvimento do setor regulado e da população. Conclui-se que o objetivo proposto deve ser alcançado a partir do diagnóstico da situação no município, da definição de prioridades e do monitoramento e análise das ações implementadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão em vigilância sanitária; gestão do risco sanitário; alimento; manipulação de alimentos; inocuidade alimentar; doenças transmitidas por alimentos (DTA).

---

**1** SPICCIATI, E.S. (VISA Osasco); NAUER, F.B.C. (VISA Caieiras); MESSIAS, S.M. (VISA Jandira); MARINS, C.S. (VISA São Bernardo do Campo); GOUVÊA, C.R.F. (VISA Guarulhos); FERIANCE, W.L. (GVS Franco da Rocha); e, BOTELHO, C.O. (VISA Carapicuíba).

**2** Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP)

**3** A realização do Curso teve o apoio do Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NEPEC/ANVISA), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outubro de 2011 e agosto de 2012.

## **SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2. JUSTIFICATIVA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3. OBJETIVOS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.1. OBJETIVO GERAL .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4. METODOLOGIA.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
ANEXO I.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Define-se Segurança Alimentar como o direito inalienável de todos os cidadãos terem acesso permanente aos alimentos necessários à vida, em quantidade e qualidade, que a torne digna e saudável (GÓES, 2001 et al. apud SILVA, 2008).

De acordo com a Lei Federal 11346 de 15 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006), a segurança alimentar e nutricional é um direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), considerando a alimentação um fator determinante e condicionante da saúde, incluiu no Sistema Único de Saúde a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano, como também atribuiu à Vigilância Sanitária a função de diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de alimentos, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.

As doenças transmitidas por alimentos (DTA) são todas as ocorrências clínicas consequentes à ingestão de alimentos contaminados por microrganismos patogênicos, substâncias químicas, objetos lesivos, ou que contenham em sua constituição substâncias tóxicas que chegam ao nosso organismo (OMS, 2002 apud OLIVEIRA, 2009).

Dependendo da quantidade do alimento contaminado ingerido, do tipo de microrganismo ou toxina e do estado de saúde do indivíduo acometido, as doenças transmitidas por alimentos, podem levar a morbidade e a mortalidade (BENEVIDES e LOVATTI, 2004 apud OLIVEIRA, 2009).

Estima-se que até 1/3 da população dos países desenvolvidos são afetados por DTA a cada ano, e que o problema, provavelmente, é maior nos países em desenvolvimento. As doenças diarreicas causadas por água e alimentos são a principal causa de doença e morte nos países menos desenvolvidos matando um número estimado de 2,2 milhões de pessoas, anualmente, a maioria crianças. A diarreia é o sintoma mais comum da DTA, mas podem ocorrer consequências sérias incluindo insuficiência renal e hepática, alterações neurológicas e morte. As sequelas das DTA incluem artrite reativa e paralisia (WHO, 2002).

Surtos graves de DTA foram documentados em todos os continentes nas últimas décadas, ilustrando a relevância destas doenças para a saúde pública. No entanto, os surtos são apenas o aspecto mais visível de um problema muito maior. As doenças transmitidas por alimentos não somente comprometem a saúde das pessoas e o bem estar

[Digite texto]

como trazem consequências econômicas para os indivíduos, famílias, comunidades, empresas e países. Igualmente, impõe um peso substancial ao sistema de saúde e reduzem de maneira significativa a produtividade econômica. Em 1995, estudos realizados nos Estados Unidos estimaram o custo anual de 3,3 a 12 milhões de casos de DTA causados por 7 tipos de patógenos entre 6,5 a 35 bilhões de dólares (WHO, 2002).

Conforme a WHO (2002), a tendência atual na produção, processamento, distribuição e preparação de alimentos no mundo representam um novo desafio para a inocuidade alimentar. O aumento da urbanização trouxe maiores exigências nas condições de transporte, armazenamento e preparo de alimentos. O aumento da riqueza, e a adoção de um estilo de vida urbano levam as pessoas a realizar suas refeições fora de casa. Nos países desenvolvidos até 50% do orçamento destinado a aquisição de alimentos pode ser gasto com alimentos preparados fora de casa. Nos países em desenvolvimento, os alimentos normalmente são preparados por vendedores ambulantes. Em particular, países em desenvolvimento estão experimentando mudanças rápidas no meio ambiente de tal forma que a situação da DTA é agravada pelo crescimento desordenado das cidades, maior dependência de alimentos armazenados, acesso insuficiente à água potável e dificuldades para preparo seguro de alimentos. Além disso, a institucionalização das crianças em escolas e creches e um número crescente de idosos em hospitais e asilos significa que o alimento para muitos é preparado por alguns, e, portanto, pode ser fonte de grandes surtos de doenças transmitidas por alimentos.

Igualmente, contribuem para o aumento da incidência mundial de DTA a mudança do perfil demográfico com o aumento da proporção de pessoas mais susceptíveis aos microrganismos devido a maior expectativa de vida e ao número crescente de pessoas imunodeprimidas e também ao surgimento de novos patógenos e patógenos previamente não associados aos alimentos como *E. coli* O157:H7, desde 1979 responsável por vários casos de doença e óbitos por Síndrome Hemolítico Urêmica, principalmente em crianças, *Salmonella typhimurium* DT104, bactéria resistente a 5 antibióticos comumente prescritos (WHO, 2002), e *E. coli* O104:H4, que em 2011 causou um surto de diarreia sanguinolenta de grandes proporções na Alemanha com casos que evoluíram com Síndrome Hemolítico Urêmica afetando 1600 pessoas com 20 óbitos (CVE, 2011).

Embora a contaminação dos alimentos possa ocorrer em qualquer etapa da cadeia de produção alimentar, os surtos de DTA, em sua grande maioria, são decorrentes da manipulação incorreta de alimentos por manipuladores domésticos, de serviço de alimentação e estabelecimentos de abastecimento ou alimentos vendidos na rua (OMS, 2006 apud CHANG, 2008). Acredita-se que os serviços de alimentação sejam responsáveis por mais de 50% da ocorrência de surtos de origem alimentar (OMS, 2002 apud OLIVEIRA, 2009).

[Digite texto]

Em decorrência da complexidade das sociedades urbanas atuais, a inocuidade alimentar necessita ser firmada pela combinação de medidas de regulamentação, fiscalização, e de educação no controle integrado e eficiente de todos os componentes em cada uma das etapas da cadeia produtiva de alimentos (WHO, 2000; WHO 2002; FAO WHO, 2003 apud VEDOVATO, 2010). A WHO (2007) apud VEDOVATO (2010), atribui a tarefa a todos os envolvidos – governo, produção primária, indústria, comércio, serviços de alimentação e consumidores – na abordagem da Responsabilidade Compartilhada.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, de 2000 até 2011, 8.664 surtos de DTA foram registrados envolvendo 163.425 pessoas doentes e 112 óbitos no país. As regiões Sul e Sudeste notificaram 79,4% dos surtos neste mesmo período (SVS, 2012). Deve-se ressaltar que a quantidade de notificações está relacionada com o grau de implantação da Vigilância Epidemiológica de DTA nos municípios e que nem sempre estas são oficialmente informadas, devido à avaliação médica sem notificação e à presença de sintomas sem necessidade de atenção médica (AMSON et al, 2006 apud BARROS et al, 2011).

Segundo RANTHUM (2002), apenas 5 a 10% dos casos de doenças transmitidas por alimentos chegam ao conhecimento e são registrados pelas autoridades sanitárias no Brasil. Esta mesma autora destaca que a escassez de informação sobre DTA dificulta a percepção do significado das DTA no impacto à saúde pública, o que leva a ausência de prioridade e escassez de recursos designados ao controle das DTA, o que por sua vez leva a negligência na investigação e na vigilância das DTA, reforçando a escassez de informações e retroalimentando este círculo.

No sentido de proteger a saúde da população brasileira das DTA foram elaboradas a Portaria MS nº 1428 de 26 de novembro de 1993 e a Portaria SVS/MS nº 326 de 30 de julho de 1997 (BRASIL, 1993; BRASIL, 1997), que estabelecem as orientações necessárias para inspeção sanitária por meio da empresa produtora e de serviço de alimentos e os aspectos que devem ser levados em conta para a aplicação de Boas Práticas de Fabricação, respectivamente. No Estado de São Paulo, em 10 de março de 1999, foi aprovada a Portaria Estadual CVS nº 06 que estabelece os parâmetros e critérios para o controle higiênico-sanitário em estabelecimentos nos quais sejam realizadas algumas das seguintes atividades: produção, industrialização, fracionamento, armazenamento e transporte de alimentos (SÃO PAULO, 1999). Em 15 de setembro de 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 216/04 que tem como objetivo estabelecer procedimentos de Boas Práticas para serviços de alimentação. Contudo, segundo GERMANO et al. (2000) apud MUNHOZ (2007), nenhuma legislação pode garantir por si só a qualidade e a inocuidade dos alimentos; depende-se

muito mais da aplicação ou não desta e isso perde o valor se não for possível aplicá-la na prática e, em especial, fiscalizar sua execução.

Neste contexto, este projeto aplicativo elaborado por profissionais de Vigilância Sanitária, especializando do grupo afinidade 25 (GA-25) da turma de São Paulo do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária – GVISA, ministrado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde – MS, Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – NEPEC/ANVISA, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, a partir de uma abordagem pedagógica construtivista, por meio das estratégias de aprendizagem baseadas em problemas – APB e da problematização, em atividades presenciais e a distância, pretende trazer um novo olhar para o controle das DTA.

A finalidade do projeto é desenvolver e implantar ações de vigilância sanitária para um efetivo controle ou eliminação de riscos sanitários provenientes de alimentos contaminados em decorrência da manipulação inadequada a partir do fortalecimento do Sistema de Vigilância Sanitária de Alimentos por meio do poder de regulação e estabelecimento de parcerias com outros atores sociais que possam auxiliar na conscientização da população e do setor regulado sobre a importância do alimento seguro.

O local escolhido para aplicação do projeto é justamente os municípios onde os profissionais de Vigilância Sanitária do GA-25 atuam: Caieiras, Carapicuíba, Guarulhos, Jandira, Osasco e São Bernardo do Campo. Esses municípios foram eleitos como referência para o estudo do problema, visto que esse conjunto possui 17% do total de habitantes da Região Metropolitana da Grande São Paulo (RGMSP, 18.730.570 hab. = 100%), totalizando uma população de aproximadamente 3.093.966 habitantes (BRASIL, 2011), além de possuir características bem diversificadas.

Guarulhos é a 2ª maior cidade do Estado de São Paulo e a 13ª do país. Foi considerada a 9ª cidade mais rica do Brasil, em 2007, com um Produto Interno Bruto (PIB) na ordem de 27,4 bilhões de reais, o que representa 1,01% de todo PIB brasileiro na época. Sedia o Aeroporto Internacional que serve à Capital. Possui um diversificado setor comercial, de modo que apresenta quatro grandes centros de compras: Shopping Internacional possui o maior parque *indoor* do Brasil, contando com mais de 10.000 m<sup>2</sup> - situado às margens da Rodovia Presidente Dutra; Shopping Bonsucesso, situado próximo a Rodovia Presidente Dutra e ao leste da cidade, é, atualmente, o segundo maior centro de compras da cidade, trazendo grande parte do público da periferia de Guarulhos e de Arujá. Poli Shopping é o shopping mais antigo da cidade e está instalado no bairro do Centro. A cidade também conta com o chamado **Aeroshopping**, uma vez que o próprio aeroporto transformou-se em um grande centro de compras, atraindo turistas das mais variadas

[Digite texto]

localidades. Além disso, a cidade tem diversos mini shoppings espalhados por sua região. Estão instaladas diversas indústrias de grande e médio porte, bem como transportadoras e diversos armazéns devido ao Aeroporto e as duas rodovias federais que cruzam a cidade.

Osasco tem a 5ª maior população do Estado de São Paulo e 12ª PIB entre os municípios brasileiros. Na cidade estão instaladas algumas das empresas que mais movimentam a economia brasileira: uma das maiores instituições financeira privada do país, a segunda maior rede de televisão em nível nacional e a maior empresa de comércio eletrônico brasileiro. No setor varejista destacam-se grandes hipermercados e 3 shopping centers. Por outro lado, as micro e pequenas empresas, comerciantes em sua maioria, representam mais de 9 mil estabelecimentos. Juntos, comércio e serviços movimentam a economia de Osasco criando, a cada mês, 250 novos empreendimentos. A cidade também apresenta logística privilegiada, por contar com rodovias, grandes avenidas e ramais rodoviários e hidroviários que oferecem diversas possibilidades de logística, além de acesso direto a cidade de São Paulo, possuindo centros de distribuição de várias grandes empresas (PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO, 2012)

São Bernardo do Campo é a quarta cidade mais rica do Estado, conta com um polo industrial forte, chegando a atender cerca de 50.000 comensais/dia nas Unidades de Alimentação Coletiva, um centro moveleiro conhecido nacionalmente, uma infraestrutura comparável com a disponível nas principais metrópoles brasileiras, incluindo uma infinidade de hipermercados, instituições de ensino de prestígio, lojas de todo seguimento, padarias de grande porte, restaurantes famosos, sendo um atrativo gastronômico como: a rota do frango com polenta, e o polo turístico as margens da Represa Billings, conhecido atualmente como a rota do peixe, incluindo os restaurantes flutuantes. De fácil acesso ao litoral paulista, no porto de Santos, contamos com inúmeros armazéns utilizados por importadoras. Atualmente só na área de alimentos existem aproximadamente 9.000 estabelecimentos, incluindo a produção e o comércio.

## **2. JUSTIFICATIVA**

De acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVE, 2012), nos municípios deste projeto aplicativo foram registrados

[Digite texto]

entre os anos de 2006 a 2010, 109 surtos de doenças transmitidas por alimentos e água acometendo 1581 pessoas com um óbito. O local de maior ocorrência foram as residências (59 surtos) seguido dos serviços de alimentação (13 surtos) e o local com maior número de pessoas doentes foram as creches (515 pessoas), também, seguido dos serviços de alimentação (358 pessoas), em especial, devido aos surtos em unidades de alimentação dentro de empresas (347 pessoas).

Embora os serviços de alimentação sejam o segundo maior local de ocorrência de surtos de DTA e de número de doentes, existe forte tendência das pessoas se alimentarem fora de casa principalmente nos grandes centros urbanos como a região metropolitana da Grande São Paulo onde os municípios deste projeto aplicativo estão localizados. Esta prática se tornou comum por vários motivos, entre os quais se destacam a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, a longa distância entre o local de trabalho e o domicílio e a falta de tempo imposta por um cotidiano mais agitado (CARDOSO; SOUZA; SANTOS, 2005; FIDELIS, 2005 apud MATA et al 2010).

Segundo dados atuais, apresentados pela Enzo Food Service no seminário NutrineWS de junho de 2010, consultoria especializada na área, o consumo diário de refeições fora do lar no Brasil tem atingido R\$60 milhões por dia. É um segmento que cresce três vezes mais do que o país cresce por ano, enfatiza o diretor Enzo Donna. Para se ter uma idéia, em 2003 o brasileiro gastava 24% de sua despesa de alimentação comendo fora de casa em apenas uma refeição: o almoço. Em 2012, as estimativas apontam para um gasto entre 28,6% e 30,1% em duas refeições: o almoço e o café da manhã ou o lanche da tarde. Em 2016, o percentual pode atingir 50% (SILVA, 2011).

Esta tendência das pessoas se alimentarem cada vez mais fora de casa aumenta a preocupação da Vigilância Sanitária em relação à segurança dos alimentos visto que: o crescimento do setor alimentação não é acompanhado pelo serviço de vigilância sanitária, o número de denúncias recebidas é grande e a presença de irregularidades sanitárias nos estabelecimentos é frequente, conforme dados do município de São Bernardo do Campo referente ao período 2009 a 2011. Os demais municípios do GA-25 apresentam realidade semelhante. Nesse período das 318 inspeções realizadas nos serviços de alimentação 183 apresentaram condições insatisfatórias, ou seja, 58% não atendiam os padrões da legislação sanitária vigente. Outro fator importante são as denúncias da população que do total recebido, 2.161, na Vigilância Sanitária, 1207 são referentes à área de alimentos, somando um total de 56%, em contra partida na Seção de Vigilância e Fiscalização de Alimentos de São Bernardo do Campo contamos com apenas 05 técnicos. Esses números não divergem em outros municípios, embora com realidades diferentes, as dificuldades são semelhantes.

[Digite texto]

Em função das informações acima foi que o GA 25 optou por buscar novos caminhos para realizar as ações de controle do risco, a partir da corresponsabilidade junto aos diversos atores que podem e devem contribuir com esse processo de transformação.

Atualmente percebemos que não é possível pensar que somente a fiscalização dará conta de resolver as questões sanitárias nos estabelecimentos, por isso a proposta de sairmos da “caixinha” da vigilância sanitária e buscarmos parcerias intra e intersetorial para que haja de fato um efetivo controle do risco dessa população que hoje vem realizando suas refeições cada vez mais fora de casa.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Fomentar a corresponsabilidade na gestão do risco sanitário de alimentos.

[Digite texto]

## **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**3.2.1.** Promover a intersetorialidade com setores governamentais e não governamentais para a construção de práticas de gestão do controle de risco na área de alimentos;

**3.2.2.** Incorporar critérios de risco como metodologia na definição de ações de VISA;

**3.2.3.** Conscientizar os diversos atores envolvidos na manipulação de alimentos sobre a importância da inocuidade alimentar

## **4. METODOLOGIA**

Na elaboração da Proposta de Intervenção foi utilizada a metodologia Planejamento Estratégico Situacional (PES) que possibilitou, a partir de experiências prévias dos especializandos e de novos conhecimentos adquiridos através de pesquisas bibliográficas, a identificação do problema (controle ineficaz das DTA) e a definição de uma solução possível (corresponsabilidade dos atores envolvidos com a segurança dos alimentos) condizente com a realidade das Vigilâncias Sanitárias Municipais do GA-25.

O Planejamento Estratégico e Situacional é antes de tudo um potente enfoque metodológico, com alguns princípios e visões filosóficas sobre a produção social, a liberdade humana e o papel dos governos, governantes e governados. A análise de problemas, a identificação de cenários, a visualização de outros atores sociais, a ênfase na análise estratégica são elementos fundamentais e diferenciadores do PES em relação a outros métodos de planejamento.

Esta metodologia foi apresentada aos especializandos em oficinas desenvolvidas durante os encontros presenciais à medida que o projeto aplicativo foi sendo elaborado. Ao todo foram 7 oficinas de trabalho do projeto aplicativo: matriz decisória, no terceiro encontro; descritores do problema e atores sociais, no quarto encontro; árvore do problema, no quinto encontro; desenho do plano e de conflito, no sexto encontro; viabilidade do plano e indicadores de acompanhamento e monitoramento, no sétimo encontro.

## 5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Por meio da metodologia utilizada foram identificados pelo GA-25 7 atores sociais (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência, população, proprietários/gerentes dos serviços de alimentação e manipuladores dos serviços de alimentação) imersos no seguinte cenário:

- a. Vigilância sanitária municipal com dificuldades para realizar o controle das DTA devido à falta de critérios técnicos para organização dos serviços, assim como, falta de planejamento e metodologia para ações de vistoria; inexistência de monitoramento dos locais de maior risco à saúde pública, visto que não há técnicos em número suficiente e veículos a disposição quando necessário; não aproveitamento dos dados obtidos através dos laudos de inspeção sanitária para o planejamento e avaliação do serviço, desprezando-se a fundamentação epidemiológica das ações; prática de ações isoladas dos demais setores de vigilância, agindo de forma individualizada e, portanto, com menor eficácia na prevenção do risco do consumo de alimentos, a semelhança do quadro encontrado por DALLARI et al (2000) apud RANTHUM (2002) na antiga Secretaria Municipal de Abastecimento do município de São Paulo e por RANTHUM (2002) na vigilância sanitária municipal de Ponta Grossa – PR. Além do que em relação aos recursos humanos, a maioria dos trabalhadores não tem formação específica para atuar na área de Vigilância Sanitária, geralmente, o ofício foi aprendido na prática, na vivência dentro do serviço, e por meio de iniciativa pessoal, pelo estudo da legislação sanitária, realização de cursos específicos, etc, conforme, já relatado por GARIBOTTI et al (2006) apud RIBEIRO (2007). Outra grande dificuldade para um controle eficaz das DTA, não descrita na literatura científica, mas muito presente, é a influência econômica por meio da influência política nas decisões técnicas das equipes de vigilância sanitária.
- b. Embora a base para formular estratégias de redução dos riscos dos alimentos seja a vigilância das DTA (WHO, 2002), a vigilância epidemiológica municipal gera dados subnotificados sobre DTA, a semelhança do que foi encontrado por RANTHUM (2002) na vigilância epidemiológica do município de Ponta Grossa – PR. Ressaltamos que nos municípios do GA-25 não foram pesquisados os motivos que geram a subnotificação de DTA, no entanto, RANTHUM (2002) também atribui à ocorrência deste fato no município de Ponta Grossa – PR à falta de estrutura e conhecimento específico dos técnicos da Vigilância Sanitária e

Epidemiológica para concluir a investigação dos surtos e falta de investimentos para melhorar as condições de trabalho das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, como também a falta de comprometimento e interesse de muitas pessoas envolvidas em todo esse processo e em todos os níveis.

- c. População vem apresentando crescente preocupação com atributos de qualidade do alimento e dos serviços de alimentação, porém, a maioria das pessoas ainda sem possuir informações suficientes para avaliar e reivindicar melhorias, conforme, igualmente, verificado por MATA et al (2010), que ao avaliar a satisfação dos clientes antes e depois da correção de irregularidades sanitárias detectadas pela equipe de pesquisadores em um restaurante comercial, localizado na região periférica de Viçosa-MG, percebeu que a satisfação dos clientes manteve-se inalterada e a maioria deles, nas duas avaliações, respondeu nunca ter encontrado irregularidades sanitárias no local. E como também verificado por ZANDONADI et al, 2007 apud LEAL (2010) que em estudo realizado em 10 unidades produtoras de refeição, tendo por amostra 3447 consumidores observou que o desconhecimento dos consumidores sobre inocuidade alimentar leva os mesmos a contaminarem os alimentos durante a utilização do balcão térmico de distribuição.
- d. Proprietários/gerentes dos serviços de alimentação apresentando desconhecimento do risco sanitária dos alimentos, sem formação específica que lhes permita prover a sanidade dos alimentos, desacreditando na atuação fiscalizatória e punitiva da vigilância sanitária e sem conhecimento da legislação sanitária, conforme também verificado por SCHATTAN (2006) através de aplicação de questionário a 49 proprietários de restaurantes da região urbana do município de Santos (81% deles com treinamento prévio sobre segurança dos alimentos) e por LUCCA, 2002 apud LEAL, 2010 em pesquisa realizada no município de Campinas. Vale destacar que de acordo com LIPPEI (2002) apud BARROS (2011) à falta de preparo dos empresários do setor de alimentação, por acharem que servir para dezenas de pessoas é o mesmo que preparar comida em casa com os mesmos padrões de qualidade, higiene e satisfação, além da atenção voltada prioritariamente à orientação financeira em curto prazo, leva ao descuido com a qualidade, a negligência com as necessidades dos clientes e a dificuldades administrativas, gerando grandes chances de insucesso do estabelecimento. Segundo MARICATO (2001) apud SCHATTAN (2006, p. 74), 80% dos restaurantes da cidade de São Paulo encerram as atividades antes de dois anos de funcionamento. Agravando a situação de despreparo dos proprietários de serviços de alimentação detectamos a situação de desemprego e

a facilidade em se ganhar dinheiro com alimentação. De acordo com SILVA et al (2004) apud VASCONCELOS (2008) são inúmeros os estabelecimentos ou pessoas físicas que ingressam nesse ramo nos serviços comerciais de alimentação e permanecem não apenas como clandestinos, mas desconhecendo os cuidados com a segurança dos alimentos.

- e. Manipuladores de alimentos também apresentando desconhecimento do risco sanitário dos alimentos, sem formação específica que lhes permita prover a sanidade dos alimentos, resistentes a mudanças de hábitos, com dificuldade de aprendizagem devido ao baixo nível de escolaridade e recebendo baixos salários o que gera alta rotatividade em busca de melhores salários, conforme, igualmente, observado por GONZALEZ et al (2009) em estudo realizado em 42 restaurantes comerciais do tipo *self service*, por quilo e *à la carte* na cidade de Santos, e por MELLO et al (2010) em pesquisa realizada em restaurantes públicos populares no Estado do Rio de Janeiro.

A análise deste cenário permite concluir que a vigilância sanitária não consegue resolver o problema “controle ineficaz das DTA” isoladamente. Desta forma, a proposta de intervenção deste projeto aplicativo está pautada na promoção da saúde, entendendo que promoção da saúde é uma política que objetiva promover a qualidade de vida, estimulando a população a reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. (Manual de Gestão da Vigilância em Saúde. Ministério da saúde, Brasília, 2009); como também entendendo que promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade aos fatores/situações de risco, aos diferentes grupos sociais e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes, visando incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas, e defender a equidade, além de colocar o desafio da intersetorialidade com a convocação de outros setores sociais e governamentais para que considerem parâmetros sanitários, ao construir suas políticas públicas específicas, possibilitando a realização de ações conjuntas. (Ministério da Saúde, 2004).

A proposta de intervenção foi sintetizada no plano de ação descrito a seguir, o qual é constituído por 4 operações principais objetivando compartilhar a responsabilidade pela gestão do risco sanitário dos alimentos entre todos os atores envolvidos no controle das DTA:

- OP1- Implementar o monitoramento e a investigação de surtos de DTA e a vigilância das doenças especiais de notificação nas unidades de saúde do município;
- OP2-Tornar a população em geral corresponsável pela segurança dos alimentos consumidos;

- OP3-Tornar o setor regulado responsável pela segurança dos alimentos oferecidos ao consumo
- OP4-Implantar medidas de regulamentação e fiscalização junto ao setor regulado baseadas na avaliação de risco.

### PLANO DE AÇÃO 2013

<b>Operações e Atividades</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoio</b>	<b>Prazo (2013)</b>	<b>Indicador</b>
<b>OP1. Implementar o monitoramento e a investigação de surtos de DTA e a vigilância das doenças especiais de notificação nas unidades de saúde do município</b>				
A1. Capacitar médicos e enfermeiros das unidades de saúde e ACS em alimento seguro, notificação de surtos de DTA e MDDA	VISA VE	ASSISTÊNCIA MÉDICA	JANEIRO A DEZEMBRO	% de médicos e enfermeiros treinados % de hospitais e pronto socorros capacitados
A2. Formar ACS multiplicadores do tema alimento seguro junto à população	VISA VE	ASSISTÊNCIA MÉDICA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO	MARÇO A ABRIL	% de ACS treinados
A3. Disponibilizar material educativo sobre alimento seguro para ser distribuído a população pelos ACS e unidades básicas de saúde	VISA VE	ASSISTÊNCIA MÉDICA	MARÇO A DEZEMBRO	Número de folders distribuídos
A4. Manter informadas as unidades de saúde e os ACS	VISA VE	ASSISTÊNCIA MÉDICA	JANEIRO A DEZEMBRO	% de unidades

[Digite texto]

sobre os resultados de investigação de surtos de DTA ocorridos no município				de saúde e sedes dos ACS informadas sobre os resultados da investigação de surtos
A5. Estabelecer fluxo ágil de informações entre Unidade de Saúde, VISA e VE para investigação de possíveis surtos de DTA	VISA VE UNIDADE DE SAÚDE		JANEIRO A DEZEMBRO	% de surtos que foram notificados em menos de 24 horas a VISA
<b>OP2. Tornar a população em geral corresponsável pela segurança dos alimentos consumidos</b>				
A1. Elaborar material educativo sobre alimentos seguro voltado para a população em geral	VISA	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO	JANEIRO A FEVEREIRO	Elaboração e distribuição de folders
A2. Transformar coordenadores pedagógicos de escolas municipais e estaduais em multiplicadores do tema alimentos seguro junto aos alunos	VISA	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO	MARÇO A JUNHO	% de coordenadores pedagógicos de escolas estaduais e municipais treinados
A3. Formar multiplicadores do	VISA	SECRETARIA	MARÇO A	% de

[Digite texto]

tema alimentos seguro em associações de bairro, religiosas e outras	ACS	DE EDUCAÇÃO	DEZEMBRO	associações de bairro/religiosas com multiplicador do tema alimento seguro
A4. Transformar os conselheiros municipais de saúde em multiplicadores do tema alimentos seguros	VISA VE	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO	MARÇO A JUNHO	Número de reuniões com conselheiros de saúde sobre alimento seguro
A5. Divulgar periodicamente os resultados de investigação de surtos e inspeções em serviços de alimentação ao CMS	VISA VE		JANEIRO A DEZEMBRO	Número de boletins para o CMS
A6. Realizar treinamentos sobre alimentos seguro junto à população em geral	VISA VE ACS	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ASSOCIAÇÕES DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR CMS	MAIO A DEZEMBRO	Número de treinamentos sobre alimentos seguro junto à população em geral
A7. Solicitar a contratação junto à Secretaria de Saúde de profissionais de educadores em	VISA VE		JANEIRO A DEZEMBRO	Número de profission

[Digite texto]

saúde no município.			RO	ais de de marketing social contratado s para a equipe de educação em saúde do município
A8. Realizar treinamentos periódicos da equipe de educação em saúde do município	VISA VE	GVS, GVE, CVS, CVE, ANVISA, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, UNIVERSIDAD ES	JANEIRO A DEZEMBRO	Número de treinament os ministrado s a equipe de educação em saúde do município
<b>OP3. Tornar o setor regulado corresponsável pela segurança dos alimentos oferecidos ao consumo</b>				
A1. Apresentar plano de ação aos representantes dos Sindicatos e da Associação Comercial	VISA		JANEIRO A FEVEREIRO	Número de reuniões com os sindicatos e associaçã o comercial
A2. Ministras curso de BPM de alimentos voltado para aumentar percepção de risco dos proprietários e gerentes de	VISA	SEBRAE, ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, SECRETARIA	JANEIRO A DEZEMBRO	% de treinament os ministrado

[Digite texto]

serviços de alimentação sobre os alimentos, transformando-os em multiplicadores de informação para os manipuladores, e desmistificando a legislação sanitária a partir da aprendizagem do preenchimento de roteiros de inspeção		DA EDUCAÇÃO		s a proprietários com licença de funcionamento emitida em 2012
A3. Exigir dos proprietários/gerentes dos serviços de alimentação participação na capacitação de BPM de alimentos ministrado pela VISA	VISA		JANEIRO A DEZEMBRO	% de licenças de funcionamento liberadas com apresentação de certificado de curso de BPM de alimentos ministrado pela VISA
A4. Elaborar roteiros de inspeção detalhados e específicos para cada tipo de serviço de alimentação a partir da legislação sanitária e do conhecimento prático da equipe da VISA de alimentos	VISA		JANEIRO	Roteiros de inspeção elaborados
A5. Exigir roteiro de inspeção preenchido e assinado pelo proprietário legal/gerente dos	VISA		JANEIRO A DEZEMBRO	% de licenças de

[Digite texto]

serviços de alimentação para liberação de licença de funcionamento				funcionamento liberadas com apresentação do roteiro de inspeção preenchido e assinado pelo proprietário/gerente dos serviços de alimentação
A6. Exigir dos estabelecimentos comprovantes de treinamento e supervisão dos manipuladores durante as inspeções	VISA		JANEIRO A DEZEMBRO	% de estabelecimentos treinados em BPMA pela VISA com comprovantes de treinamento e supervisão dos manipuladores.
A7. Elaborar e distribuir material	VISA	SEBRAE,	JANEIRO A	Elaborar e

[Digite texto]

educativo voltado aos proprietários, gerentes e manipuladores de alimentos		ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO	FEVEREIRO	distribuir folders, cartilhas e CDs sobre BPM de alimentos
A8. Transformar os professores de cursos profissionalizantes da área de alimentos ministrados pela prefeitura em multiplicadores de BPM de alimentos	VISA	SEBRAE, ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, SECRETARIA DA EDUCAÇÃO	JANEIRO A DEZEMBRO	% de professores de cursos profissionalizantes da área de alimentos da prefeitura treinados em BPM de alimentos
A9. Realizar reunião com os gerentes/prorietários dos serviços de alimentação dos shoppings	VISA	SECRETARIA DA EDUCAÇÃO	JANEIRO A DEZEMBRO	Número de reuniões em cada shopping do município
A10. Realizar reunião com os responsáveis pelas creches municipais e particulares	VISA	SECRETARIA DA EDUCAÇÃO	JANEIRO A DEZEMBRO	Número de reuniões com cada creche
<b>OP4. Implantar medidas de regulamentação e fiscalização junto ao setor</b>				

[Digite texto]

regulado baseadas na avaliação de risco				
A1. Definir os serviços de alimentação de maior risco a partir da avaliação do roteiro de inspeção preenchido, dados da VE, quantidade de alimento comercializado e perfil do público atendido	VISA	VE	JANEIRO A DEZEMBRO	
A2. Vincular a liberação da licença de funcionamento a inspeção sanitária somente para os estabelecimentos de maior risco	VISA		JANEIRO A DEZEMBRO	
A3. Priorizar o atendimento de denúncias que ofereçam maior risco sanitário e as relacionadas a possível ocorrência de DTA	VISA		JANEIRO A DEZEMBRO	
A4. Criar guia de procedimentos de inspeção para a equipe da VISA de alimentos	VISA		JANEIRO A FEVEREIRO	Guia de procedimentos de inspeção para a equipe de VISA de alimentos criado
A5. Treinar periodicamente a equipe da VISA de alimentos	VISA	GVS, CVS, ANVISA, UNIVERSIDADES	JANEIRO A DEZEMBRO	Número de treinamentos recebidos pela VISA de alimentos e número de

[Digite texto]

				reuniões
--	--	--	--	----------

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A.P.N. COSTA T.F. PEREIRA, S.C.L. BRITO, M.J.M. **Perfil sociodemográfico, de conhecimentos administrativos, em legislação sanitária de gerentes e segurança alimentar em unidades produtoras de refeições comerciais.** Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 36, n. 2, p. 61-76, ago. 2011

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 20. set. 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 de julho de 2012

BRASIL. Portaria nº 1.428, de 26 de novembro de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 02 dezembro de 1993. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1428\\_93.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1428_93.htm). Acesso em: 20 de julho de 2012

BRASIL. Portaria SVS/MS nº 326/97 de 30 de julho de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 01 agosto. 1997. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/legis/portarias/326\\_97.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/326_97.htm). Acesso em: 20 de julho de 2012

BRASIL. Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 16 de setembro de 2004,. Disponível em: [/www2.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria/legislacao/rdc216.pdf](http://www2.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria/legislacao/rdc216.pdf). Acesso em: 20 de julho de 2012

BRASIL. Lei Federal nº 11346, de 18 de setembro de 2006 . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 16 de setembro de 2004,. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm). Acesso em: 20 de julho de 2012

BRASIL. Resolução nº 6 de 30 de agosto de 2011. Fundação Instituto Brasileiro de Estatística – IBGE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 31 de agosto de 2011. Disponível em: [ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2011/iels.set.11/iels171/U\\_RS-IBGE-6\\_300811.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.set.11/iels171/U_RS-IBGE-6_300811.pdf). Acesso em: 20 de julho de 2012

[Digite texto]

CHANG, K. **Surtos de doenças transmitidas por alimentos**. Recife, 2005. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Recife, 2008

CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. **Síndrome Hemolítica-Urêmica e *Escherichia coli* O104:H4 e o surto na Alemanha**. Informe – Net DTA, 2011. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/IF11\\_EcoliO104h4PR.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/IF11_EcoliO104h4PR.pdf). Acesso em : 26 de junho de 2012

GONZALEZ, C.D. PERRELLA, N.G. RODRIGUES, R.L. GOLLÜCKE, A.P.B. SCHATTAN, R.B. TOLEDO, P.P. **Conhecimento e percepção de risco sobre higiene alimentar em manipuladores de alimentos de restaurantes comerciais**. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 34,n. 3, p. 45-56, dez. 2009

LEAL, D. **Crescimento da alimentação fora do domicílio**. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, 17(1): 123-132, 2010

MATA, G.M.S.C. PINTO, C.L.O. MARTINO, H.S.D. PINHEIRO-SANT'ANA, H.M. **A experiência extensionista na implementação de boas práticas em restaurante comercial: um projeto piloto**. Rev. Ciênc. Ext. v.6, n.1, p.83, 2010.

MELLO, A.G. GAMA, M.P. MARIN, V.A. COLARES, L.G.T. **Conhecimento dos manipuladores de alimentos sobre boas práticas nos restaurantes públicos populares do Estado do Rio de Janeiro**. Braz. J. Food Technol., Campinas, v. 13, n. 1, p. 60-68, jan./mar. 2010

MUNHOZ, P.M. **Qualidade higiênico-sanitária de alimentos e avaliação dos conhecimentos sobre boas práticas por parte dos manipuladores de alimentos da rede municipal de ensino - Botucatu, SP**. Tese (Mestrado em Medicina Veterinária - Área de Saúde Animal, Saúde Pública Veterinária e Segurança Alimentar) - Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Botucatu, Botucatu, 2007

OLIVEIRA, A.G.M. **Condições higiênico-sanitárias na produção de refeições em restaurantes públicos populares localizados no estado do Rio de Janeiro**. Tese (Mestrado em Vigilância Sanitária) - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO. **Perfil da cidade**. Disponível em: [www.osasco.sp.gov.br/InternaCidade.aspx?ID=21](http://www.osasco.sp.gov.br/InternaCidade.aspx?ID=21). Acesso em: 11 de agosto de 2012.

RANTHUM, M. A. **Subnotificação e Alta Incidência de Doenças Veiculadas por Alimentos e de seus Fatores de Risco: causas e consequências no município de Ponta Grossa – PR.** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Ponta Grossa PR, Ponta Grossa, 2002.

RIBEIRO, V. F. **Avaliação da contribuição para a área de vigilância sanitária de alimentos de pesquisas realizadas em programas de pós-graduação *strictu sensu* da Universidade de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008

SCHATTAN, R.P. **Conhecimento e percepção de risco sobre higiene em proprietários de restaurantes de duas regiões do município de Santos – SP.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2006

SILVA, J.C.B. **Qualidade alimentar medida a partir da percepção do cliente.** Um estudo de caso no município de Nova Venécia-ES, confrontando os dados com a cidade de São Paulo. Semestral Universo Acadêmico/Faculdade Capixaba de Nova Venécia. v. 20, n. 02, p. 5-20, julho/dezembro 2011

SILVA, L.A. **Avaliação do aprendizado dos manipuladores de alimentos antes e após a capacitação quanto a higiene pessoal.** Sal. Monografia (Especialização em Gestão da Qualidade Vigilância Sanitária de Alimentos) - Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA, Salvador, 2008

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças Transmitidas por Alimentos.** Portal da Saúde SUS. Disponível em: [//portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1550](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1550)

VASCONCELOS, V.H.R. **Ensaio sobre a importância do treinamento para manipuladores de alimentos nos serviços de alimentação baseada na RDC 216/2004.** Monografia (Especialização em Gastronomia e Saúde) – Centro e Excelência em Turismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2008

VEDOVATO, G.M. **Alimento seguro sob a perspectiva dos consumidores em unidades de alimentação e nutrição no município de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010

WHO – World Health Organization. **WHO global strategy for food safety : safer food for better health.** Geneve, 2002. Disponível em: [www.who.int/foodsafety/publications/general/global\\_strategy/en/](http://www.who.int/foodsafety/publications/general/global_strategy/en/). Acesso em: 26 de junho de 2012

ANEXO I

Secretaria de Saúde

Divisão de Vigilância Sanitária

**Roteiro de Inspeção em Restaurantes**

Razão social:	
Nome Fantasia:	
CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Telefones:	Fax:
Email:	
Responsável Legal:	

Marcar as atividades desenvolvidas:

- Refeição Self Service – Buffet     Marmitex     Prato comercial  
 Serviço à la carte  
 Pizzas     Rotisserie     Lanchonete     Churrascaria  
 Comida japonesa     Fast Food  
 Comida chinesa     Comida árabe  
 Outros – Especificar: \_\_\_\_\_

	ITENS	Clas si- ficaç ão	Si m	Nã o	Nã se apli ca
--	-------	----------------------------	---------	---------	------------------------

[Digite texto]

	<b>Responsabilidade</b>				
1	O estabelecimento possui uma <b>pessoa responsável</b> (proprietário ou um funcionário capacitado) que trabalhe efetivamente no local para acompanhar a implementação das boas práticas em todo o processo de produção?	N			
	<b>Edificação e instalações</b>				
2	<b>Áreas externas e internas</b> estão livres de objetos em desuso, estranhos ao ambiente e sem presença de animais domésticos?	I			
3	O acesso ao estabelecimento é direto e independente sem comunicação com a residência?	N			
4	<b>Piso</b> é de material liso, resistente, impermeável, lavável, de cores claras, antiderrapante, resistente ao ataque de substâncias corrosivas e que seja de fácil higienização?	N			
5	O piso está em bom estado de conservação, íntegro e sem falhas?	N			
6	<b>Ralos e grelhas</b> em quantidade suficiente, permitindo o escoamento da água e protegidos contra entrada de insetos e roedores (dispositivo de fechamento)?	I			
7	<b>Paredes e divisórias</b> em acabamento liso, impermeável, lavável, de cores claras?	N			
8	As paredes e divisórias estão isentas de fungos (bolor), em bom estado de conservação, sem falhas, rachaduras, buracos e limpos?	N			
9	<b>Teto e forro</b> em acabamento liso, impermeável, lavável e de cor clara?	N			
10	Teto e forro em bom estado de conservação, isento de goteiras, vazamentos, umidade, trincas, rachaduras, bolor, descascamento e limpos?	N			
11	<b>Portas</b> ajustadas ao batente, de material resistente, em acabamento liso?	N			
12	Portas estão dotadas de mola e proteção na parte inferior (rodinho) contra a entrada de insetos e roedores?	I			
13	<b>Janelas, aberturas e sistema de exaustão</b> estão providos de telas milimétricas limpas, sem falhas de revestimento, ajustadas aos batentes e em bom estado de	I			

[Digite texto]

	conservação?				
14	<b>Iluminação</b> em quantidade suficiente à atividade desenvolvida, sem ofuscamentos, sem contrastes excessivos, sombras e cantos escuros?	N			
	<b>ITENS</b>	<b>Clas</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>	<b>Não</b>
		<b>si-</b>	<b>m</b>	<b>o</b>	<b>se</b>
		<b>ficaç</b>			<b>pli</b>
		<b>ão</b>			<b>ca</b>
15	Luminárias localizadas sobre a área de preparação dos alimentos limpas e protegidas contra explosão e quedas acidentais?	N			
16	<b>Instalações elétricas</b> adequadas, fiação protegida e em bom estado de conservação?	N			
17	<b>Caixas de gordura e de esgoto</b> com dimensão compatível ao volume de resíduos, localizadas fora da área de preparação e armazenamento de alimentos e em adequado estado de conservação e funcionamento?	N			
18	<b>Instalações hidráulicas</b> em bom estado de conservação, sem infiltrações e vazamentos?	N			
19	<b>Ventilação e circulação de ar</b> proporcionando conforto térmico, renovação do ar, permitindo ambiente livre de fungos, gases, fumaça, gordura e condensação de vapores. Sem uso de ventiladores na área de manipulação?	N			
20	<b>Lavatórios exclusivos para higiene das mãos</b> dos funcionários em todos os locais que ocorram manipulação, contendo sabonete líquido, toalhas de papel não reciclado e lixeira com tampa e pedal ou outro sistema higiênico e seguro de secagem das mãos?	I			
21	<b>Abastecimento de gás</b> de cozinha por botijões em bom estado de conservação, armazenados em local protegido e ventilado?	N			
22	<b>Escadas, elevadores e estruturas auxiliares</b> de material apropriado, construídos de modo a não serem fonte de contaminação e em bom estado de conservação e limpeza?	N			

[Digite texto]

23	Os <b>sanitários e vestiários</b> para os funcionários são separados por sexo, sem comunicação direta com áreas de manipulação e armazenamento de alimentos e refeitório, e em bom estado de conservação e limpeza?	N			
24	Nos sanitários e vestiários há portas com fechamento automático e proteção na parte inferior contra a entrada de insetos e roedores, ventilação adequada com janelas e/ou aberturas teladas?	N			
25	Nos sanitários há mictórios e vasos sanitários com descarga. Bacias com assentos com tampa, papel higiênico, lixeira com tampa acionada por pedal. Lavatórios de mãos dotados de sabonete líquido ou sabão anti-séptico, toalha de papel não reciclada?	N			
26	Nos vestiários há armários individuais em bom estado de conservação para guarda de pertences pessoais?	N			
	<b>Equipamentos</b>				
27	<b>Equipamentos</b> estão em quantidade suficiente, com superfícies lisas, impermeáveis, laváveis e isentos de rugosidades, frestas e outras imperfeições?	N			
28	Os <b>equipamentos</b> são mantidos em bom estado de conservação, funcionamento e limpeza?	I			
29	<b>Equipamentos de refrigeração</b> (freezer, geladeira e/ou câmara) estão regulados para o alimento que necessitar de menor temperatura, sem superlotação e sem acúmulo de gelo?	N			
30	Os equipamentos são dotados de <b>dispositivos de segurança</b> com a finalidade de prevenir acidentes do trabalho (Ex: Câmara com dispositivo interno de segurança, batedeira com grade de proteção, etc.)	I			
31	<b>Equipamentos e filtros para climatização</b> em bom estado de conservação e limpeza, sem incidência de fluxo de ar diretamente sobre os alimentos?	N			
	<b>Móveis e utensílios</b>				
32	<b>Móveis</b> em quantidade suficiente, com superfícies lisas, impermeáveis, laváveis e isentos de rugosidades, frestas e outras imperfeições?	N			

[Digite texto]

33	Os móveis são mantidos em bom estado de conservação e limpeza?	I			
34	<b>Utensílios</b> de material, forma e tamanho que permitam apropriada higienização e não há utensílios de madeira?	N			
35	Os <b>utensílios</b> estão em quantidade suficiente, em bom estado de conservação e limpeza?	I			
	<b>Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios</b>				
36	Ambiente de trabalho limpo e organizado?	I			
37	A higienização do ambiente é realizada em horário separado da manipulação de alimentos?	R			
38	Os <b>produtos de limpeza</b> utilizados na higienização possuem rótulo e estão regularizados pelo Ministério da Saúde?	N			
39	Há um <b>local reservado</b> para guarda dos produtos de limpeza e utensílios de limpeza?	N			
40	<b>Ausência de panos de tecido</b> para secagem de equipamentos e utensílios?	N			
	<b>ITENS</b>	<b>Clas si- ficaç ão</b>	<b>Si m</b>	<b>Nã o</b>	<b>Não se apli ca</b>
	<b>Controle da água para consumo</b>				
41	A <b>água</b> utilizada é proveniente de abastecimento público? (Se sim, ir para questão 43)	N			
42	Caso o abastecimento não seja pela rede pública, justifique a forma de aquisição da água de consumo: _____ _____ _____	N			
43	O estabelecimento possui <b>reservatório de água</b> (caixa d'água)?	N			
44	O reservatório está isento de rachaduras, vazamentos, infiltrações e devidamente tampado?	N			
45	O <b>gelo</b> utilizado em alimentos é feito com água potável e	N			

[Digite texto]

	armazenado de forma a evitar a contaminação?				
	<b>Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas</b>				
46	A edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios estão <b>livres de vetores e pragas urbanas</b> (roedores, pombos, baratas, insetos, etc.)?	I			
47	O <b>controle químico</b> periódico ou quando necessário é realizado por empresa especializada?	N			
	<b>Resíduos sólidos</b>				
48	Todas as <b>lixeiras</b> localizadas na área de produção e armazenamento são dotadas de tampas acionadas <b>sem contato manual</b> ?	N			
49	O lixo é retirado periodicamente de modo que não represente risco de contaminação (sem cruzamento do lixo e alimento/matéria-prima)?	N			
50	O lixo retirado da cozinha fica em local fechado, isento de moscas, roedores e outros animais?	N			
	<b>Pessoal</b>				
51	<b>Funcionários e responsável pelo estabelecimento utilizam uniforme</b> completo (touca, avental, calça, camiseta e sapato fechado)?	I			
52	Os uniformes estão bem conservados, limpos e trocados diariamente?	N			
53	Os <b>Equipamentos de Proteção Individual</b> estão disponíveis (Ex: capa térmica para câmara, luva de malha de aço, etc.)?	N			
54	Os funcionários estão <b>sem adornos</b> (anel, brinco, colar, aliança, etc.)?	N			
55	Os funcionários <b>mantêm o asseio pessoal</b> , com barba feita, bigode aparado, unhas curtas, sem esmalte ou base?	N			
56	A <b>higiene das mãos</b> é sempre realizada após hábitos que possam contaminar os alimentos (tossir, espirrar, fumar, pegar em dinheiro, recolher o lixo, utilizar os sanitários, etc.) e sempre que houver interrupção do serviço, iniciar um novo serviço, tocar em utensílios higienizados e colocar luvas?	I			

57	Os visitantes cumprem os mesmos requisitos de higiene dos funcionários? Uso de touca e avental?	N			
<b>Matéria prima, ingredientes, alimentos e embalagens</b>					
58	Existem <b>critérios para avaliação e seleção dos fornecedores</b> de matérias-primas, ingredientes e embalagens (Exemplo: Produtos de origem animal possuem procedência junto ao Ministério/Secretaria da Agricultura)?	I			
59	<b>Matéria prima, ingredientes, alimentos e embalagens</b> são transportados em veículos limpos, fechados e/ou refrigerados, se necessário?	N			
60	No <b>recebimento</b> das matérias-primas, dos ingredientes e das embalagens é realizada em área protegida e limpa?	N			
61	No ato do recebimento é feita a inspeção quanto à procedência (rotulagem), integridade das embalagens e prazo de validade?	N			
62	É verificada, na hora do recebimento, a <b>temperatura dos produtos perecíveis</b> e registrada em documento próprio?	I			
63	As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens são <b>armazenados</b> sobre paletes, estrados e/ou prateleiras, sem contato com parede e com espaçamento entre as pilhas para garantir adequada ventilação?	N			
64	As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens são retirados da caixa de papelão e/ou madeira e acondicionados de forma que se mantenham protegidos e identificados?	R			
65	<b>Produtos de devolução</b> , avariados, com prazo de validade vencido, são identificados e armazenados em local próprio e de forma organizada?	N			
<b>Manipulação</b>					
66	As áreas de preparo de refeições são separadas por <b>barreira física ou técnica</b> ?	N			

ITENS	Classi-	Sim	Não	Não
-------	---------	-----	-----	-----

[Digite texto]

		ficação			se aplica
67	No <b>pré-preparo de produtos perecíveis</b> , estes são expostos à temperatura ambiente somente pelo tempo mínimo necessário para a preparação do alimento?	I			
68	<b>Produtos perecíveis sob refrigeração ou congelamento</b> são armazenados conforme recomendação do fabricante, de forma protegida contra contaminantes e identificados?	I			
69	<b>Matérias-primas, ingredientes não utilizados em sua totalidade</b> e produtos prontos estão adequadamente acondicionados e identificados com, no mínimo, as seguintes informações: nome do produto, data de fracionamento e prazo de validade após a abertura?	I			
70	<b>A higienização de verduras</b> segue o processo de: lavagem com água potável; desinfecção por imersão em solução clorada e enxágüe com água potável?	I			
71	O <b>descongelamento de alimentos</b> é efetuado em refrigeração à temperatura inferior a +5°C?	I			
72	O <b>tratamento térmico</b> permite que todas as partes do alimento atinjam a temperatura de, no mínimo, 70°C (setenta graus Celsius)?	I			
73	O <b>processo de resfriamento</b> do alimento preparado é realizado de forma segura (em refrigeração)?	I			
74	Os <b>óleos e gorduras</b> utilizados na fritura são substituídos imediatamente sempre que há alteração da característica de aroma, sabor ou formação intensa de espuma, fumaça ou se ultrapassar de 180°C?	N			
<b>Área de consumo e vendas</b>					
75	<b>Produtos expostos à venda</b> são mantidos em local próprio e estão protegidos contra contaminantes, separados por grupos, sob temperatura controlada conforme recomendação do fabricante, identificados	I			

	e dentro do prazo de validade (Ex: balas, bebidas, chocolates, doces, sorvetes, etc.)?				
76	<b>Distribuição e consumo</b> em local organizado em boas condições de higiene e manutenção, com equipamentos de distribuição em quantidade suficiente e adequados a atividade?	N			
77	<b>Balcão térmico</b> limpo, com água tratada e limpa trocada diariamente, mantido a temperatura de 80 a 90°C e estufa ou pass through limpos mantidos à temperatura de 65°C?	N			
78	São obedecidos o tempo e <b>temperatura de exposição para alimentos quentes</b> ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65°C ou mais por no máximo 12 h;</li> <li>• 60°C por no máximo 6 h;</li> <li>• abaixo de 60°C por 3 h.</li> </ul>	I			
79	São obedecidos o tempo e <b>temperatura de exposição para alimentos frios</b> ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• máximo a 10°C por até 4 horas;</li> <li>• entre 10°C e 21°C por 2 horas;</li> <li>• Maionese: até 4°C</li> </ul>	I			
80	Existência de <b>critérios para reaproveitamento de alimentos</b> (sem reaproveitamento de preparações que foram servidas no balcão de distribuição)?	N			
81	Para as refeições prontas colocadas no balcão de distribuição é realizada a <b>coleta de amostra</b> de alimentos e as amostras são armazenadas por 72 horas em congelamento ou refrigeração?	N			
82	Somente são oferecidas preparações que <b>não contenham ovos crus</b> ou alimentos que não contenham em seu ingrediente ovos crus ou mal cozidos?	I			
83	Para os produtos armazenados em refrigeração ou congelamento e alimentos expostos a venda (balcão térmico e frio), é realizado o <b>controle de temperatura</b> e registrado em documento próprio?	I			
84	Presença da <b>placa da Lei Antifumo</b> em local	N			

[Digite texto]

	visível?				
85	Presença da placa “Álcool para menores é proibido” em local visível?	N			
86	Transporte do produto final é realizado em condições adequadas que mantenham a integridade e segurança do produto?	N			
	<b>Documentação</b>				
87	No caso de transporte de alimentos, possui o Certificado sanitário de veículo?	N			

	ITENS	Classificação	Sim	Não	Não se aplica
88	Os documentos relacionados às boas práticas de manipulação (Manual de Boas Práticas; Procedimentos Operacionais Padronizados; Manutenção programada e periódica dos equipamentos; Registro das operações de limpeza; Limpeza do reservatório de água; Calibração preventiva dos equipamentos; Controle da temperatura em todas as etapas; Programa integrado de controle de pragas; Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional; Atestados de Saúde Ocupacional; Registro de treinamento; Licença sanitária) são mantidos no estabelecimento?	N			

Legenda: I = Imprescindível N = Necessário

R = Recomendável

#### Legislação de referência:

Portaria CVS 06 de 10 de março de 1999; Resolução RDC nº 216 de 15 de setembro de 2004; Lei Estadual 10.083 de 23 de setembro de 1998 - Artigo 122 e Incisos; Resolução RDC 259 de 20 de setembro de 2002; Lei antifumo nº. 13.541 de 07 de maio de 2009; Lei

[Digite texto]

Álcool para menores é proibido nº 14.592 de 19 de outubro de 2011; Código de Defesa do Consumidor - Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

[Digite texto]

ANA PAULA MARTINS BRANDÃO  
ANTÔNIO GONÇALVES MOREIRA  
FERNANDO JOSÉ MAGALHÃES PINTO  
MARÍLIA MONTEIRO ALVIM  
MIRIAN SILVEIRA CACILHAS  
RICARDO OLIVEIRA DE SOUZA  
SABRINA DA COSTA SILVA ANDRADE

“ALTA EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO AO RISCO SANITÁRIO ASSOCIADO ÀS PRÁTICAS INADEQUADAS NO PREPARO E CONSUMO DE ALIMENTOS NO ÂMBITO RESIDENCIAL DA MICROÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF – BASÍLIO, NO MUNICÍPIO DE RIO BONITO-RJ”.

Rio de Janeiro

2012

ANA PAULA MARTINS BRANDÃO  
ANTÔNIO GONÇALVES MOREIRA  
FERNANDO JOSÉ MAGALHÃES PINTO  
MARÍLIA MONTEIRO ALVIM  
MIRIAN SILVEIRA CACILHAS  
RICARDO OLIVEIRA DE SOUZA  
SABRINA DA COSTA SILVA ANDRADE

“ALTA EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO AO RISCO SANITÁRIO ASSOCIADO ÀS PRÁTICAS INADEQUADAS NO PREPARO E CONSUMO DE ALIMENTOS NO ÂMBITO RESIDENCIAL DA MICROÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF – BASÍLIO, NO MUNICÍPIO DE RIO BONITO-RJ”.

Projeto Aplicativo apresentado ao Sírio-  
Libanês de Ensino e Pesquisa para  
certificação como especialista em Gestão da  
Vigilância Sanitária

Orientadora: Maria Alice de Almeida

Rio de Janeiro

2012

## **Ficha Catalográfica**

**Biblioteca Dr. Fadlo Haidar**

**Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**

Ana Paula Martins Brandão, Antônio Gonçalves Moreira, Fernando José Magalhães Pinto, Marília Monteiro Alvim, Mirian Silveira Cacilhas, Ricardo Oliveira De Souza, Sabrina Da Costa Silva Andrade.

“Alta Exposição da População ao Risco Sanitário associado às práticas inadequadas no Preparo e Consumo de Alimentos no âmbito residencial da microárea de abrangência da Estratégia de Saúde da Família – ESF – Basílio, no Município de Rio Bonito-RJ”: Projeto Aplicativo/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012.

23p.

1.Vigilância Sanitária. 2.Gestão em Saúde. 3.Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4.Sistema Único de Saúde.

I.Ministério da Saúde. II.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título.

G333

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
2.1. OBJETIVO GERAL.....	9
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
<b>3. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES METODOLÓGICAS E RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. ÁRVORE DE PROBLEMAS.....</b>	<b>11</b>
<b>5. DESENHO DO PLANO.....</b>	<b>12</b>
<b>6. CRONOGRAMA.....</b>	<b>15</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os alimentos, além dos medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes e outros podem acarretar danos à saúde da população e, considerando os riscos associados desde sua fabricação à sua comercialização, são classificados como produtos sujeitos a Vigilância Sanitária. Essa classe de produtos, entretanto, é essencial à vida, pois a alimentação e a nutrição são condições básicas para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a expressão plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (ADAM; MOSS, 1997).

Durante a produção, processamento, embalagem, transporte, preparação, conservação e consumo, qualquer alimento pode ser exposto à contaminação por substâncias tóxicas ou por micro-organismos infecciosos e/ou toxigênicos. Falhas no processamento e/ou conservação podem permitir a sobrevivência e proliferação de microrganismos patogênicos e seus produtos tóxicos. O consumo de tais alimentos pode causar doenças conhecidas através do termo geral: “Doença Transmitida por Alimento” (DTA) ou “Enfermidade Transmitida por Alimento” (ETA) que podem resultar em morte, incapacidade de retorno ao trabalho ou para cuidar da casa e da família. Somente há pouco tempo foi reconhecido que algumas doenças diarreicas podem causar sequelas aparentemente não relacionadas a elas, como artrite, problemas cardíacos, alergias alimentares e outros. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), episódios reiterados de DTA podem ainda iniciar ou intensificar a desnutrição (GIOVA, 1997).

O impacto econômico negativo causado pelas DTA alcança níveis cada vez mais preocupantes, acarretando grandes perdas para as indústrias, o turismo e a sociedade (NASCIMENTO, 2000). Nos Estados Unidos, os custos médicos e a perda de produtividade gerados pelas DTA são estimados em mais de US\$35 bilhões por ano (OMS, 2008). No Brasil, segundo Carmo et al. (2005), entre 1999 e 2004, os custos com os casos internados por DTA foram de R\$280 milhões, com média de R\$46 milhões por ano. Entretanto, conforme mencionado por Badaró et al. (2007) é muito provável que os valores sejam maiores, já que essas doenças atingem com mais frequência e intensidade as populações mais carentes, menos esclarecidas e, provavelmente, já debilitadas.

Outro fator preocupante são as subnotificações das DTA. O que de fato é registrado nos sistemas de informação, corresponde a uma fração mínima do problema, análogo ao que seria a ponta de um *iceberg* (OMS, 2006). Em um estudo feito na Inglaterra constatou-se que para cada caso notificado, existem outros 136 casos não notificados na comunidade (MAYER; SILVA, 2009). No Brasil, a estimativa de casos não notificados situa-se em torno de 90 a 95%, o que impossibilita o desenvolvimento de adequadas medidas profiláticas

direcionadas ao controle desse quadro de morbimortalidade por DTA (JAAKABI; BUZZO, 1999).

Cabe ressaltar ainda que a maioria dos casos de DTA não é notificada às autoridades sanitárias, porque muitos dos patógenos alimentares causam sintomas brandos, fazendo com que a vítima não busque auxílio médico (COSTALUNGA; TONDO 2002; FORSYTHE, 2002).

Sabe-se que estas enfermidades são de ocorrência mundial e podem resultar em surtos de pequenas, médias e grandes proporções. De acordo com o “FDA, Center for Food Safety & Applied Nutrition” nos EUA, as DTA têm sido responsáveis por aproximadamente 76 milhões de indivíduos doentes, 350 mil hospitalizações e 5.200 mortes a cada ano (LOIR et al., 2007).

No Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), entre 1999 e 2004, foram notificados 3.727 surtos alimentares, com acometimento de 73.517 pessoas e registro de 38 óbitos, representando uma média de cerca de 570 mil casos por ano. Apenas no Estado de São Paulo entre 1995 e 2008 foram notificados 3.115 surtos de DTA, com 99.689 casos (pessoas doentes) (MAYER; SILVA, 2009). No Estado do Rio de Janeiro, no período de 2007-2010 foi observado um total de 272 casos, dentre 2363 casos ocorridos no Brasil.

Estatísticas mostram que as DTA, sobretudo as de causa microbiana, estão aumentando em todo mundo independente de sua composição racial, grau de desenvolvimento, condição socioeconômica e cultural (VALENTE, 2001).

Entretanto, as camadas menos favorecidas da população geralmente são as mais afetadas pela contaminação alimentar, devido aos hábitos culturais da alimentação e à necessidade de optar por produtos com menor preço, geralmente de pior qualidade e mais contaminados (BALBANI; BUTUGAN, 2001).

Outro fator agravante é que a maioria dos surtos de DTA tem sido relacionada à ingestão de alimentos com boa aparência, sabor e odor normais, sem qualquer alteração sensorial visível. Isso ocorre porque a dose infectante de patógenos alimentares geralmente é menor que a quantidade de micro-organismos necessária para degradar os alimentos. Esses fatos dificultam a rastreabilidade dos alimentos causadores de surtos, uma vez que os consumidores afetados dificilmente conseguem identificar sensorialmente os alimentos fonte da DTA (OLIVEIRA et al., 2010).

Em relação ao local de ocorrência dos surtos de DTA, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), as residências são os locais com maior ocorrência de surtos (48,5%), seguidas de restaurantes (18,8%) e escolas (11,6%). Diversos estudos corroboram com essas informações conforme os realizados por Amson et al. (2006), Mayer; Silva

(2009), Welker et al. (2010) e Marchi et al. (2011) nos estados do Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul e o município de Chapecó (SC), respectivamente.

Fato relevante a ser mencionado é que no Rio Grande do Sul, um dos primeiros Estados a implantar a vigilância das DTA (dados desde 1980), foram confirmadas 44 mortes decorrentes de DTA, sendo, que 34% destes surtos ocorreram em residências com 15 óbitos (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

As DTA de origem domiciliar, assim como as que ocorrem em restaurantes, lanchonetes e outros estabelecimentos, provavelmente ocorrem como consequência de falhas higiênicas e de segurança alimentar relacionadas à inadequada conservação dos alimentos, falhas nos procedimentos de cocção e disseminação da contaminação cruzada nas cozinhas, conforme comprovado por diversos autores (BARRETO, 2007; LEITE et al., 2009; SANTOS et al., 2010; SANTOS et al., 2011).

Com o propósito de proteger o consumidor contra a ingestão de alimentos nocivos, os países vêm ao longo da história, buscando mecanismos organizacionais e a instrumentalização das ações em saúde pública. No Brasil, a vigilância sanitária, com amparo na legislação, tem procurado tornar-se mais abrangente e eficaz e também flexível o bastante para permitir sua implementação por meio de normas técnicas que acompanhem a evolução científica e tecnológica no setor de produção e fabricação de alimentos (MIGUEL et al., 2000).

Em 2004, a ANVISA publicou a Resolução RDC nº 216 (BRASIL, 2004), criada com vistas a definir padrões nacionais para a uniformização dos procedimentos de preparo de alimentos e de sua respectiva fiscalização. Mesmo tendo em conta a existência desse marco normativo, verifica-se pouca exigência de qualidade por parte significativa da população, principalmente, em função do desconhecimento acerca das práticas adequadas de manipulação de alimentos, que representem menor risco à sua saúde (COSTA, 2011). Se os consumidores não reconhecerem o risco pessoal, também não procuram modificar seus hábitos de manipulação e de consumo (FEIN et al., 1995) e a população continua exposta ao risco de consumir alimentos contaminados, principalmente nas suas residências.

Desta forma, essas informações demonstram a necessidade de maior atenção na área de segurança dos alimentos. O fato da maioria dos surtos investigados ter ocorrido em residências torna evidente a necessidade de orientar e educar a população quanto aos cuidados com a manipulação em nível domiciliar, bem como de orientações para que as DTA, mesmo as de sintomas brandos, sejam comunicadas aos serviços públicos para os devidos registros. É necessária a notificação pelo setor de Vigilância Epidemiológica, de todos os surtos, para a busca dos agentes etiológicos e alimentos específicos envolvidos na veiculação, bem como das causas das infecções, para o planejamento e treinamento de

profissionais de saúde visando à notificação, investigação dos eventos e esclarecimento da população geral (MARCHI et al, 2011).

Costa (2011) acredita que programas e materiais de educação possam convencer a população de que a manipulação inadequada dos alimentos pode ser um problema de saúde. Através destes o próprio consumidor entenderia o processo de vigilância e de exigência em relação à segurança do alimento consumido, seja pelo monitoramento do alimento industrializado e consumido fora, seja pela manipulação em sua residência.

Porém, para implementar qualquer projeto educativo para manipuladores e consumidores, é importante conhecer o público-alvo, identificando o que os consumidores sabem a respeito da segurança alimentar e das práticas de preparação em casa (WILLIAMSON et al., 1992; MANNING, 1994; ANGELILLO et al., 2001).

Um dos principais desafios da Vigilância Sanitária é garantir que as ações educativas cheguem à população e que recursos de proteção à saúde sejam utilizados na prática de todos os profissionais de saúde (O'DWYER et al., 2007).

Nesse contexto, a Equipe de Saúde da Família (ESF) constitui um excelente veículo para a aplicação de práticas de educação em saúde que possam favorecer as ações de promoção da saúde da família e a prevenção de doenças (LEITE et al., 2009).

A constituição dessa parceria possibilita, aos profissionais da Vigilância Sanitária, a oportunidade de estarem em contato permanente com a população por meio das visitas domiciliares mensais e reuniões propostas pela ESF, que tem uma prática que extrapola os muros dos serviços e propicia um novo espaço de interlocução para a vigilância.

A ESF pode ser o elo entre a comunidade e a equipe de Vigilância Sanitária. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o primeiro profissional com o qual a comunidade se identifica, sendo capaz de identificar situações de risco, norteadora para a epidemiologia e para a prevenção, assim como para a Vigilância Sanitária (O'DWYER et al., 2007).

Nessa perspectiva de integralidade, os ACS tem um papel importantíssimo de mola propulsora para consolidação do SUS, além de atuar como promotor de saúde capaz de despertar mudanças de hábitos nas famílias e efetivo controle social, em prol da melhoria da qualidade de vida da população fato este apoiado em condições políticas e legais para sua efetivação (MULLER et al, 2012).

Considerando o cenário descrito anteriormente, que aponta as DTA como um problema de saúde pública, justifica-se a elaboração de um Projeto Aplicativo, baseado nas práticas de integralidade entre a Vigilância Sanitária e a Atenção Básica em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) e a Portaria nº 3.252 (BRASIL, 2009), com o fito de reduzir ou eliminar os riscos e agravos decorrentes das práticas inadequadas relacionadas aos alimentos no âmbito residencial, por meio de estratégias preventivas que permitam conscientizar e instrumentalizar a população.

Para eleger o território que sirva de piloto do citado projeto procedeu-se a escolha de um município do Estado do Rio de Janeiro que refletisse o quadro epidemiológico do Brasil, considerando as características socioeconômicas e culturais tão diversas, bem como sua dimensão continental, o que viabiliza a aplicabilidade do projeto em qualquer município do país. Assim sendo foi escolhido o município de Rio Bonito/RJ.

Rio Bonito representa 17% do total da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, com alto percentual de área rural (68%), sendo a taxa de urbanização a menor da região. Segundo dados do IBGE (2010) a população em 2010 era de 55.551 habitantes e em conformidade com o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,77.

O município, no ano de 2007, apresentava 41,90% dos domicílios urbanos com acesso ao serviço de abastecimento de água, situação comparativamente inferior à média encontrada no Estado (98,74%). Com relação ao serviço de esgotamento sanitário, neste mesmo ano, o município não possuía rede coletora oficial, evidenciando uma situação de precariedade extrema, enquanto o Estado apresentava 71,03% dos domicílios urbanos com cobertura do serviço.

O sistema de tratamento de esgoto ainda é incipiente. A maior parte da população possui fossas sépticas, mas sem manutenção frequente. A população faz ligações clandestinas despejando o esgoto "in natura" nos córregos que cortam a Cidade. Com relação aos resíduos sólidos, no ano de 2000, 77,7% da população teve coleta regular do lixo, 18,7 % foram queimados nos domicílios e 3,7 % não tiveram destinação específica. O município possui ainda um aterro sanitário controlado (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BONITO 2010-2013).

Esses fatores podem ser agravantes na transmissão de doenças veiculadas pela água ou alimentos ao homem. De acordo com os dados do SINAN, no ano de 2011, ocorreram 166 casos de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível que podem estar associadas à água ou alimento e até a 25ª semana epidemiológica de 2012, o número de casos foi de 121. Apesar da subnotificação de DTA, segundo dados da Vigilância Epidemiológica e Sanitária do município, em 2012, ocorreu um surto com envolvimento de 12 crianças em idade escolar após consumo de quitutes preparados em suas residências para uma confraternização na escola.

A rede assistencial de saúde da cidade conta com 15 Estratégias de Saúde da Família. Em 2008 (DAB/MS, 2008), o número de habitantes coberto por ESF era de 41.400, representando um total de 79,7% da população. O 3º distrito do município, coberto pela ESF de Basílio, micro área eleita para o estudo, atende 910 famílias, totalizando 3025 pessoas.

## OBJETIVOS

### 1.1. OBJETIVO GERAL

1.2. Reduzir ou eliminar os riscos e agravos decorrentes da aquisição, manipulação, armazenamento, consumo e práticas comerciais de subsistência relacionadas aos alimentos no âmbito residencial, por meio de estratégias preventivas que permitam conscientizar e instrumentalizar a população na adoção destas medidas.

### 1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Implementar estratégias inovadoras de educação sanitária para minimizar o desconhecimento das boas práticas de manipulação de alimentos pela população, utilizando como instrumento a capacitação dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde pela alta capilaridade de suas ações e vínculos com a comunidade;
- 2- Estabelecer instrumentos de divulgação de informação sobre boas práticas de manipulação de alimentos para a população;
- 3- Implementar ações com vistas a aumentar a comunicação de ocorrência de DTA junto à Vigilância em Saúde;
- 4- Instrumentalizar a população através da educação sanitária para o consumo de água dentro dos padrões de potabilidade;
- 5- Buscar informações sobre surtos de DTA ocorridos em âmbito residencial;
- 6- Desenvolver atividades de educação continuada para profissionais de saúde, manipuladores e consumidores de alimentos.

## 2. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES, METODOLOGIAS E RESULTADOS ESPERADOS

A construção do Projeto Aplicativo foi norteada a partir da análise do problema em questão por meio da árvore de problemas, com identificação dos descritores, das causas e consequências do problema e da forma que estão relacionadas entre si.

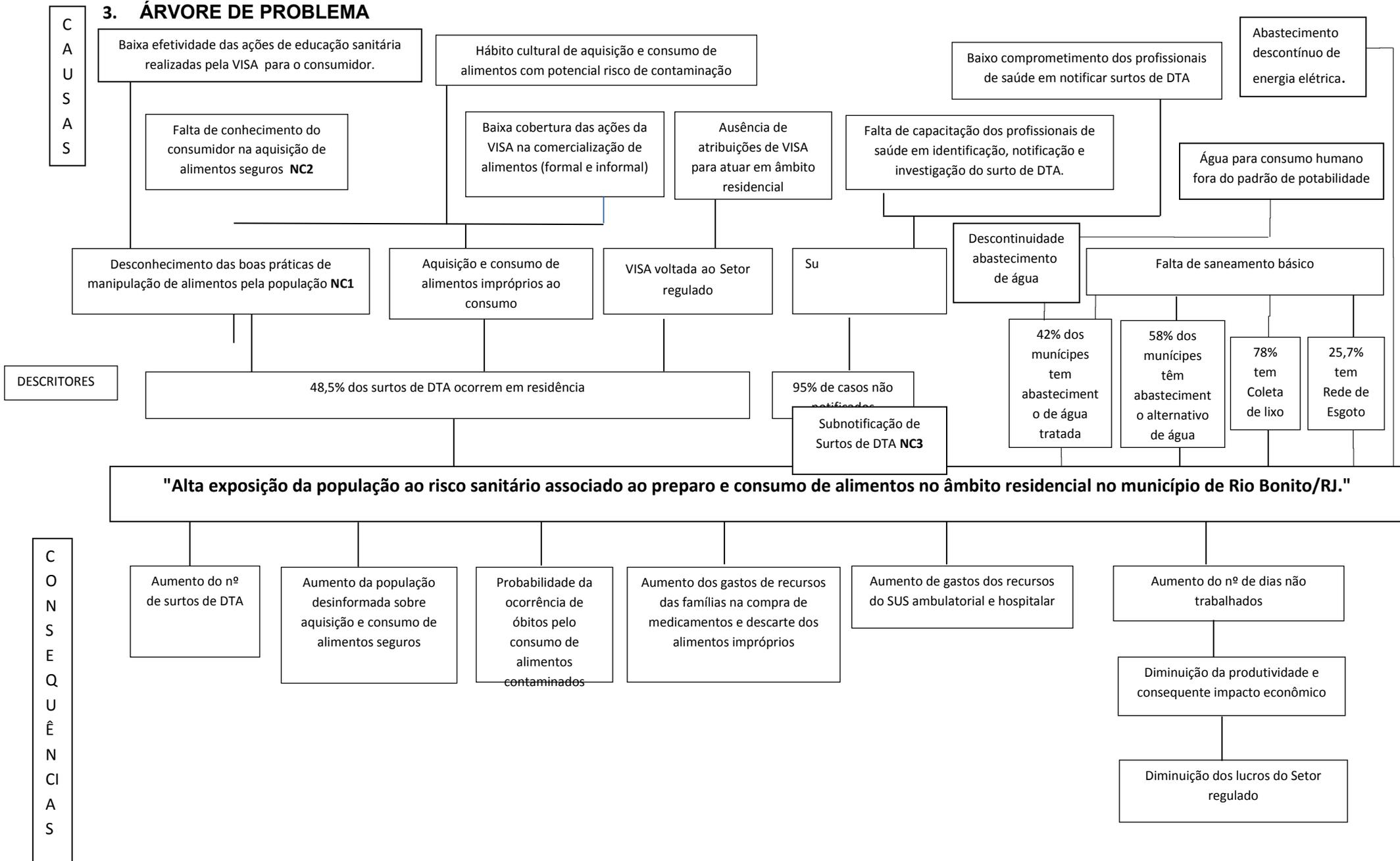
Uma vez construída a árvore de problema, foram identificadas e selecionadas as prováveis causas da situação que se pretende modificar, denominadas “nós críticos” (NC), os descritores do problema, que justificam a relevância da intervenção, como meio para mudança de cenário e as respectivas consequências. Foram definidos os “nós críticos” considerados como relevantes, cujas ações de intervenção estivessem na governabilidade do órgão proponente, direcionadas à metas definidas e factíveis, de forma a torná-lo um projeto viável, desenhado com coerência e abrangência aos fins propostos.

Definidos os três “Nós Críticos” (NC1, NC2 e NC3), conforme constam na Árvore de Problema verificamos que ao estabelecer as operações e atividades a serem realizadas, para atacar o NC1, seria possível abordar também a causa do NC2. Sendo assim, com fins de mantermos a lógica da construção do Projeto Aplicativo, permanecemos com o NC2 no desenho da Árvore de Problema, excluindo-o, entretanto do Desenho do Plano apresentado a seguir.

O Desenho do Plano foi planilhado de forma a torná-lo autoexplicativo, uma vez que nele estão inseridos os “nós críticos”, as operações estabelecidas para cada NC, bem como, as atividades que deverão ser executadas para cada “operação”, sendo definidos os responsáveis, sejam eles internos ou externos, prazos, recursos e resultados.

Além disso, foi avaliada a viabilidade do projeto no cenário político do município de Rio Bonito cuja gestão atual mostrou-se favorável a sua implantação. No entanto, em função do cronograma de execução do projeto ser extenso, prever articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e considerando ser um momento de eleições municipais que podem acarretar alteração no presente cenário político, optamos por planejar o PA para o ano de 2013, conforme tabela do item 6.

### 3. ÁRVORE DE PROBLEMA



C  
A  
U  
S  
A  
S

DESCRITORES

C  
O  
N  
S  
E  
Q  
U  
Ê  
N  
C  
I  
A  
S

#### 4. DESENHO DO PLANO

Nó Crítico	Operações	Atividades	Responsável		Prazo	Recursos	Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia	
			Ator Interno	Ator Externo							
NC 1 - Desconhecimento das boas práticas de manipulação de alimentos pela população	OP 1 - Capacitar multiplicadores (enfermeiras do ESF, agentes comunitários de saúde) utilizando estratégias inovadoras para divulgar práticas de aquisição e manipulação de alimentos no âmbito residencial, incluindo a melhoria da qualidade da água de consumo.	A1 - Elaborar material educativo para capacitação dos multiplicadores .	Sabrina / Miriam / Ricardo		4 meses	Organização (Infraestrutura e Logística), Poder (Articulação com Secretária Municipal de Saúde), Conhecimento (Convite/contratação de Especialista em metodologia ativa), Econômico (Recurso dos Pisos Estruturante e Estratégico).	01 Oficina dividida em 3 módulos, para Capacitação de 08 profissionais da equipe da ESF, no prazo de 06 meses.	Aumento da população informada sobre práticas adequadas de manipulação de alimentos, incluindo a melhoria da qualidade da água e conscientização sobre o risco associado ao consumo de alimento e água;			
		A2 - Articular com a Secretaria Municipal de Saúde para realização da capacitação.	Marilia		1 mês				Redução da morbidade/mortalidade decorrente do consumo de Alimentos.		
		A3 - Elaborar instrumento de acompanhamento e avaliação do curso de capacitação.	Marilia / Ana Paula		2 meses						

Nó Crítico	Operações	Atividades	Responsável		Prazo	Recursos	Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia
			Ator Interno	Ator Externo						
NC 1 - Desconhecimento das boas práticas de manipulação de alimentos pela população	OP 2 - Divulgar informação sobre boas práticas de manipulação de alimentos e técnicas alternativas para garantir a potabilidade da água de consumo para a população adstrita.	A1 - Elaborar material técnico para produção em vídeo com objetivo de divulgação em salas de espera nas UBS	Sabrina / Miriam / Ricardo		4 meses	Organização (Infraestrutura e Logística), Conhecimento (Corpo Técnico da VISA de Rio Bonito), Econômico (Recurso dos Pisos Estruturante e Estratégico).	01 vídeo produzido e material técnico elaborado sobre 12 temas pertinentes ao consumo de água e alimentos seguros para divulgação.	Mídia disponibilizada e divulgação das informações para 50% da população.		
		A2 - Produzir o vídeo.		Produtora	6 meses					
		A3 - Elaborar material técnico para divulgação na mídia de massa (rádio e jornal local) sobre como adquirir alimentos seguros.	Antonio / Fernando		4 meses					
		A4 - Contato com os responsáveis das empresas de comunicação.	Ricardo		2 meses					

Nó Crítico	Operações	Atividades	Responsável		Prazo	Recursos	Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia
			Ator Interno	Ator Externo						
NC 3 - Subnotificação de surtos de DTA	OP 3 - Capacitar os profissionais de saúde da ESF para identificar e conscientiza r a população a comunicar sobre a ocorrência de DTA.	A1 - Elaborar material educativo para capacitação dos profissionais de saúde (Equipe da ESF com ênfase nos ACS).	Antonio / Fernando		4 meses	Organização (Infraestrutura e Logística), Poder (Articulação com Secretária Municipal de Saúde), Conhecimento (Convite/contratação de Especialista em metodologia ativa), Econômico (Recurso dos Pisos Estruturante e Estratégico).	100% dos profissionais da ESF capacitados.	Aumento da Notificação de surto de DTA.		
		A2 - Articular com a Secretaria Municipal de Saúde para realização da capacitação.	Marilia		1 mês					
		A3 - Elaborar instrumento de acompanhamento e avaliação do curso de capacitação.	Marilia / Ana Paula		2 meses					

## 5. CRONOGRAMA

6. OPERAÇÃO	7. ATIVIDADE	8. 2013									
		11. Ja	12. F e v e r e i r o	13. M	14. A	15. M	16. J	17. J	18. Ag	19. S e t e m b r o	20. O u t u b r o
21. OP 1 - Capacitar multiplicadores (enfermeiras do ESF, agentes comunitários de saúde) utilizando estratégias inovadoras para divulgar práticas de aquisição e manipulação de alimentos no âmbito residencial, incluindo a melhoria da qualidade da água de consumo.	22. A1 - Elaborar material educativo para capacitação dos multiplicadores.	23. .	24.	25. .	26. .	27. .	28. .	29. .	30. .	31.	32.
	34. A2 - Articular com a Secretaria Municipal de Saúde para realização da capacitação.	35. .	36.	37. .	38. .	39. .	40. .	41. .	42. .	43.	44.
	46. A3 - Elaborar instrumento de acompanhamento e avaliação do curso de capacitação.	47. .	48.	49. .	50. .	51. .	52. .	53. .	54. .	55.	56.

57. OP 2 - Divulgar informação sobre boas práticas de manipulação de alimentos e técnicas alternativas para garantir a potabilidade da água de consumo para a população adstrita.	58. A1 - Elaborar material técnico para produção em vídeo com objetivo de divulgação em salas de espera.	59 .	60.	61. 6	62. 2	63. 6	64. 4	65. 6	66. 5	67.	68.
	70. A2 - Produzir o vídeo.	71 .	72.	73. 7	74. 4	75. 7	76. 7	77. 7	78. 7	79.	80.
	82. A3 - Elaborar material técnico para divulgação na mídia de massa sobre como adquirir alimentos seguros.	83 .	84.	85. 8	86. 6	87. 8	88. 8	89. 8	90. 9	91.	92.
	94. A4 - Contato com os responsáveis das empresas de comunicação.	95 .	96.	97. 9	98. 8	99. 9	100. 9	101. 1	102. 0	103. 1	104.

OPERAÇÃO	ATIVIDADE	2013											
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro		
		OP 3 - Capacitar os profissionais de saúde da ESF para identificar e conscientizar a população a comunicar sobre a ocorrência de DTA.	A1 - Elaborar material educativo para capacitação dos profissionais de saúde (Equipe da ESF com ênfase nos ACS).										
	A2 - Articular com a Secretaria Municipal de Saúde para realização da capacitação.												
	A3 - Elaborar instrumento de acompanhamento e avaliação do curso de capacitação.												

105.

## 106. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto aplicativo foi construído considerando sua relevância para o Sistema Único de Saúde, incluindo a Vigilância Sanitária e a população, com fins de preencher uma lacuna existente quanto a atuação dos órgãos de Vigilância Sanitária no âmbito residencial.

Para tal procurou-se fundamentar a apresentação e discussão do problema com base em literatura específica referenciada, contrapondo com os conhecimentos empíricos evidenciados. Foram observados aspectos relacionados a macro e micro políticas e as condições e recursos existentes no município de Rio Bonito, bem como, no serviço de vigilância sanitária no qual o projeto aplicativo será aplicado.

Devido à alta aceitação das famílias beneficiadas com a Estratégia de Saúde da Família, por intermédio do Agente Comunitário de Saúde, este projeto aplicativo visa conscientizar e instrumentalizar a população na aquisição, manipulação e consumo de alimentos seguros, e proporcionalmente a redução de casos de doenças transmitidas por alimentos.

Por outro lado, a conscientização da equipe ESF sobre a necessidade da notificação das doenças diarreicas agudas pode contribuir para o cruzamento das informações contidas nas notificações com o fito de identificar surtos de DTA, que possibilitará a geração de dados relacionados aos surtos de DTA, para avaliação e utilização em diagnósticos futuros.

As ações de intervenção foram elaboradas buscando a integração e a interface com outros setores e órgãos, sobretudo a atenção básica, conforme as diretrizes constitucionais da Carta Magna do país e o Sistema Único de Saúde, estabelecendo metas, a factibilidade e aplicabilidade do projeto em qualquer unidade federativa do país e seus municípios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, M. R.; MOSS, M. O. **Microbiologia de los alimentos**. Zaragoza: Editorial Acribia. 1997.

AMSON, G. V.; HARACEMIV, S. M. C.; MASSON, M. L. **Levantamento de dados epidemiológicos relativos à ocorrências/surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) no estado do Paraná – Brasil, no período de 1978 a 2000**. Ciência e agrotecnologia, v. 30, n. 6, p. 1139-1145, 2006.

ANGELILLO, I. F.; FORESTA, M. R.; SCOZZAFAVA, C.; PAVIA, C. **Consumers and foodborne diseases: knowledge, attitudes and reported behavior in one region of Italy**. International Journal of Food Microbiology, v. 64, p. 161-166, 2001.

BADARÓ, A. C. L.; AZEREDO, R. M. C.; ALMEIDA, M. E. F. **Vigilância sanitária de alimentos: uma revisão**. Revista Digital de Nutrição, v. 1, n. 1, 2007.

BALBANI, A. P. S. & BUTUGAN, O. 2001. **Contaminação biológica de alimentos**. Pediatría, 23(4): 320-328.

BARRETO, T. L. **Perfil epidemiológico dos surtos de toxinfecções alimentares no município de Limeira**, SP. 2007. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciência, Área de Concentração: Ciência e tecnologia de Alimentos) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim eletrônico epidemiológico – Vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos no Brasil, 1999-2004**. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8080 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 e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 216 de 15 de setembro de 2004. **Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. **Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2009.

CARMO, G. M. I., OLIVEIRA, A. A., DIMECH, C. P., SANTOS, D. A., ALMEIDA, M. G., BERTO, L. H., ALVES, R. M. S. & CARMO, E. H. 2005. **Vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos no Brasil, 1999-2004.** Boletim Eletrônico Epidemiológico, n. 6, p. 1-7. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol\\_epi\\_6\\_2005\\_corrigido.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol_epi_6_2005_corrigido.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2012.

COSTA, G. A. C. **Conhecimento e comportamento do consumidor acerca de práticas seguras na manipulação de alimentos.** Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana – Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília). 104 f. 2011.

COSTALUNGA, S.; TONDO, E. C. **Salmonellosis in Rio Grande do Sul, Brazil, 1997 to 1999.** Brazilian Journal of Microbiology, v. 33, p. 342-346, 2002.

FEIN, S. B.; LIN, J. T.; LEVY, A. S. **Foodborne illness: perceptions, experience and preventive behaviors in the United States.** Journal of Food Protection, n. 58, p. 1405-11. 1995.

FORSYTHE, S. J. **Microbiologia da segurança alimentar.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

GIOVA, A. T. **APPCC na qualidade e segurança microbiológica de alimentos.** São Paulo. Livraria Varela, 1997.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.**

JAKABI, M.; BUZZO, A. **Observações laboratoriais sobre surtos Alimentares de *Salmonella* spp., ocorridos na Grande São Paulo, no período de 1994 a 1997.** Revista do Instituto Adolfo Lutz, v. 58, n. 1, p. 47-51, 1999.

LEITE, L. H. M.; MACHADO, P. A. N.; VASCONCELLOS, A. L. R.; CARVALHO, I. M. **Boas práticas de higiene e conservação de alimentos em cozinhas residenciais de usuários do programa saúde da família – Lapa.** Revista Ciências Médicas, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2009.

LOIR, Y. LE; BARON, F.; GAUTIR, M. **Staphylococcus aureus** and food poisoning. Genetic Molecular Research, v.2, n.1, p.63-76, 2007.

MANNING, C. K. **Food safety knowledge and attitudes of workers forma institutional and temporary foodservice opertations**. Journal of the American Dietetic Association, v. 94, n. 8, p. 895-897, 1994.

MARCHI, Débora Melyna et al. **Ocorrência de surtos de doenças transmitidas por alimentos no Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina, Brasil, no período de 1995 à 2007**. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, Brasília: SVS/MS, v. 20, n. 3, p. 401-407, 2011.

MAYER, L.; SILVA, W. P. **Análise dos surtos notificados de doenças transmitidas por alimentos nos Estado de São Paulo entre 1995 e 2008**. Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial, v. 03, n. 02, p. 81-96, 2009.

MIGUEL, M.; LAMARDO, L.C.A.; GALVÃO, M.S.; NAVAS, S.A.; GARBELOTTI, M.L.; BRANCIFORTE, M. **Legislação em higiene alimentar e suas aplicações**. Revista Higiene Alimentar, v. 14, n. 68/69, p 44-49. 2000.

MULLER et al. **A profissionalização do agente comunitário na perspectiva da promoção da saúde**. Cogitare Enferm, v. 17, n.1, p.171-174, 2012.

NASCIMENTO, F. C. A. **Aspectos sócio-econômicos das doenças veiculadas pelos alimentos**. Nutrição em pauta, v. 40, p. 22-26, 2000.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F., L.; DE SETA, M. H. **O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007.

OLIVEIRA, A. B. A.; PAULA, C. M. D.; CAPALONGA, R.; CARDOSO, M. R. I.; TONDO, E. C. **Doenças transmitidas por alimentos, principais agentes etiológicos e aspectos gerais: uma revisão**. Revista HCPA, v. 30, n. 3, p. 279-285, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças de origem alimentar: enfoque para educação em saúde**. São Paulo: Roca, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Food safety and foodborne illness**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs237/en/index.html>. Acesso em: 11 de abril de 2008.

RIO BONITO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 89p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. **A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: CEVS, 184p, 2006. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1170684439141A%20SAUDE%20DA%20POPULACAO%20DO%20RS%202005.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2012.

SANTOS, M. H. R.; CORDEIRO, A. R.; BITTENCOURT, J. V. M.; BORTOLOZZO, E. Q. **Segurança alimentar na manipulação doméstica: abordagem física, química e biológica**. In: SIMPÓSIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 3, Florianópolis, SC, 2010.

SANTOS, M. H. R.; SANTOS JUNIOR, G.; BORTOLOZO, E. A. F. Q. **Avaliação higiênico-sanitária da manipulação de alimentos, a nível residencial, a partir da ocupação responsável pelo processamento**. Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial, v. 05, n. 01, p. 346-355, 2011.

VALENTE, D. **Avaliação higiênico-sanitária e físico-estrutural dos supermercados de Ribeirão Preto, SP. 2001**. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.

WELKER, C. A. D.; BOTH, J. M. C.; LONGARAY, S. M.; HAAS, S.; SOEIRO, M. L. T.; RAMOS, R. C. **Análise microbiológica dos alimentos envolvidos em surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA) ocorridos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Revista Brasileira de Biociências, v. 8, n. 1, p. 44-48, 2010.

WILLIAMSON, D. M.; GRAVANI, R. B.; LAWLESS, H. T. **Correlation food safety knowledge with home preparation practices**. Food Technology, p. 94-100, 1992.

ALINE DA SILVA COSTA  
DAYSE GOMES DE OLIVEIRA CARVALHO  
DIRCEU MEIRA FILHO  
FÁBIO PEREIRA DE SOUZA  
LEONARDO NASCIMENTO CERQUEIRA  
MARGUERITA ROSE ABDALLA GOMES  
SYLVIA FERNANDA MALHEIROS  
TATY CRISTINA CARDOSO MACHADO

**BELEZA SEGURA**

**TEMA**

**EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI AOS RISCOS EM  
ESTABELECIMENTOS DE SALÃO DE BELEZA**

Rio de Janeiro

2012

ALINE DA SILVA COSTA  
DAYSE GOMES DE OLIVEIRA CARVALHO  
DIRCEU MEIRA FILHO  
FÁBIO PEREIRA DE SOUZA  
LEONARDO NASCIMENTO CERQUEIRA  
MARGUERITA ROSE ABDALLA GOMES  
SYLVIA FERNANDA MALHEIROS  
TATY CRISTINA CARDOSO MACHADO

**BELEZA SEGURA**

**TEMA**

**EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI AOS RISCOS EM  
ESTABELECIMENTOS DE SALÃO DE BELEZA**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio e Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão da Vigilância Sanitária

Orientadora: Aniara Correa

Rio de Janeiro

2012

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa

Aline da Silva Costa; Dayse Gomes de Carvalho; Dirceu Meira Filho; Fábio Pereira de Souza; Leonardo Nascimento Cerqueira; Marguerita Rose Abdalla Gomes; Sylvia Fernanda Malheiros e Taty Cristina Cardoso Machado.

Beleza Segura. Exposição da População do Município de Niterói aos Riscos em Estabelecimentos de Salão de Beleza: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa. – Rio de Janeiro, 2012.

30 p.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Beleza Segura. Exposição da População do Município de Niterói aos Riscos em Estabelecimentos de Salão de Beleza.

G33

## 1. INTRODUÇÃO

O grupo afinidade 33 (GA-33) foi formado devido às respostas similares fornecidas por componentes dos grupos diversidades, em tarjetas individuais, sendo alocado na situação problema “Baixa cobertura e baixa resolutividade das ações de Vigilância Sanitária”. Este tema foi estabelecido pelos facilitadores dos demais grupos.

Inicialmente, após explicações sobre a construção do projeto aplicativo, o grupo através de discussões sobre as diversas situações de risco envolvendo as atividades de vigilância sanitária, aplicou a matriz decisória a fim de escolher entre 2 (duas) situações recorrentes nas discussões, sendo estas: a) produtos inseguros ofertados no mercado como medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos para a saúde e b) serviços de saúde e de interesse à saúde como clínicas, salão de beleza, tatuagens, farmácias e drogarias. O resultado obtido na aplicação da matriz produziu o seguinte resultado demonstrado com a tabela 1.

**Tabela 1.** Resultado da escolha do foco foi sobre ações de VISA em serviços de interesse à saúde.

<b>Problema</b>	<b>Valor</b>	<b>Interesse</b>
Produtos	90% médio	100% positivo
Serviços	100% alto	100% positivo

O grupo após a aplicação da matriz definiu que o foco seria em salão de beleza, uma vez que a maioria dos especializandos alegou que as normas sanitárias eram deficitárias, praticamente inexistentes e incompletas para esse ramo de atuação. Além disso, ressaltou a condição de alto risco biológico existente entre clientes e funcionários devido o compartilhamento de artigos de manicure e pedicure e o advento do uso e risco dos alisantes capilares formulados a base de formaldeído nesses estabelecimentos.

Os descritores inicialmente selecionados para justificar a situação problema, foram: taxa de morbidade e cadastro (número de estabelecimentos cadastrados na secretaria municipal de fazenda/ número de estabelecimentos cadastrados na VISA). O alvo da situação problema foi: Baixa cobertura e baixa resolutividade da ação de VISA em serviços de interesse à saúde no Estado do Rio de Janeiro – Salões de Beleza.

Foram definidos também os atores e se os mesmos eram favoráveis, neutros ou contra, conforme a matriz 1 (um) a seguir:

**Matriz 1.** Definição dos atores favoráveis, neutros e contras ao alvo da situação problema do Projeto Aplicativo.

<b>Atores Favoráveis</b>	<b>Atores Neutros</b>	<b>Atores Contras</b>
Gestores de VISA - maioria	Alguns gestores	-
Técnicos de VISA - maioria	Alguns técnicos	Poucos
População - alguns	Maioria da População	Poucos da População
Empresários - poucos	Poucos empresários	Maioria dos empresários
Trabalhadores dos estabelecimentos – maioria	-	-

Após o levantamento acima foram realizadas pesquisas com vistas ao entendimento quanto à definição de salão de beleza como estabelecimento de interesse à saúde, atividades desenvolvidas e os riscos envolvidos neste tipo de estabelecimento.

Segundo a definição encontrada na “home page” da Vigilância Sanitária do Paraná, “entende-se por serviços de interesse à saúde ou estabelecimentos de interesse à saúde, o local, a empresa, a instituição pública ou privada, e/ou a atividade exercida por pessoa física ou jurídica, que pelas características dos produtos e/ou serviços ofertados, possam implicar em risco à saúde da população e à preservação do meio ambiente”. Dentre eles está o salão de beleza, estabelecimento comercial cuja especialidade é lidar com tratamentos cosméticos que aprimorem a aparência das pessoas (WIKIPÉDIA,2012).

Foram levantados os diversos tipos de tratamento hoje realizados em salão de beleza (cabeleireiros, manicures, pedicures, calistas, barbeiros, maquiagem, depilação mecânica, estética facial, etc.) (TERRA, 2012). Após avaliação do universo e responsabilidades técnicas envolvidas, o grupo optou por considerar neste trabalho a realização das atividades de cabeleireiros, manicures e pedicures.

Entre janeiro e julho deste ano, foram abertas somente em São Paulo 2.445 empresas de serviços relacionados à beleza, uma alta de 85% em relação ao número de registros no mesmo período do ano passado (1.317). Já o número de abertura de lanchonetes e similares subiu de 1.705 em 2010 para 1.989 em 2011 (alta de 12,5%) (G1,2011).

No país, o número de salões de beleza cresceu 78% em cinco anos, de 309 mil, em 2005, para 550 mil em 2010, segundo levantamento da Associação Nacional do Comércio de Artigos de Higiene Pessoal e Beleza (Anabel). No segundo trimestre de 2011 os números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que este tipo de estabelecimento teve expansão de 0,8%, a maior entre os setores da economia (G1, 2011).

Parte do crescimento deste seguimento se deve ao incentivo à formalização pelo programa federal que criou a figura jurídica do Empreendedor Individual para negócios com receita bruta anual de até R\$ 36 mil. Com burocracia reduzida e menores alíquotas, o programa tem facilitado a legalização e o registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) (G1, 2011).

O aumento dos gastos dos brasileiros com beleza talvez seja a principal razão para o aumento do número de salões. Pesquisa do Instituto Data Popular de 2010 mostra que as despesas com higiene e cuidados pessoais saltaram 388% em oito anos, de R\$ 8,9 bilhões em 2002 para R\$ 43,4 bilhões em 2010. Segundo o levantamento, a classe C (famílias que ganham entre 3 e 10 salários mínimos) liderou a alta, respondendo por 45,64% dos gastos (G1, 2011).

De maneira proporcional é crescente os casos de eventos adversos, como as intoxicações e as queimaduras de pele, em clientes de salões de beleza. Tais ocorrências estão intimamente ligadas ao crescimento do setor, anteriormente citado, sem a devida atenção das autoridades ao impacto sanitário inerente às atividades de embelezamento praticadas neste tipo de estabelecimento. Ainda no que se refere ao impacto sanitário, as práticas inadequadas de esterilização de materiais para manicure tem alto potencial para a transmissão de doenças infectocontagiosas, como a Hepatite B e C e HIV (MUSSI, 2007).

É de conhecimento público que maus hábitos e práticas dos profissionais do ramo, combinados com a necessidade de satisfação do cliente a qualquer custo, podem acarretar graves problemas de saúde nestas 2 classes (público- alvo), tais como: o uso de formaldeído que não é permitido como, ativo na formulação de produtos cosméticos para escova progressiva (BRASIL, 2001)

O compartilhamento do material de manicure/ pedicure, em condições citadas acima como alicates, tesouras e cortadores de unhas, mesmo que em uso domiciliar, pode trazer consequências para a saúde pública, pois há evidência de que esteja associado à transmissão dos vírus das hepatites B (VHB) e C (VHC) (MELO & ISOLANI, 2011).

Oliveira & Focaccia (2009), através do Estudo da estimativa de prevalência das hepatites B e C e da adesão às normas de Biossegurança em manicures e/ou pedicures do município de São Paulo com 100 participantes. As estimativas de prevalência obtidas como resultados foram de 8% de anti-HBc e 2% de anti-VHC. Observou também que como as manicures e pedicures apresentam risco em potencial para a hepatite devido ao exercício profissional, o conhecimento sobre as vias de transmissão da infecção, prevenção, normas de Biossegurança e risco de exposição é baixo. Com isso, notou-se que é preciso a elaboração de normas de Biossegurança e uso de proteção individual para as mesmas.

Gir & Gessolo (1998) concluíram que as manicures passaram a tomar mais precaução após o advento da AIDS quanto o contato com o sangue das clientes e após o uso de alicates nas mesmas. Em relação à forma de desinfecção/ esterilização do instrumental, as medidas utilizadas não eram eficazes ou não eram feitas adequadamente no que se refere ao tempo ou as formas como acetona e éter não eram convencionais e, portanto não conferiam qualquer proteção às clientes.

Segundo estudo de Guisi & Santin (2011), em 100% (total de 10 amostras) das lixas de unhas metálicas pesquisadas neste trabalho foram observados o crescimento de fungos na diluição 10<sup>-1</sup>, sendo indicativos da presença de fungos patogênicos causadores da onicomicose. Os autores do estudo concluem que os métodos de esterilização dispensados atualmente pelos centros de estética não são eficazes.

Um levantamento dos procedimentos de controle de infecção em manicures e pedicures em Nova York mostraram que, no ano de 2001, dos 72 estabelecimentos envolvidos, 60% representavam risco de transmissão de infecções e 40% dos profissionais entrevistados afirmaram ter sido imunizado contra Hepatite B. Também foi informado que a reutilização dos materiais dos materiais de trabalho era prática comum, sendo que estes eram desinfetados com álcool isopropílico, o uso de luvas não era uma prática de rotina e tampouco a utilização de procedimentos de precaução em casos de acidentes (JOHNSON et al., 2001).

Uma avaliação realizada no município de Feira de Santana na Bahia com 175 pacientes de instituições públicas e privadas demonstrou que 51,4% dos pacientes contaminados com Hepatite C teriam feito compartilhamento de material de manicure (MELO & ISOLANI, 2011).

Através do trabalho pesquisado “Percepção dos consumidores de Serviços de Beleza em relação às normas de Biossegurança realizado por Souza et al (2012) em estabelecimentos de Itajaí/SC, dos 850 clientes que circulavam mensalmente em 5 salões da cidade, 51% não conhecem o significado das normas de Biossegurança. Em relação ao aspecto de limpeza e desinfecção e esterilização e uso de materiais descartáveis, além de EPI pelos profissionais, 98% dos pesquisados afirmaram que se preocupam com estes aspectos.

Linardi et al. (1988), no estudo feito com amostras de cabelo no chão de barbearias e salões de beleza de Belo Horizonte, Minas Gerais, para determinar a prevalência de pediculose do couro cabeludo na população humana, verificou que das 475 amostras examinadas em relação à presença de lêndeas, ninfas ou adultos de *Pediculus capiti*, 140 (29,5%) estavam infestadas.

Macagnan et al. (2010) evidenciaram que o formaldeído é utilizado na formulação de pesticidas e de cosméticos como o alisante capilar. Embora seja produzido pelo organismo, não tem boa absorção dérmica e quando usado além da dose recomendada pela ANVISA, pode gerar diversos graus de toxicidade até o câncer. Na faixa etária entre 20 e 29 anos, a irritação ocular como manifestação aguda foi presente em 71%; a bronquite na forma de intoxicação crônica foi presente na faixa entre 30- 39 anos e acima dos 40 anos. O seu uso nos alisantes capilares traz prejuízo ao organismo. Sendo que a exposição ocupacional contínua pode gerar genotoxicidade.

Britto (2004) ressaltou que a quantidade de salões de beleza aumentou no Distrito Federal e devido a este cenário, foi confeccionada legislação com a obrigatoriedade de licença de funcionamento para os estabelecimentos do ramo. Sendo assim, inspeções sanitárias sistemáticas e ações de educação em saúde seriam indicadas para a proteção e promoção dos trabalhadores e usuários.

É neste cenário que o presente projeto pretende, através de ações de educação e de controle sanitário, atuar de maneira transformadora, permitindo que o desenvolvimento econômico deste setor, em nosso território, não exponha a população aos riscos sanitários advindos de processos de trabalho incorretos.

Face ao acima exposto o grupo definiu os riscos sanitários do salão de beleza, sendo estes:

- ✚ Fabricação / uso de produtos clandestinos;
- ✚ Reprocessamento inadequado dos artigos de uso coletivo;
- ✚ Falta de equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais;
- ✚ Deficiência de normatização específica e;
- ✚ Atividades não pertinentes ao licenciamento sanitário e alvará de localização.

Segundo Matus, Planejar é quem tem capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir, executar as ações planejadas, com doniedade e coerência. Entende-se que quem planeja é quem tem compromisso com projeto e quando se planeja se faz um cálculo da (das) situação (es) que, considera múltiplos recursos escassos, ou seja, a possibilidade de implementação.

Além disso, o planejamento refere-se ao presente e não a um desenho sobre o futuro. Na verdade, Matus enfatiza a necessidade de "simular" para o futuro o problema sobre o qual planejamos, possibilitar assim uma decisão racional hoje no presente. O risco de não pensar no futuro é o de que ele expresse a ineficácia da decisão que tomo hoje. No entanto, o planejamento supõe um cálculo situacional complexo, que vai preceder e presidir a ação concreta. Nesse planejamento situacional, o ator analisa a realidade de

dentro da situação. Assim, a explicação e consideração dentro de si também múltiplas, dimensões da realidade e possibilidades, a economia, a política, a ideologia etc.

Não podemos esquecer que o planejamento se refere à oportunidade e a problemas reais, situações que requer resultados positivos. O que é problema para um ator pode ser oportunidade para outro. Não estamos sozinhos no jogo social. Portanto, é muito importante explicar a realidade não somente como o ator a percebe, mas também para que ele tente compreender explicações de outros atores, diferentes da sua.

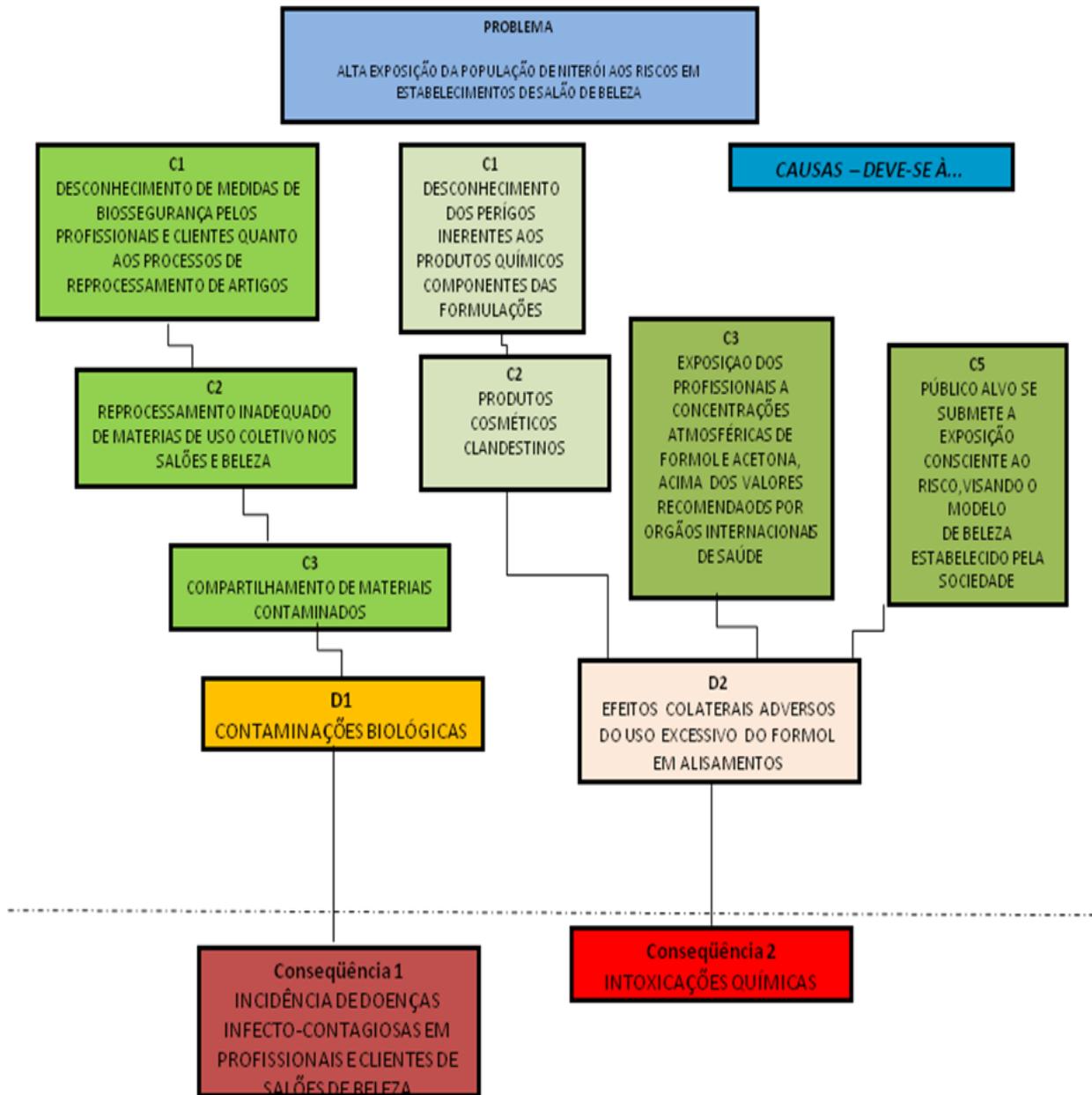
Sem dúvida, o planejamento é inseparável da gestão, é uma forma de organização para a ação. Pensar para agir. Diferentemente do planejamento normativo, que trata de recomendações, o Planejamento Estratégico Situacional, se concretiza na ação, o que implica e seu desempenho, execução controle e revisão segundo as circunstâncias. No entanto, o planejamento, nunca está referido á adivinhação do futuro, nem tão pouco filosofar no vazio. O que se propõe é trabalhar com cenários de cálculo. Algumas questões não dependem de nós. O preço do petróleo, por exemplo. Então ele não é uma opção nossa, mas sim o que, no PES, é denominado como "variante". Para estabelecer um "cenário de cálculo" precisamos analisar a articulação entre nossas opções e as variantes, e incluir no nosso plano uma estratégia para os vários cenários possíveis.

O planejamento deve ser composto por “unidades que podem agregar-se, dimensionar-se e combinar-se de maneiras distintas, segundo objetivos que se busquem a situação inicial e a estratégia elaborada”. Essa consideração permite que, diante de mudanças no cenário de cálculo, o ator possa fazer mudanças no seu plano, introduzindo, retirando ou redefinindo ações planejadas.

De acordo com o texto “O que é planejamento estratégico situacional?” por Jackson de Toni, os métodos tradicionais de planejamento não consideram a variável política; existe sempre um ator que planeja e os demais são agentes econômicos com reações previsíveis porque obedecem as leis e prognósticos de teorias conhecidas; o planejamento pressupõe um sujeito (Estado, por exemplo) que planeja e um objeto ( como exemplo, a realidade econômica e social); o diagnóstico é uma pré- condição para o planejamento; o sistema gera incertezas que são previsíveis, não havendo a possibilidade de surpresas não pensadas; o ator que planeja não controla todas as variáveis, porém as variáveis não controladas não tem importância ou mesmo são determinantes; as deficiências não se demonstram como problemas a serem solucionados; os dirigentes estão mais concentrados na relação de hierarquia e no tempo gasto para a tentativa de corrigir os projetos ineficientes.

Dando continuidade ao texto de Jackson de Toni, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) pressupõe trabalhar com adaptações constantes, conforme cada situação em que é aplicado. Os momentos de aplicação do PES são divididos em: a) momento explicativo: é o que substitui o diagnóstico. O PES propõe envolver no trabalho, o conceito de problema, uma vez que a realidade consta de problemas, ameaças e oportunidades. É uma análise do ator que planeja, seleciona e identifica os problemas estratégicos; monta os fluxos de explicação dos problemas, seleciona causas fundamentais (nós críticos) e constrói a árvore de resultados a partir da situação definida pelo grupo; b) momento operacional: onde é feito o desenho das ações ou desenhos concretos sobre cada nó crítico. São definidos para cada operação os recursos, os produtos esperados e os resultados previstos; construção de possíveis cenários onde o plano será executado; análise da trajetória das operações em cada cenário e a partir desta visão, tentar diminuir a vulnerabilidade do plano; c) momento estratégico: análise dos atores do plano; seus interesses, a motivação e o poder em cada operação prevista e em possíveis cenários; definição da melhor estratégia para cada trajetória; estabelecer um programa para o plano e construir viabilidade estratégica para atingir o objetivo e d) momento tático- operacional: “debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização de modo a garantir a execução do plano”. É quando devem ser encaminhados temas, tais como: funcionamento da agenda da direção, prestação de contas, participação dos atores envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situação e análise da conjuntura.

## ARVORE DE PROBLEMAS



Após redefinição do tema proposto e definição dos descritores do problema, o grupo se reuniu para a montagem da árvore de problemas. Dentre os nós críticos, o grupo elegeu um nó crítico principal: “desconhecimento de medidas de Biossegurança pelos profissionais e clientes quanto aos processos de reprocessamento de artigos (C1), contaminações biológicas (D1).”

Com a finalidade de estruturar um plano de ação, o grupo começou a montar as matrizes 2, 3 e 4 e à medida que avançamos na elaboração das referidas tabelas, foi designada uma operação para cada especializando, dentre estas as principais:

- a) identificação das instituições formadoras de profissionais de salão de beleza;
- b) identificação das agências de fomento;
- c) identificação da atuação das associações e os referidos contatos;
- d) levantamento dos artigos passíveis de reprocessamento e
- e) levantamento das normas de Biossegurança vigentes relacionadas a estes artigos.

O plano é feito através de operações, análise de impacto sobre os nós críticos (causas), definição de responsável pelas operações, recursos, produtos e resultados, da elaboração dos cenários e reelaboração dos produtos. Para cada nó crítico, é exigida uma intervenção. As matrizes são usadas ao desenho das operações, quanto à identificação das demandas no que se referem aos atores, quanto à avaliação e orçamento das operações.

Foram feitas entrevistas com os representantes das operações a e c, além da minuta do folder de orientação para os clientes e profissionais de embelezamento. No dia 21/05/2012, o especializando Leonardo foi ao campo com o objetivo inicial de contatar pessoas das áreas de formação profissional e de incentivo às atividades ligadas ao setor de beleza. Dispunha apenas do seguinte dado do IBGE; “Número de salões de beleza cresce 53% no estado do Rio de Janeiro”. A informação relativa ao ano de 2011 e, portanto, bastante recente, indicava o quanto o brasileiro está disposto a consumir produtos e serviços da área de beleza e com o aquecimento deste mercado, a ampliação das oportunidades de trabalho para profissionais habilitados. O Primeiro passo dado foi procurar o chamado sistema “S”, formado por SESI, SENAI, SENAC e SEBRAE para a obtenção de informações a respeito do setor e montar um quadro situacional da atividade desde a formação até o exercício profissional. No SENAC, conversou com a Coordenadora do Curso de Beleza e Bem-Estar, que apresentou a programação e a proposta pedagógica do curso, que no caso de Niterói ocorre todos os dias da semana nos três turnos, manhã, tarde e noite, tendo 20 alunos por curso. Os estudantes do sexo masculino são minoria nas turmas.

No SEBRAE, apenas recebeu panfletos, endereços na internet para obtenção de cartilhas para como montar meu negócio e se tornar um micro empreendedor individual. Apesar do contentamento por ao menos ter iniciado a incursão no universo dos salões teve a idéia de ir ao SINDSALÕES, sindicato patronal que abrange o território de Niterói, São Gonçalo, região leste e norte fluminense. Foi recebido pelos responsáveis que expuseram um quadro amplo sobre o funcionamento do setor. Destacaram a má formação dos trabalhadores, a baixa escolaridade, a inexperiência profissional e a falta de qualificação. Discorreram sobre as ações do sindicato no sentido de reversão desta realidade, oferecendo uma avaliação aos profissionais e em caso de aprovação o fornecimento de Certificados de Qualificação. A maior preocupação das dirigentes sindicais é com a questão do risco de contaminação biológica e química em virtude do desconhecimento das normas de segurança, sanitárias e a adequação dos ambientes e dos processos de trabalho por aqueles que atuam no setor de beleza. A informalidade é significativa na área de beleza e foi outro assunto abordado.

Com o objetivo de explorar os objetivos: Elaboração, apresentação e encaminhamento de minuta de normas sanitárias específicas ao setor, com a finalidade de dar segurança e reforçar os atos e ações de VISA e à proteção à saúde ocupacional e da população; divulgar canais de comunicação e confecção de material explicativo para a população e orientação técnica às entidades formadoras de profissionais e agências de fomento, estimulando o conhecimento de legislação, boas práticas e normas de Biossegurança, iniciamos os trabalhos baseados nestes itens. Por fim, no 8º encontro delimitamos o território ao município de Niterói por ser uma cidade de expressão no Estado do Rio de Janeiro; por estar situada próxima a Capital do Estado do Rio de Janeiro; pelo interesse do gestor local em ter legislação específica para o setor e por ter um grande número de estabelecimentos de salão de beleza cadastrados no serviço de Vigilância Sanitária municipal, chegando ao total de 274 (Fonte do cadastro de salão de beleza: Vigilância Sanitária- Niterói, RJ).

Além das justificativas acima, a cidade tem características sócio- econômicas importantes: população estimada de 487.327 habitantes em 2010 (IBGE); é a quinta cidade mais populosa do Estado e a de maior Índice de Desenvolvimento Humano; foi capital do Estado e integra a rede metropolitana do Estado (WIKIPÉDIA, 2012). “Com isso, chegamos à conclusão que o título definitivo para a apresentação do Projeto Aplicativo é: “Beleza Segura” que vai trabalhar com o tema: “Exposição da população do Município de Niterói aos riscos em estabelecimentos de salão de beleza”

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Prevenir e reduzir o risco de contaminações químicas e biológicas nos clientes e profissionais de salão de beleza do Município de Niterói, RJ.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Verificar, através de ações a utilização dos produtos clandestinos por parte dos profissionais, aumentando assim a margem de segurança, qualidade e confiabilidade destes quanto ao uso e aplicação;

Reduzir, minimizar e prevenir o risco de contaminação biológica através do reprocessamento adequado dos artigos de uso coletivo por manicures e pedicures ou mesmo pelo compartilhamento no ambiente domiciliar;

Incentivar o uso de EPIs por parte dos profissionais devido o advento do HIV e hepatites, entre outras patologias, evitando o contato com o sangue das clientes;

Elaboração, apresentação e encaminhamento de minuta de normas sanitárias específicas ao setor, com a finalidade de dar segurança e reforçar os atos e ações de VISA e à proteção à saúde ocupacional e da população;

Divulgar canais de comunicação e confecção de material explicativo para a população;

Orientação técnica às entidades formadoras de profissionais e agências de fomento, estimulando o conhecimento de legislação, boas práticas e normas de Biossegurança.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL Resolução da Diretoria Colegiada, de 11 de Setembro de 2001. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova a Lista de Conservantes Permitidos Para Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes, que consta do Anexo desta Resolução. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de Outubro de 2001.

BRITTO, M. G. M. Obrigatoriedade da licença para funcionamento em salões de beleza no Distrito Federal. Rev. Direito Sanit, v.5, n.3, p.114-128, 2004.

G1, 2011a disponível em [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/aspectos-epidemiologicos-da-infeccao-pelo-virus-da-hepatite-c-em-portadores-do-hiv-no-estado-de-mato-grosso-brasil-\[104-080710-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/aspectos-epidemiologicos-da-infeccao-pelo-virus-da-hepatite-c-em-portadores-do-hiv-no-estado-de-mato-grosso-brasil-[104-080710-SES-MT].pdf) acesso em 07 de Maio de 2012.

GIR, E.; GESSOLO, F. Conhecimentos sobre AIDS e alterações nas ações profissionais das manicures de Ribeirão Preto. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.2, p.91-100, 1998.

GUIZI, J.; SANTIN, N.C. Avaliação do possível crescimento de fungos em amostras de lixas de unha metálicas coletadas em centros de estéticas e residências do município de Campos Novos, SC. Unoesc & Ciência- ACBS, Joaçaba, v.2, n.1, p.31-38, 2011.

JOHNSON, I. L.; DWYER, J. J.; RUSEN, I. D.; SHAHINR, R.; YAFFE, B. Levantamento dos procedimentos de controle de infecção em estabelecimento de manicure e pedicure em Nova York. Canadian Journal of Public Health, v. 92, n. 2, p. 134-137, mar./apr. 2001.

LINARDI, P. M.; MARIA, M.; BOTELHO, J. R.; CUNHA, H. C.; FERREIRA, J. B. Prevalence of nits and lice in samples of cut hair from floors of barbershop and beauty parlors in Belo Horizonte, Minas Gerais state, Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v.83, n. 4, 1988.

MACAGNAN, K. K.; SARTORI, M. R. K.; CASTRO, F. G. Sinais e sintomas da toxicidade do formaldeído em usuários de produtos alisantes capilares. Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, v.1, n.4, p.46-63.

MELO, F. C. A.; ISOLANI, A. P. Hepatite B e C: do risco de contaminação por materiais de manicure / pedicure à prevenção. SaBios: Rev. Saúde e Biol., v.6, n.2, p. 72-78, 2011.

MUSSI, A.D.H. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo vírus da hepatite C em portadores do HIV no estado de Mato Grosso, Brasil Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso. 2007. 137 p

OLIVEIRA, A. C. D. S., FOCCACIA, R. Prevalência das hepatites B e C em profissionais manicures e pedicures do Município de São Paulo. BEPA, Bol. Epidemiol. Paul (Online). São Paulo, v.6, n. 61, 2009.

NITERÓI. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Niter%C3%B3i>. Acesso em: 15 de agosto de 2012.

TONI, J. O que é planejamento estratégico situacional? Disponível em: <http://www.cgca.com.br/userfiles/file/O%20que%20%C3%A9%20o%20Planejamento%20Est%20rat%C3%A9gico%20Situacional%20por%20Jackson%20de%20Toni.pdf> Acesso em : 20 de agosto de 2012.

RENDA MAIOR AUMENTA GASTOS COM BELEZA E FAZ DE SALÃO O NEGÓCIO DA VEZ. Disponível em: <http://g1.globo.com/economia/pme/noticia/2011/09/renda-maior-aumenta-gastos-com-beleza-e-faz-de-salao-o-negocio-da-vez.html> Acesso em: 14 de Agosto de 2012.

SALÃO DE BELEZA. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sal%C3%A3o\\_de\\_beleza](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sal%C3%A3o_de_beleza) Acesso em: 18 de fevereiro de 2012

SERVIÇO DE INTERESSE À SAÚDE. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=791> Acesso em: 13 de agosto de 2012

SOUZA, E.M.M.; MARCHI, P.; BETTEGA, J.M.P.R. Percepção dos consumidores de serviços de beleza em relação às normas de biossegurança utilizadas em estabelecimentos de beleza em Itajaí/SC. Disponível em: <http://ebookbrowse.com/eni-marilza-maia-de-souza-pdf-d108653842> Acesso em: 17 de julho de 2012.

TRATAMENTO EM SALÃO DE BELEZA. Disponível em: <http://beleza.terra.com.br/> Acesso em: 08 de março de 2012

## ANEXO 1

**Matriz 2.** Nós críticos, operações e atividades, responsáveis e prazos para o desenvolvimento do projeto aplicativo Salão de beleza: ambiente seguro.

Nó Crítico	Operações E Atividades	Responsável	Prazo
Desconhecimento de medidas de Biossegurança pelos profissionais e clientes quanto aos processos de reprocessamento de artigos (C1)  Contaminações biológicas (D1)	OP1) Levantamento das entidades de formação de profissionais desta área		
	A1- Procurar dados do sistema “s”	Leonardo	23.05
	A2- Levantamento das entidades que validam os diplomas + grade/ programação de ensino	Fábio	23.05
	A3- Conhecer a atuação das associações	Aline	23.05
	OP2) Levantamento das entidades de fomento de negócios desta área		
	A1- Identificação dos contatos	Leonardo	23.05
	OP3) Levantamento das atividades de reprocessamento		
	A1- Levantamento dos artigos de uso coletivo passíveis de reprocessamento nas atividades de salão de beleza	Dayse	23.05
	A2- Levantamento de normas vigentes sobre Biossegurança aplicadas aos artigos	Sylvia Marguerita e	29.05
	OP4) Confecção do material de orientação a ser trabalhado nas duas estratégias (Escolas de formação/ Agência de fomentos)		
	A1- Compilação do material pesquisado nas operações 1,2 e 3.	Taty	15.06
	A2- Detalhamento das áreas de atenção (esterilização e estrutura física)	Marguerita	15.06
A3- Produção da minuta do material de orientação	Sylvia	15.06	
A4- Apresentação e discussão do material em oficina de trabalho	Dirceu	Julho/2012	

**Continuação Matriz 2.** Nós críticos, operações e atividades, responsáveis e prazos para o desenvolvimento do Projeto Aplicativo Salão de beleza: ambiente seguro.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operações E Atividades</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<p>Desconhecimento de medidas de Biossegurança pelos profissionais e clientes quanto aos processos de reprocessamento de artigos (C1)</p> <p>Contaminações biológicas (D1)</p>	<p>OP5) Elaboração de Minuta de Norma Técnica para Funcionamento de Salões de Beleza</p> <p>A1-Revisão do Termo de referência técnica para funcionamento - ANVISA</p> <p>A2-Formatação de Conteúdo em Minuta de legislação</p>	<p>Dayse Marguerita e Fábio</p>	<p>20.07</p> <p>31.07</p>
	<p>OP6) Articulação do material produzido com agências de fomento e órgãos de classe</p> <p>A1- Ajuste do material ao público alvo (empreendedores)</p> <p>A2- Produção do material para distribuição</p>	<p>Sylvia</p> <p>Leonardo</p>	<p>22.06</p> <p>29.06</p>
	<p>OP7) Articulação do material produzido com as escolas de formação</p> <p>A1- Ajuste do material ao público alvo (profissionais)</p> <p>A2- Produção do material para distribuição</p>	<p>Marguerita</p> <p>Leonardo</p>	<p>22.06</p> <p>29.06</p>

## ANEXO 2

**Matriz 3.** Nós críticos, demanda, responsáveis e prazos para o desenvolvimento do Projeto Aplicativo Salão de beleza: ambiente seguro.

Nó Crítico	Demanda	Responsável	Prazo
Desconhecimento de medidas de Biossegurança pelos profissionais e clientes quanto aos processos de reprocessamento de artigos (C1)	OP6) Articulação do material produzido com agências de fomento e órgãos de classe A1- Demandar ao Gestor da VISA/RJ reunião com SEBRAE e SINDSALÕES	Fábio	Até 08.06
	OP5) Publicar Resolução Municipal em Niterói com requisitos mínimos para funcionamento de salões de beleza A1 - Encaminhar Minuta de Norma Técnica para gestor da VISA - Niterói	Sylvia	05.08
Contaminações biológicas (D1)			

### ANEXO 3

**Matriz 4.** Operações, recursos, produtos e resultados para o desenvolvimento do Projeto Aplicativo Salão de beleza: ambiente seguro.

<b>I. Não exigem recursos financeiros</b>			
<b>Operações</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>
<b>OP1</b> Levantamento das entidades de formação de profissionais desta área	Organização e conhecimento	Listagem das entidades com dados para contato.	Identificar e conhecer as entidades mais relevantes
<b>OP2</b> Levantamento das entidades de fomento de negócios desta área	Organização e conhecimento	Listagem das entidades com dados para contato.	Identificar e conhecer as entidades mais relevantes.
<b>OP3</b> Levantamento das atividades de reprocessamento	Organização e conhecimento	Listagem das atividades que admitem reutilização de artigos, após descontaminação	Identificar e conhecer os artigos objeto de reprocessamento nos estabelecimentos
<b>OP5</b> Elaboração de Minuta de Norma Técnica para Funcionamento de Salões de Beleza	Organização, conhecimento e poder	Norma técnica Publicada em D.O. Municipal	Padronização dos requisitos mínimos de Biossegurança para os estabelecimentos do Município e Atos Administrativos de Fiscalização legalmente respaldados

**Continuação da Matriz 4.** Operações, recursos, produtos e resultados para o desenvolvimento do Projeto Aplicativo Salão de beleza: ambiente seguro.

<b>II. Exigem recursos financeiros</b>			
<b>Operações</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>
<p><b>OP4</b> Confecção do material de orientação a ser trabalhado nas duas estratégias (Escolas de formação/ Agência de fomentos)</p>	<p>Organização e conhecimento</p>	<p>Material para divulgação de medidas eficientes Biossegurança/ Material para orientação dos empreendedores sobre investimentos em Biossegurança</p>	<p>Fortalecimento das competências dos profissionais em formação, em práticas Biossegurança/ Conscientização dos empresários do ramo da necessidade de investimentos em equipamentos, utensílios e Ambiente que promovam a Biossegurança em seus estabelecimentos</p>
<p><b>OP6</b> Articulação do material produzido com agências de fomento e órgãos de classe</p>	<p>Organização, conhecimento e poder</p>	<p>1 Oficina de trabalho</p>	<p>Incorporação das necessidades e sugestões do setor ao Material (produto de OP4).</p>
<p><b>OP7</b> Articulação do material produzido com as escolas de formação</p>	<p>Organização, conhecimento e poder</p>	<p>1 Oficina de trabalho</p>	<p>Incorporação das necessidades e sugestões do setor ao Material (produto de OP4).</p>

**EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO AOS  
RISCOS EM ESTABELECIMENTOS DE  
SALÃO DE BELEZA**

**AMBIENTES, EQUIPAMENTOS E  
DICAS PARA ESTERILIZAÇÃO**

O local deve ser limpo e organizado,  
com boa iluminação e ventilação.

Instalação elétrica compatível para os  
equipamentos instalados. Não utilize  
extensões, sendo proibido ter a fiação  
exposta.

Pisos e paredes com revestimentos  
que sejam laváveis.

Ralos com tampa escamoteável.

Mobiliários devem ter superfície lisa,  
não porosa.

Vestiário e banheiro para  
funcionários.

Pia exclusiva para limpeza de material  
como: alicates, espátulas de metal  
para unhas, escovas de cabelo,  
pentas, bacias, cubas e outros.

Os materiais devem ser esterilizados a  
cada uso, para eliminar micro-  
organismos que possam causar  
doenças como a AIDS, Hepatites B e C,  
micoses e outras infecções.

**EXPOSIÇÃO DA  
POPULAÇÃO AOS RISCOS  
EM ESTABELECIMENTOS  
DE SALÃO DE BELEZA**

Projeto Aplicativo GA 33

Fonte das Imagens: Google

**ORIENTAÇÃO PARA  
CABELEIREIROS MANICURES E  
PEDICURES**

**BELEZA SEGURA**

**EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO AOS  
RISCOS EM ESTABELECIMENTOS DE  
SALÃO DE BELEZA**

## BELEZA SEGURA

**UMA PESQUISA PAULISTANA MOSTRA QUE UMA EM CADA DEZ MANICURES ESTÁ INFECTADA COM O VÍRUS DA HEPATITE B OU C, DOENÇAS GRAVES TRANSMITIDAS PELO SANGUE. ALICATES, ESPÁTULAS, E LIXAS MANIPULADAS POR ELAS PODEM SER MEIOS DE CONTAMINAÇÃO.**

**COMO PROTEGER VOCÊ E SEUS CLIENTES:**

### VACINAÇÃO:

Contra a hepatite B, está disponível gratuitamente em postos de saúde para os profissionais do ramo.

1ª.dose, 2ª.dose após 30 dias, e 3ª.dose após 6 meses (eficaz em 95%).

### USE SEMPRE:

luvas de procedimento que deverão ser descartadas a cada cliente. Lave as mãos antes de colocá-las e após retirá-las.

Uniforme ou avental limpo.

óculos de proteção.

Material descartável para cada cliente: lixa de unhas e/ou de pé, palito par retirar o esmalte, recipiente para água ou kit emoliente para cutícula-luvinha de creme.

Use kit esterilizado para cada cliente contendo espátula e alicate para cutícula..

Toalhas limpas para cada procedimento ou descartáveis.

### LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO PASSO APASSO

Para o procedimento a seguir é necessário o uso de luvas grossas de borracha.

- . Deixar os instrumentos em imersão em detergente Enzimático por 10 min.
- . Limpar os alicates e espátulas com uma escova pequena e de cerdas macias.
- . Enxaguar. Secar com toalha de papel.
- . Inspeção visual. Para maior facilidade utilize uma lente de aumento ou lupa. Verifique se o alicate ficou totalmente

limpo. Se necessário lave novamente

. Utilizar lubrificante próprio para instrumentais (ver fabricantes). Não enxágue nem enxugue para não remover a camada protetora.

. Utilize um borrifador ou gotejador para lubrificar as áreas de articulação. Movimente os alicates para facilitar a penetração do líquido.

. Proteger a ponta dos alicates com algodão.

. Embalar em papel grau cirúrgico, montando cada kit em um envelope com 1 alicate e 1 espátula.

. Colocar no suporte para envelopes, um pacote em cada espaço.

. Colocar a quantidade de água destilada conforme solicitado no manual de instruções de cada equipamento.

. Colocar o suporte com os envelopes na autoclave ou estufa para esterilização Temperatura de esterilização 121 a 134 graus C por 35 minutos à 1 hora.

**ANEXO 5**

**PROPOSTA PARA NORMA DE FUNCIONAMENTO PARA  
SERVIÇOS DE SALÃO DE BELEZA**

## **INDICE**

### **ANEXO I**

## **REFERÊNCIA TÉCNICA PARA O FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE SALÃO DE BELEZA**

1. Objetivo
2. Abrangência
3. Definições
4. Licenciamento
5. Estrutura físico funcional
  - . Condições Gerais
  - . Condições Específicas
  - . Processamento de artigos
6. Abastecimento de água
7. Esgotamento sanitário
8. Resíduos Sólidos
9. Saúde ocupacional
10. Produtos
11. Equipamentos
12. Procedimentos
13. Disposições Gerais

## **ANEXO II**

### **DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE MANUAL DE BIOSSEGURANÇA**

1. Conceitos de Biossegurança
2. Conceitos de Risco
3. Conceitos de riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos
4. Limpeza dos ambientes
5. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos
6. Lavagem e antissepsia das mãos
7. Utilização de equipamentos de proteção individual(EPI) e de proteção coletiva (EPC)
8. Gerenciamento de resíduos

. Considerações Técnicas

**PROPOSTA PARA NORMA DE FUNCIONAMENTO PARA SERVIÇOS DE SALÃO DE  
BELEZA**

**RESOLUÇÃO Nº .....DE.....**

Regulamento técnico para funcionamento de salão de beleza

Considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;

Considerando a Lei Federal nº. 8.078, de 11/09/90 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor), que estabelece que a proteção da saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de serviços é um dos direitos básicos do consumidor;

Considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostas as pessoas que freqüentam os salões de beleza;

Considerando a necessidade de definir critérios mínimos para o funcionamento e qualidade e avaliação dos salões de beleza;

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora, as Vigilâncias Sanitárias de estados e municípios, deverão observar entre outros requisitos e condições, a adoção de medidas de Biossegurança nos salões de beleza;

Considerando o termo de referência técnica para o funcionamento dos serviços de estética e embelezamento sem responsabilidade médica da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária de dezembro de 2009;

Considerando a Lei Federal nº 6437 de 1977, que trata das Infrações Sanitárias;

Considerando a Resolução SESDEC nº 1411 de 2010, que estabelece competências de execução das ações de fiscalização sanitária aos municípios do Estado do Rio de Janeiro,

## **RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para os salões de beleza sem responsabilidade médica, na forma do Anexo I deste Regulamento Técnico.

Art. 2º Estabelecer diretrizes para elaboração de manual de Biossegurança em salão de beleza com as atividades de cabeleireiro, manicure e pedicure.

Art. 3º. O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

## **ANEXO I**

### **REFERÊNCIA TÉCNICA PARA O FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE SALÃO DE BELEZA**

#### **1. Objetivo**

Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento para os estabelecimentos que realizam serviços de estética e embelezamento na área de cabeleireiro, manicure e pedicure.

#### **2. Abrangência**

Este Regulamento é aplicável a todo estabelecimento que realiza atividades de cabeleireiro, manicure e pedicure.

#### **3. Definições**

3.1. Alvará sanitário/Licença sanitária: Documento expedido pelo órgão sanitário competente Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária.

3.2. Ambiente: espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas. Um ambiente pode se constituir de uma sala ou de uma área.

3.3. Área: ambiente aberto, sem paredes em uma ou mais de uma das faces.

3.4. Abrigo de resíduos: sala, área, local para guarda dos resíduos em container para coleta.

3.5. Área de processamento de artigos: local onde são realizadas lavagem, preparação, desinfecção ou esterilização de instrumentais utilizados nos procedimentos.

3.6. Artigos: compreendem instrumentos de naturezas diversas, acessórios de equipamentos e outros. Exemplo: pinças, alicates, tesouras, espátulas, pincéis, pentes, escovas, etc.

3.7. Artigo de uso único: é o produto que, após o uso, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado.

3.8. Artigo Descartável: É o produto que, após o uso, perde suas características originais e não deve ser reutilizado e nem reprocessado.

3.9. Banheiro: ambiente dotado de bacia(s) sanitária(s), lavatório(s) e chuveiro(s).

3.10. Desinfecção: processo físico ou químico que elimina a maioria dos microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies.

3.11. Depósito de material de limpeza: local destinado à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

3.12. Esterilização: Processo físico ou químico ou físico-químico que elimina todas as formas de vida microbiana, incluindo os esporos bacterianos.

3.13. Evento Adverso: qualquer efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sujeitos à Vigilância.

3.14. Lavatório: peça sanitária destinada exclusivamente à lavagem de mãos.

3.15. Limpeza: Consiste na remoção de sujidades visíveis e detritos dos artigos, realizada com água adicionada de sabão ou detergente, de forma manual ou automatizada, por ação mecânica, com conseqüente redução da carga microbiana. Deve preceder os processos de desinfecção ou esterilização.

3.16. Local insalubre: local que permite a exposição a fatores de risco para a saúde, presente em ambientes e processos de trabalho.

3.17. Pia de lavagem: destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para a lavagem das mãos.

3.18. Responsável legal: pessoa física designada em estatuto, contrato social ou ata, incumbida de representar, ativa e passivamente, nos atos judiciais e extrajudiciais a pessoa jurídica.

3.19. Rouparia: sala, área para carro roupeiros ou armário destinado à guarda de roupa proveniente da lavanderia.

3.20. Sala: ambiente envolto por paredes em todo seu perímetro e uma porta.

3.21. Sanitário: ambiente dotado de bacia (s) sanitária(s) e lavatório (s).

3.22. Vestiário: ambiente destinado à troca de roupa

#### **4. Licenciamento**

Os estabelecimentos objetos desse Regulamento Técnico devem possuir alvará/licença sanitária, expedido pelo órgão sanitário competente.

#### **5. Estrutura Físico Funcional**

##### **Condições gerais**

5.1. Os estabelecimentos de que trata este Regulamento estarão sujeitos às normas gerais e específicas de edificações, sejam federais, estaduais e municipais vigentes; às normas da

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) em sua especificidade; as normas técnicas específicas de engenharia e arquitetura, com a adoção de procedimentos que garantam a segurança do trabalhador e do usuário.

5.2. Os serviços de salão de beleza não poderão utilizar suas dependências para outros fins, nem servir de passagem para outro local.

5.3. As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações.

5.4. Os sanitários/vestiário de funcionários deverão ser separados por gênero, providos de vaso sanitário com tampa, pia lavatório com dispensador de sabão líquido e suporte para papel toalha, coletores de resíduos com tampa sem acionamento manual e armário para guarda de pertences.

5.5. Todos os ralos instalados nos estabelecimentos deverão ser de fecho hídrico e tampa escamoteável.

5.6. A iluminação e ventilação deverão ser natural e/ou artificial de forma a proporcionar adequadas condições de segurança e conforto.

5.7. As instalações prediais devem estar livres de trincas, rachaduras e infiltrações.

### **Condições específicas**

5.8. As instalações elétricas deverão possuir fiação embutida, tomadas com indicação de voltagem e quadro de força devidamente identificado com acesso desobstruído.

5.9. Estes estabelecimentos deverão ter identificação externa visível, entrada com acesso fácil; portas de acesso com mínimo de 0,80 m de vão livre; adequações aos portadores de necessidades especiais conforme legislação vigente.

5.10. O ambiente destinado à recepção/sala de espera deverá ser de fácil acesso, com ventilação e iluminação que garantam conforto térmico ao usuário. Neste ambiente, deverá

ser disponibilizado ao usuário água potável e copos descartáveis, além de coletor para resíduos.

5.11. As instalações sanitárias destinadas ao público deverão ser separadas por gênero, com piso de material liso, resistente, antiderrapante e de fácil higienização, paredes também de material liso, resistente, impermeável e de fácil higienização. Estas instalações deverão ser providas de lavatório com suporte para toalha de papel e dispensador de sabão líquido, vaso sanitário com tampa, recipiente coletor de resíduos com saco plástico, tampa e acionamento sem contato manual. Quando o estabelecimento estiver instalado em shopping centers/centros comerciais, as instalações sanitárias destinadas ao público, poderão ser as coletivas do local shopping/centros comerciais.

5.12. As paredes, pisos e tetos do estabelecimento deverão ser revestidos ou pintados com material liso, resistente e impermeável, piso de material antiderrapante, resistente, impermeável e de fácil higienização.

5.13. Para a realização de procedimentos de cabeleireiro, os estabelecimentos deverão possuir área mínima de 10 (dez) m<sup>2</sup>, com largura mínima de 2,50m, para o máximo de 02 cadeiras (5m<sup>2</sup> por cadeira).

5.13 As salas destinadas ao atendimento direto ao cliente (manuseio), deverão dispor de lavatório para higienização de mãos provida de dispensador de sabão líquido e suporte para papel toalha, coletor para resíduos com saco plástico, tampa e acionamento sem contato manual, bancadas fixas ou móveis para apoio das atividades, com acabamento liso, impermeável, resistente, lavável, de fácil higienização.

5.14. O estabelecimento deverá disponibilizar local adequado para refeições, e não poderá ter comunicação direta com postos de trabalho, instalações sanitárias ou locais insalubres, tendo no mínimo piso revestido com material resistente, liso e impermeável; pia de lavagem com bancada, armário para guarda de alimentos e utensílios, geladeira exclusiva para guarda de alimentos e equipamento para aquecimento de alimentos, que não poderá ser utilizado para outras finalidades.

5.15. No caso de preparo de alimentos, o estabelecimento fica obrigado a instalar cozinha, de acordo com a legislação específica.

5.16. O DML (Depósito de Material de Limpeza) deverá ser dotado de tanque com profundidade superior a 35 cm para higienização de materiais usados no processo de limpeza das superfícies dos estabelecimentos e para o descarte das águas servidas.

5.17. Os estabelecimentos de que trata este regulamento, deverão dispor de equipamentos e mobiliário adequados, mantidos higienizados e em condições ergonômicas aceitáveis. Os móveis e equipamentos como cadeiras, armários, gaveteiros e mesas de apoio, deverão ser constituídos ou revestidos de material resistente, impermeável e de fácil higienização.

5.18. Os serviços de cabeleireiro deverão ser dotados de no mínimo 01 (um) lavatório de cabelos, com água corrente e mecanismo ajustável de temperatura.

5.19. O estabelecimento deverá manter sala exclusiva para aplicação de tinturas ou similar dotada de sistema de exaustão.

5.20. Nas bacias ou similares para manicure e pedicure devem ser usado protetores plásticos descartáveis.

5.21. As espátulas de madeira, lixas para pés e unhas devem ser de uso único.

### **Processamento de artigos**

5.22. O processamento dos artigos que não forem descartáveis ou de uso único, tais como alicates de qualquer tipo, cortadores de unha, tesouras para unhas, pinças, afastadores, espátulas, suporte para lâmina de bisturi, lixas metálicas, deve ser realizado em sala exclusiva para esta finalidade. O ambiente deve ser individualizado em área suja e limpa dispor de pia de lavagem com bancada para limpeza de materiais, bancada para preparo, desinfecção ou esterilização de materiais, em autoclave.

5.23. Os estabelecimentos deverão disponibilizar área específica para guarda de materiais esterilizados dotada de armário exclusivo fechado, limpo e livre de umidade, bem como área específica para materiais limpos e instrumentais não esterilizados, que devem ser acondicionados em recipiente fechado, limpo e livre de umidade.

## **6. Abastecimento e uso de Água**

6.1. Os estabelecimentos de que trata este Regulamento deverão ser providos de reservatório de água potável, com capacidade suficiente à sua demanda diária, devendo ser

limpo e desinfetado a cada 06 (seis) meses. A limpeza e desinfecção deverão ser registradas em formulário específico contendo data, método de lavagem, produto utilizado e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.2. O reservatório de água potável deve ser isento de rachaduras, com tampa, permitindo o fácil acesso para inspeção e limpeza, além de possibilitar o esgotamento total.

6.3. A água de abastecimento deverá atender aos padrões de potabilidade previsto na legislação pertinente, confirmados através de análises bacteriológicas e físico-químicas a serem realizadas anualmente.

## **7. Esgotamento Sanitário**

7.1. O esgoto sanitário e as águas residuárias devem ter como destinação final a rede coletora de esgotos ou sistemas individuais de esgotamento sanitário, sendo vetado o lançamento no sistema de coleta de águas pluviais.

7.2. O sistema de caixas de gordura e de passagem deverão ter manutenção periódica, evitando incrustações ou extravasamentos.

7.3. Para escoamento da água de lavagem de pisos, o estabelecimento deverá dispor de sistema de ralos instalados em pontos estratégicos, com fecho hídrico e tampa escamoteável, devidamente interligado ao sistema de esgotamento sanitário.

## **8. Resíduos sólidos**

8.1. Todos os resíduos sólidos produzidos no estabelecimento deverão ser condicionados em sacos plásticos com simbologia de substância infectante quando se tratar de resíduo contaminado ou sacos sem simbologia, para resíduo comum. Este acondicionamento se dará em recipientes coletores providos de tampa, de material liso e resistente, sem arestas, de forma a permitir a adequada lavagem diária.

8.2. Os resíduos perfurantes ou cortantes devem ser acondicionados previamente em recipiente rígido, estanque, resistente à punctura ou vazamento, vedado e identificado pela simbologia do produto infectante.

8.3. Os resíduos sólidos deverão ser depositados, depois de embalados, em local apropriado, protegidos contra acesso de roedores e outros animais, fora da área de atendimento, enquanto aguardam o recolhimento.

8.4. Não será permitido o acúmulo, em locais impróprios, de detritos que possibilitem a proliferação de vetores.

8.5. Os estabelecimentos de que trata este Regulamento deverão instituir rotinas de desinsetização e desratização.

## **9. Saúde Ocupacional**

9.1. Os proprietários dos estabelecimentos devem capacitar e manter registro atualizado de treinamento dos funcionários contendo data, carga horária, nome e formação do instrutor, conteúdo, nome e assinatura do funcionário.

9.2. Os estabelecimentos de que trata este Regulamento Técnico devem elaborar e tornar disponíveis aos funcionários Manual de Procedimentos Operacionais, contendo rotinas de procedimentos técnicos, Biossegurança e medidas de controle de transmissão de doenças. Este Manual deverá ser atualizado anualmente.

9.3. Os profissionais dos estabelecimentos de que trata este Regulamento devem comprovar conhecimento básico em controle de infecção, processamento de artigos e superfícies, Biossegurança e gerenciamento de resíduos, com carga horária mínima de 20 horas, realizado por profissional habilitado.

9.4. Os profissionais que realizam procedimentos onde são utilizados materiais perfurocortantes devem ser vacinados contra hepatite B e tétano sem prejuízo de outras que forem necessárias.

9.5. O mobiliário deverá estar em condições ergonômicas adequadas e permitir a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto e segurança.

9.6. Deverão ser disponibilizados equipamentos de proteção individual (EPI) aos funcionários (óculos, máscaras, luvas e jalecos), de acordo com as funções exercidas em número suficiente, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

9.7. Fica proibido aos funcionários, o ato de fumar, o uso de adornos durante os procedimentos, bem como a guarda e consumo de alimentos em locais não destinados para este fim.

9.8. Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte, sendo vetado o re-encape de agulhas.

## **10. Produtos**

10.1. Todos os produtos de interesse à saúde em uso ou armazenados no estabelecimento deverão obrigatoriamente estar dentro do prazo de validade e obedecer à legislação específica quanto ao registro no órgão competente.

10.2. Os produtos químicos, saneantes e domissanitários que forem submetidos a fracionamento ou diluição deverão ser acondicionados em recipientes devidamente identificados, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento. O fracionamento deverá ser feita em sala específica dotada de pia de lavagem e exaustão.

10.3. O fracionamento a que se refere o item anterior deverá ser de acordo com as especificações contidas no rótulo do fabricante.

10.4. É vetado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos.

10.5. Os estabelecimentos que oferecem serviços de cabeleireiros e congêneres ficam obrigados a afixarem em local visível ao público cartaz com os seguintes dizeres: "O FORMOL É CONSIDERADO CANCERÍGENO PELA OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). QUANDO ABSORVIDO PELO ORGANISMO POR INALAÇÃO E, PRINCIPALMENTE, PELA EXPOSIÇÃO PROLONGADA, APRESENTA COMO RISCO O APARECIMENTO DE CÂNCER.

## **11. Equipamentos**

11.1. Os estabelecimentos de que trata este Regulamento deverão dispor de todos os equipamentos necessários à realização das atividades propostas, mantendo-os higienizados e em condições de funcionamento e ergonomia adequados.

11.2. Os equipamentos e instrumentais deverão ser disponibilizados em quantidade suficiente para atender a demanda do estabelecimento respeitando os prazos para limpeza, desinfecção ou esterilização dos mesmos.

11.3. Todos os equipamentos deverão possuir registro no órgão competente, sendo observadas suas restrições de uso. Os proprietários deverão instituir manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, mantendo os registros atualizados.

11.4. Os equipamentos destinados à esterilização de materiais deverão ter registro para este procedimento no órgão competente.

11.5. A higienização dos sistemas de tratamento de ar deverá atender as orientações do fabricante e seguir as normas técnicas específicas para centrais de ar condicionado.

11.6. O estabelecimento deverá manter refrigerador exclusivo para guarda de produtos que necessitam ser mantidos sob refrigeração, com termômetro e registro diário de temperatura. É vetado o armazenamento em refrigerador de guarda de alimentos/água.

11.7. Os estabelecimentos de que trata este Regulamento deverão possuir equipamentos de proteção contra incêndio, dentro do prazo de validade de acordo com legislação específica.

## **12. Procedimentos**

12.1. Os instrumentais devem ser higienizados, desinfetados ou esterilizados de acordo com as finalidades propostas e a legislação pertinente, devendo estar acondicionados em recipientes laváveis e com tampa quando após o uso e enquanto aguardam os processos de limpeza, desinfecção ou esterilização, não podendo estar dispostos soltos em gaveteiros ou sobre bancadas ou mesas de apoio.

12.2. As cadeiras, armários, e almofadas deverão ser revestidas de material impermeável, resistente, de fácil limpeza e desinfecção, mantidas em bom estado de conservação e higiene.

12.3. Os artigos utilizados em procedimentos de manicure, pedicure e cabeleireiros deverão ser submetidos aos processos de limpeza, desinfecção e esterilização, de acordo com o estabelecido em legislação específica e o Manual de Procedimentos Operacionais do estabelecimento. Estes artigos quando em contato com sangue ou secreções deverão ser esterilizados ou descartados.

12.4. Após os processos de limpeza, desinfecção e esterilização os artigos deverão ser acondicionados em recipiente limpo e protegido.

12.5. No processo de esterilização é obrigatório o acondicionamento dos artigos em invólucros adequados à técnica empregada, padronizados pelo Ministério da Saúde/ANVISA devendo constar na embalagem a data de esterilização.

12.6. Os estabelecimentos deverão realizar controle de qualidade do processo de esterilização de acordo com legislação específica, mantendo os registros.

12.7. As roupas limpas do estabelecimento, tais como lençóis, toalhas e capas de proteção deverão ser acondicionadas em sacos plásticos ou recipientes fechados, sendo trocadas a cada cliente.

12.8. O acondicionamento de roupas sujas deverá ser feito em recipiente plástico com tampa e identificado com a inscrição ROUPA SUJA.

12.9. Os materiais que entrarem em contato com o couro cabeludo (escovas, pentes, etc.) deverão ser limpos após o uso em cada cliente.

12.10. As lâminas para barbear são de uso único ficando vetado o seu reprocessamento, devendo ser descartadas como material perfurocortante, e seus suportes/cabos reprocessados sob esterilização.

12.11. É obrigatória a utilização de material descartável para proteção de bacias de manicure e pedicure. Também são consideradas de uso único lixas para unhas e pés,

palitos e espátulas de madeira e esponjas para higienização ou esfoliação da pele, bem como separadores de dedos.

### **13. Disposições Gerais**

13.1. O responsável legal responderá administrativamente por todos os atos praticados, por ele ou por seus funcionários, no interior de seu estabelecimento.

13.2. Os estabelecimentos deverão manter quadro de pessoal devidamente qualificado, em número suficiente para a perfeita execução das atividades. Deverão também instituir Programa de Capacitação de Recursos Humanos;

13.3. Os estabelecimentos terão prazo de 180 dias para atendimento das determinações deste Regulamento.

## **ANEXO II**

### **DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE MANUAL DE BIOSSEGURANÇA**

O estabelecimento deve elaborar manual próprio com base na estrutura física a ser projetada, condutas técnicas a serem adotadas para a demanda pretendida.

1. Conceitos de Biossegurança
2. Conceitos de riscos
3. Conceitos de riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos.
4. Limpeza dos ambientes.
5. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos.
6. Limpeza e assepsia das mãos
7. Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's) e proteção coletiva (EPC's).
8. Gerenciamento de resíduos

### **CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS**

#### **Conceitos de Biossegurança**

Para efeito deste regulamento técnico será utilizada a definição de Teixeira e Valle (1996) focado no ambiente ocupacional, ambiental e qualidade em que define "A Biossegurança é o

conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados”.

### **Conceitos de riscos**

Nos estabelecimentos de saúde a avaliação do risco tem como principal objetivo prevenir agravos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente, estando o conceito de risco associado à probabilidade de ocorrência de um dano, ferimento ou doença. O termo risco é utilizado em muitas áreas e com vários significados, como a engenharia e de diferentes formas por profissionais de saúde e segurança.

### **Conceitos de riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos.**

#### **. Riscos biológicos**

Os riscos biológicos tratam de microorganismos patogênicos (bactérias, fungos, vírus e outros, etc), produzindo doenças contagiosas diversas, inclusive gripes e resfriados. Além do uso de EPI's adequados quando necessários como gorros, avental, capotes, máscaras, botas e luvas, as atividades devem ser desenvolvidas em ambientes fechados, sendo o controle ambiental importante para a não proliferação de microorganismos. Os revestimentos de pisos, paredes e tetos além das bancadas devem permitir a adequada higienização.

#### **. Riscos químicos**

Os riscos químicos tratam de substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo por exposição crônica ou acidental, pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases e vapores.

#### **. Riscos físicos**

Os riscos físicos tratam de temperaturas extremas como calor, frio e umidade produzindo fadiga, gripes e resfriados. As condições ambientais quando não atendem ao prescrito nas legislações, com controle de temperatura, umidade, níveis de pressão e filtragem mínima de insuflamentos dentre outros, propicia condições adversa ao trabalhador podendo produzir as condições observadas como fadiga, gripes e resfriados.

## **. Riscos Ergonômicos**

Os riscos ergonômicos tratam dos esforços físicos, posturas forçadas e movimentos repetitivos, produzindo problemas de coluna, dores musculares. Os elementos físicos e organizacionais que interferem no conforto e saúde são os postos de trabalhos mal projetados, bancadas com cantos vivos produzindo desconforto, pia de lavagens, armários estantes, cadeiras e equipamentos com alturas incompatíveis a estatura dos profissionais. O fluxo e dimensionamento dos ambientes não correspondendo à demanda e aos processos de trabalhos exigindo esforço dos profissionais e muitas vezes improvisações para que as atividades sejam realizadas.

## **Limpeza dos ambientes.**

O processo de limpeza e desinfecção do ambiente, incluindo pisos, parede, teto, bancadas, móveis e equipamentos depende de uma variedade de fatores relativos à natureza, estrutura fisiológica antigenicidade dos microorganismos, bem como da estrutura química, concentração, tempo de exposição e mecanismo de ação antimicrobiana dos agentes químicos utilizados. Na escolha dos desinfetantes deve-se levar em consideração aspectos como: ação, toxicidade, estabilidade, finalidade e natureza do material a ser tratado.

## **Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos.**

### **Limpeza**

A limpeza dos artigos e utensílios antes da desinfecção e/ou esterilização é de suma importância para a eficácia dos últimos processos. A limpeza consiste na remoção da sujidade de qualquer superfície, diminuindo a quantidade de microrganismos existentes, e deve ser realizada em água corrente, com detergente e ação mecânica.

### **Esterilização**

É um processo que elimina todos os microorganismos: esporos, bactérias, vírus, fungos e protozoários. A esterilização refere-se à completa eliminação de patógenos, agentes biológicos com capacidade de reprodução ou potencial infeccioso.

### **Desinfecção**

É feita por desinfetante e antissépticos, e quanto a esterilização pode ser realizada através de calor úmido – autoclave.

. Os alicates, espátulas e outros materiais de metal devem ser submetidos aos processos de limpeza e esterilizados.

. Outros artigos como pentes, escovas entre outros devem ser submetidos aos processos de limpeza e desinfecção através de produtos específicos

As bancadas devem ser distribuídas seguindo o fluxo do processo. O material é recebido, separado por tipo, é feita pré-lavagem, colocado em detergente enzimático, lavado e secado para encaminhar para o preparo, esterilização em autoclave e guarda.

. Os materiais devem ser lavados e escovados com sabão líquido, em água corrente abundante, ou lavadora ultrassônica a cada procedimento.

. Em seguida, enxaguar, secar e acomodar o material em embalagem apropriada para o processo de esterilização;

. Na embalagem deve constar a data de esterilização e o nome de quem preparou o material;

. A embalagem deve ser sempre aberta na frente do(a) cliente.

## **Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's) e proteção coletiva (EPC's).**

### **Proteção individual (EPI's)**

Os profissionais e clientes devem estar cientes da necessidade do uso do uso de EPIs – equipamentos de proteção individual durante alguns procedimentos específicos.

Os tipos mais usados são luvas, gorro, aventais, óculos de proteção e máscaras.

. Gorro: oferece barreira mecânica para a possibilidade de contaminação dos cabelos, através de secreções, além de evitar que microrganismos possam colonizar os cabelos do profissional.

. Avental: oferece barreira de proteção e reduz a oportunidade de transmissão de microrganismos. Previne a contaminação da roupa dos profissionais.

. Máscara: forma de proteção das mucosas da boca e do nariz contra ingestão ou inalação de microrganismos e alguns tipos de produtos químicos.

. Óculos de proteção: protege contra sangue, exsudatos (como pus ou secreções como a saliva) e partículas atinjam os olhos do profissional durante o atendimento. Devem ser fechados lateralmente, lavados e desinfetados.

. Luvas: medida de proteção tanto para o profissional quanto ao cliente, sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções, mucosas e tecidos. Deve ser trocada a cada cliente. As mãos devem ser lavadas antes e após a colocação das luvas.

**Proteção coletiva (EPC's).**

Os extintores de incêndio devem estar visíveis, bem sinalizados, em local acessível a todos e com sua carga hidrostática válida. Extintores de incêndio para produtos químicos (extintores PQS de pó), eletricidade (extintores a gás CO<sub>2</sub>) e para papéis (extintores de água comprimida).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – REGULAMENTO TÉCNICO

1. Brasil. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 / ANVISA. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
2. Costa, M.A.F. Qualidade em Biossegurança. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark, 2000b.
3. Costa, M.A .F. Biossegurança: Elo estratégico de SST. Revista CIPA, N.253, jan, 2002.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Portaria 1884/94. Secretaria de Assistência a Saúde. Brasília, 1994.
5. Brasil. Resolução SES nº 2563, de 25 de outubro de 2004. Aprova relação de documentos necessários para a regularização de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária e da outras providências no âmbito do estado do rio de janeiro. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.
6. Teixeira, P. & Valle,S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.
7. Hinrichsen, S.L. Biossegurança e controle de infecções – risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 2004.
8. Couto,R.C.& Pedrosa,T.M.G.& Nogueira, J.M. Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença. Epidemiologia, controle e tratamento.Rio de Janeiro. Ed. Medsi, 2003.
9. Hirata, M.H. & Filho, J.M. Manual de biossegurança. São Paulo. Ed.Manole. 2002
10. Fernandes, A .T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo. Ed. Atheneu,2000.
11. Nogorato, S.L. & Penna, T.C.V. Desinfecção e esterilização.São Paulo. Ed. Atheneu. 2006.
12. Moura, M.L. P.A. Enfermagem em centro de material e esterilização. São Paulo. Ed. Senac, 2007.
13. Brito, L.F.M. Segurança aplicada às instalações hospitalares. São Paulo. Ed. Senac, 2006.

14. Mastroeni, M.F. Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde. São Paulo. Ed. Atheneu, 2004.
15. Carvalho, P.R. Boas práticas químicas em biossegurança. Rio de Janeiro. Ed. Interciência, 1999.
16. Costa, M.A.F. & Costa, M.F.B. Segurança e saúde no trabalho: cidadania, competitividade e produtividade. Rio de Janeiro. Ed. Qualitymark, 2004.
17. Costa, M.A.F. Biossegurança química básica em biotecnologia e ambientes hospitalares. Rio de Janeiro. Ed. Santos, 1996.
18. Costa, M.A.F. & Costa, M.F.B. Biossegurança de A a Z. Rio de Janeiro. Ed. Papel Virtual, 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações gerais para central de esterilização. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral das Unidades Hospitalares Próprias do Rio de Janeiro. Brasília, 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Segurança no ambiente hospitalar. Departamento de Normas Técnicas. Brasília, 1995.
21. Porto, M. F. S. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. Cadernos de saúde do trabalhador – Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST)/Central Única dos Trabalhadores (CUT). São Paulo: Kingraf Gráfica e Editora, 2000.
22. Brasil. Secretaria de Estado do Rio de Janeiro. Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar. Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. 2001.
23. Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas – SOBECC. São Paulo, 2007.



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**AILTON ROBSON COELHO MIRANDA  
ALDA REGINA MARTINS DA COSTA DINIZ  
CLÁUDIA MARIA DA COSTA SOUZA  
ERIKA SQUASSONI  
GESIANE PERONI BRANDÃO  
JOCELY CAETANO BORGES  
LUCIENE APARECIDA PENA CARVALHO  
SHIRLEI APARECIDA AMORIM  
SIMONE DIAS CARDOSO**

**GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE:  
PROJETO PILOTO PARA SUBSIDIAR UMA PROPOSTA DE  
IMPLANTAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS  
PÚBLICOS DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE BETIM - MG**

**Belo Horizonte  
2012**



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA**



**ANVISA**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**AILTON ROBSON COELHO MIRANDA  
ALDA REGINA MARTINS DA COSTA DINIZ  
CLÁUDIA MARIA DA COSTA SOUZA  
ERIKA SQUASSONI  
GESIANE PERONI BRANDÃO  
JOCELY CAETANO BORGES  
LUCIENE APARECIDA PENA CARVALHO  
SHIRLEI APARECIDA AMORIM  
SIMONE DIAS CARDOSO**

**GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE:  
PROJETO PILOTO PARA SUBSIDIAR UMA PROPOSTA DE  
IMPLANTAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS  
PÚBLICOS DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE BETIM - MG**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientadora: Vanessa de Oliveira Pires Fiúza.

**Belo Horizonte  
2012**



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA**



**ANVISA**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### **Ficha Catalográfica** **Biblioteca Dr. Fadlo Haidar** **Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**

Autores: Ailton Robson Coelho Miranda, Alda Regina Martins da Costa Diniz, Cláudia Maria da Costa Souza, Erica Squassoni, Gesiane Peroni Brandão, Jocely Caetano Borges, Luciene Aparecida Pena Carvalho, Shirlei Aparecida Amorim, Simone Dias Cardoso.

Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde- Projeto Piloto para Subsidiar uma Proposta de Implantação do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos Estabelecimentos Públicos de Saúde da Microrregião de Betim-MG: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Belo Horizonte, 2011/ 2012.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em saúde. 3. Capacitação em Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde - Projeto Piloto para Subsidiar uma Proposta de Implantação do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos Estabelecimentos Públicos de Saúde da Microrregião de Betim-MG.

G333



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS**  
**DE ENSINO E PESQUISA**



**ANVISA**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA****SUMÁRIO**

LISTA DE ABREVIATURAS .....	5
LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS .....	6
1. APRESENTAÇÃO.....	7
2.1. Referencial Teórico .....	8
2.2. Referencial Empírico .....	15
3. CONTEXTO .....	20
3.1. Caracterização da Microrregião de Betim.....	20
4. OBJETIVOS.....	23
4.1. Geral .....	23
4.2. Específicos.....	23
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	24
5.1. Matriz Decisória: seleção e identificação do problema.....	24
5.2. Árvore de Problemas - Identificação dos “Nós Críticos” .....	25
5.3. Identificação de lacunas: situação inicial e situação desejada.....	26
6. PLANO DE AÇÃO.....	27
7. CENÁRIO .....	31
7.1. Análise de Viabilidade do Projeto Aplicativo: fatores críticos de sucesso. ....	31
7.2. Atores Sociais.....	32
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
9. REFERÊNCIAS .....	35
ANEXO 1 – Árvore de problemas.....	38
ANEXO 2 - Fluxograma explicativo da proposta de criação do Comitê Técnico de RSS da Microrregião de Betim, das Comissões Municipais de RSS e das Subcomissões de RSS...	39



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AMM - Associação Mineira de Municípios  
CDTN - Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear  
CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear  
CONAMA - Conselho Nacional do Meio Ambiente  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
DVSS - Diretoria de Vigilância de Serviços de Saúde  
FEAM - Fundação Estadual do Meio Ambiente  
FIP - Fundação Israel Pinheiro  
GVISA - Gestão da Vigilância Sanitária  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MACRO - Macrorregião  
MICRO - Microrregião  
MS- Ministério da Saúde  
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego  
PA- Projeto Aplicativo  
PDVISA- Plano Diretor de Vigilância Sanitária  
PGRS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMSA- Projeto Mineiro Saúde e Ambientes Sustentáveis  
RDC-Resolução da Diretoria Colegiada  
RSS- Resíduos de Serviços de Saúde  
RSU- Resíduos de Serviços Urbanos  
RT - Responsável Técnico  
SEDRU- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana  
SES/MG- Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais  
SETS- Sistema Estadual de Transporte de Saúde  
SNVS- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária  
SRS/BH - Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte  
SUS- Sistema Único de Saúde  
VISA- Vigilância Sanitária



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA



ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

**Quadro 01** - Matriz decisória

**Quadro 02**- Identificação dos nós críticos por governabilidade

**Quadro 03** - Desenho das operações e atividades

**Quadro 04**- Avaliação das operações que não exigem recursos econômicos e que exigem recursos econômicos

**Quadro 05**- Identificação das demandas frente a outros atores

**Quadro 06** - Cronograma de atividades

**Quadro 07** - Análise decenário

**Tabela 01** - Diagnóstico situacional do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em municípios da SRS/BH,2011.

**Tabela 02**-Variação do quantitativo de resíduos de serviços de saúde recolhidos pela Vigilância Sanitária do município de Igarapé - MG nas Unidades Básicas de Saúde em abril de 2011 e no período de janeiro a abril de 2012.

**Tabela 03** - População residente e PIB per capita por município da Microrregião de Betim–MG.

**Tabela 04** -Tipo de estabelecimento de saúde segundo município da Microrregião de Betim-MG, 2011.

**Tabela 05** - Fatores críticos de sucesso

**Tabela 06**- Análise da motivação dos atores frente às operações propostas no PA

**Figura 01**- Gráfico do quantitativo de resíduos de serviços de saúde recolhidos pela Vigilância Sanitária do município de Igarapé - MG nas Unidades Básicas de Saúde em abril de 2011 e no período de janeiro a abril de 2012.

**Figura 02** - Mapa dos municípios da Microrregião de Betim - MG



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA



ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### 1. APRESENTAÇÃO

Este Projeto Aplicativo é produto do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária - GVISA, cuja proposta educacional foi construída em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde - MS, Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - NEPEC/ANVISA, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

O GVISA foi apresentado no formato de um projeto, em atenção a Portaria n. 3276, de 28 de setembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos hospitais de excelência e objetiva capacitar gestores e profissionais de saúde que atuam ou poderão vir atuar como gestores de vigilância sanitária nas três esferas de governo, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e as diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA e representa um desafio para a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

Na concepção do curso GVISA o Projeto Aplicativo - PA propõe o desenvolvimento de um projeto técnico científico aplicado, orientado à solução de um problema/necessidade de gestão da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2011). Este projeto, portanto, é fruto do esforço coletivo do Grupo Afinidade G45 que, a partir de instrumentos metodológicos e de diferentes vivências/experiências de trabalho em Vigilância Sanitária, definiu como objeto do PA a construção de um projeto piloto para subsidiar uma proposta de implantação do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos estabelecimentos públicos de saúde da Microrregião de Betim-MG.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### 2. INTRODUÇÃO

São considerados resíduos de serviços de saúde (RSS), resíduos gerados em estabelecimentos que prestam serviços de assistência à saúde humana ou animal (SHINZATO et al., 2010), e que, segundo Sales et al. (2009), por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final. Entretanto, segundo Garcia e Zanetti-Ramos (2004) geralmente são considerados resíduos de saúde apenas aqueles originados de hospitais, clínicas médicas e outros grandes geradores, sem considerar os resíduos gerados por pequenos geradores como farmácias, clínicas odontológicas e veterinárias, assistência domiciliar, necrotérios, instituições de cuidados para idosos, hemocentros, laboratórios clínicos e de pesquisa, instituições de ensino na área de saúde, entre outros. Vale ressaltar que os grandes geradores geralmente possuem consciência dos problemas relativos ao gerenciamento dos resíduos, o que não se verifica com os pequenos geradores.

Segundo Ferreira (1995) RSS são constituídos de lixo comum, resíduos infectantes ou de risco biológico, e de resíduos especiais. O lixo comum é composto por papel, restos de comida, etc. Os resíduos infectantes são sangue, gazes, curativos, agulhas, etc. E os resíduos especiais são os químicos, farmacêuticos e radioativos. A destinação final dos resíduos infectantes e resíduos especiais se torna um problema por ser complexa e de alto custo pelo risco que estes oferecem ao meio ambiente e ao homem. Órgãos nacionais e internacionais se preocupam com o problema dos resíduos de serviços saúde, porém, fazer valer as recomendações técnicas e a legislação depende principalmente do conhecimento, da motivação e da conscientização das pessoas envolvidas no trabalho dos serviços de saúde (TAKAYANAGUI, 1993).

#### 2.1. Referencial Teórico

Garcia e Zanetti-Ramos (2004) afirmam que no Brasil não há estatísticas precisas a respeito da quantidade de geradores e de resíduos de serviços de saúde gerados diariamente, entretanto, segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2008 eram coletados 8.909 toneladas/dia de resíduos sólidos de serviços de saúde sépticos

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

e em 2009 existiam mais de 90.000 estabelecimentos de saúde em todo o Brasil. Ramos et al. (2011 apud COELHO, 2007) ainda afirmam que a quantidade média de resíduos de serviços de saúde produzidos por leito hospitalar no Brasil é de 0,42 Kg/dia/paciente.

De forma geral os trabalhadores da área da saúde são os que se encontram mais expostos aos riscos que os resíduos de serviços de saúde oferecem. Segundo Garcia e Zanetti-Ramos (2004) vários estudos demonstraram que grande parte dos acidentes de trabalho com perfurocortantes ocorre no momento da disposição final desses resíduos pelo mau acondicionamento. Assim também, os excluídos socialmente, se encontram bastante expostos quando a disposição final dos resíduos de saúde é realizada juntamente com resíduos comuns, já que essa população se encontra nos lixões selecionando material para reciclagem ou até mesmo procurando algo para se alimentar. A população em geral se expõe aos riscos através da contaminação da água, do solo, da atmosfera, e através do contato com vetores que podem se proliferar nos resíduos acumulados e não tratados de forma adequada. Ainda de acordo com Sales et al. (2009) os resíduos de serviços de saúde podem contribuir para o aumento da incidência de infecção hospitalar.

Pelo fato de os RSS representarem uma fonte potencial de riscos para a saúde de quem os manipula no ambiente intra e extra estabelecimento gerador, órgãos governamentais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e o Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA estabeleceram normas como instrumentos de orientação, fiscalização e exigência de práticas adequadas para o manejo de tais resíduos, a fim de minimizar e/ou eliminar danos à saúde dos trabalhadores, à sociedade e ao ambiente (SHINZATO et al., 2010). Confirmando o relatado pela autora, consta no “Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde” (BRASIL, 2006) que para a comunidade científica e os órgãos federais (ANVISA e CONAMA) os resíduos representam um potencial de risco em duas situações: para a saúde ocupacional, considerando o risco no manejo vinculado aos acidentes devido a falhas no acondicionamento e segregação dos materiais perfurocortantes, e para o meio ambiente quanto ao potencial de contaminação do solo, das águas superficiais e subterrâneas pelo lançamento de RSS em lixões ou aterros controlados. Considera-se também o risco de

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

contaminação do ar dada quando os RSS são tratados pelo processo de incineração descontrolado.

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 306/2004/ANVISA (BRASIL, 2004) todo estabelecimento gerador de resíduos deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados e na sua classificação, com o objetivo final de “*minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.*” Devem constar no PGRSS informações sobre a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externo e destinação final (GARCIA e ZANETTI-RAMOS, 2004). Consta ainda na RDC nº 306 que todo responsável por um estabelecimento gerador de RSS deve implementar o PGRSS, sendo de sua competência monitorar e avaliar seu PGRSS.

O PGRSS é definido como um conjunto de procedimentos de gestão que visam o correto gerenciamento dos resíduos produzidos no estabelecimento. São planejados e implementados pelo responsável legal do estabelecimento gerador, baseados em diretrizes científicas, normativas e legais. O PGRSS abrange todas as etapas de planejamento dos recursos físicos e materiais e, da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS. A implantação do PGRSS está baseada na conscientização de todos os colaboradores, do adequado manejo e do levantamento e análise dos riscos em relação aos resíduos gerados. O manejo corresponde a um conjunto de medidas para gerenciar os resíduos em seus aspectos internos e externos, desde a geração até a disposição final. Por fim, a elaboração do PGRSS requer um estudo dos resíduos local, específico, integrado e continuado, para que este se torne um documento dinâmico (GONÇALVES et al., 2011; SALES et al., 2009).

De acordo com Garcia e Zanetti-Ramos (2004), três princípios devem orientar o gerenciamento de resíduos: redução, segregação e reciclagem. Ao se reduzir o uso de materiais, o custo final é reduzido pela menor quantidade de material utilizado, pela menor

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

quantidade de resíduos gerados e pelo menor custo com a destinação final. Vale ressaltar ainda, que haverá redução do impacto ambiental. A segregação também se faz importante, pois apenas uma parte do resíduo é potencialmente infectante (possui potencial risco à saúde), e ao se misturar ao resíduo comum o contamina, promovendo a necessidade de tratamento especial para todo o resíduo. Sendo assim, ao se segregar de forma adequada seria necessário tratamento especial somente para o montante potencialmente infectante, havendo no fim do processo diminuição do custo final. E fazendo a segregação adequada parte dos resíduos poderia ser reciclada. O descuido quanto às questões de gerenciamento de resíduos é um fator que leva a situações de risco de contágio de doenças pela população, sendo esta relação demonstrada no Índice de Impacto dos Resíduos Sólidos Urbanos na Saúde Pública (IIRSP), desenvolvido no trabalho de Deus et al. (2004).

Com o objetivo de permitir a segregação e destinação corretas as Resoluções RDC nº. 306/2004/ANVISA e Resolução nº.358/2005/Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA (BRASIL, 2005) classificaram os resíduos de serviço de saúde em cinco grupos, quais sejam: GRUPO A - Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. GRUPO B - Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. GRUPO C - Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Conselho Nacional de Energia Nuclear e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. GRUPO D - Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. GRUPO E - Materiais perfurocortantes ou escarificantes. De acordo com as citadas resoluções, as diferentes classes de RSS devem ser gerenciadas conforme suas características, sendo que os resíduos do grupo D podem ter manejo similar aos resíduos sólidos urbanos; os do grupo C devem ser gerenciados sob a supervisão da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN; enquanto que os resíduos pertencentes aos grupos A e E, bem como alguns do grupo B, enquadrados na categoria dos resíduos perigosos, devem receber tratamento adequado (SHINZATO et al., 2010).

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Contudo se observa que a maioria dos estabelecimentos de saúde não realiza a segregação de forma adequada. Para Garcia e Zanetti-Ramos (2004) o que na realidade se observa é que todos os resíduos são tratados como potencialmente infectantes, gerando alto custo aos geradores, ou nenhum é tratado desta forma, não havendo nenhum tratamento, sendo tratados como resíduos domiciliares ou comuns.

A inexistência de um gerenciamento adequado de RSS aliado ao aumento significativo de sua produção faz com que a população, o meio ambiente e a saúde sejam alvos dos riscos inerentes a essa atitude irresponsável. A probabilidade e a severidade da ocorrência de efeitos adversos são definidas como risco, que pode ser: econômico, para vida, para saúde e para o ambiente. À saúde, o risco é a aquisição, direta ou indiretamente, de doenças infecciosas que podem ocorrer no manuseio dos RSS, acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento, tratamento ou destino final. Existem diferentes microrganismos patogênicos presentes nestes resíduos com capacidade de persistência ambiental. Entre eles, podem-se citar os mais freqüentes: *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, vírus da hepatite A (HAV) e da hepatite B (HBV), microrganismos esses de interesse por estarem associados, principalmente, a situações de infecção hospitalar (ZAMONER, 2008). Ainda segundo Bidone (2001) os microrganismos encontrados nos RSS quando não são patógenos obrigatórios, apresentam grande potencial patogênico, considerando-se, sobretudo, a susceptibilidade dos possíveis hospedeiros (humanos ou não) que entrem, eventualmente, em contato com eles. Destacam-se bactérias da microbiota anfibiótica, tais como *Enterococcus sp*, *Klebsiella sp*, *Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Vibrio cholerae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*. Além destes, outros microrganismos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Bacillus anthracis*, vírus do herpes, vírus da imunodeficiência humana, vírus das hepatites A, B e C, *Candida albicans* e outros fungos também podem ser encontrados. Há que se considerar ainda, a ocorrência de helmintos e outros parasitas nos RSS.

A pouca preocupação dos geradores reflete a atitude das autoridades governamentais. A população também exerce pouca pressão sobre as autoridades. Um caminho para solucionar o problema dos RSS seria o exercício do bom senso, aliado com educação, o treinamento de profissionais de saúde e o esclarecimento da população (GARCIA e

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ZANETTI-RAMOS, 2004). Contudo, como todo processo educacional, a capacitação dos profissionais para a realização do PGRSS exige constante avaliação e monitoramento.

O gerenciamento adequado dos resíduos de serviço de saúde pode reduzir a ocorrência de acidentes de trabalho, especialmente aqueles provocados por perfurocortantes e reduzir a contaminação do meio ambiente, assim como a exposição da população a esses resíduos. O objetivo do “Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde” criado pela ANVISA é de auxiliar a implementação do gerenciamento adequado dos RSS. Os estabelecimentos que não se enquadrarem nas respectivas normativas estão sujeitos às penalidades previstas na Lei nº 6.437/1977. Desta forma, entende-se, ainda, que cabe às Secretarias Municipais da Saúde e do Meio Ambiente a principal responsabilidade em relação à orientação, avaliação e fiscalização para sustentação dos PGRSS dos seus estabelecimentos de saúde. Os órgãos de Vigilância Sanitária -VISA estaduais e municipais são os responsáveis pela avaliação do PGRSS no momento do licenciamento dos estabelecimentos, porém, as VISA encontram dificuldades no momento da avaliação e, por este motivo, muitas vezes os PGRSS inexistem ou são de má qualidade (ZAMONER, 2008).

Uma forma de avaliar a vulnerabilidade do manejo de RSS local seria a utilização de uma equação de segundo grau  $Y = aX + b$ , em que “Y” é a vulnerabilidade, “X” valores encontrados para parâmetros predefinidos e “a” e “b” coeficientes determinados, considerando uma escala de valores das subclasses dos parâmetros utilizados. Esse índice se mostra importante, pois avalia o impacto direto dos resíduos na saúde da população, sendo que um dos parâmetros a ser utilizado é a incidência de algumas doenças intrínsecas ao mau gerenciamento dos resíduos (RAMOS et al., 2011).

Apesar das normas existentes, são muitos os estabelecimentos no país em que as normas não são cumpridas, repercutindo em casos evitáveis de infecções hospitalares, na exposição da população a agentes infecciosos, e em doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Acredita-se que existam várias razões para que isso ocorra, dentre elas, ausência de referência técnica, de gestão efetiva, de dados de acidentes com resíduos, de pessoal em quantidade insuficiente e com falta de qualificação e a alta rotatividade de funcionários. Segundo Shinzato et al. (2010), muitos estudos têm sido realizados no Brasil e em outros

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

países tratando da problemática em torno da gestão dos RSS, os quais relataram que a gestão adequada dos RSS nos estabelecimentos de saúde onde são gerados não vem ocorrendo, apesar de constituir-se em um fator preponderante para minimizar-se os impactos negativos associados a tais resíduos.

Brasil (2006) ratifica que, apesar da legislação existente, poucos municípios brasileiros gerenciam adequadamente os RSS. Mesmo aqueles que implementaram um sistema específico de gerenciamento para esses resíduos, em vários casos, têm graves deficiências e, muitas vezes, estão focados apenas nos hospitais e postos de saúde.

Em agosto de 2010 foi instituída a Política Nacional de Resíduos Sólidos, através da Lei 12.305/2010, que dispõe sobre a gestão integrada e gerenciamento de resíduos sólidos, incluindo os RSS, as responsabilidades dos gestores e do poder público, e os instrumentos econômicos aplicáveis. Dentro dos princípios desta política podemos destacar a responsabilidade dos estabelecimentos, o poluidor-pagador e o protetor-recebedor e o reconhecimento do resíduo sólido reutilizável e reciclável como um bem econômico e de valor social, gerador de trabalho e renda e promotor de cidadania (BRASIL, 2010).

O Plano de Resíduos Sólidos é um dos instrumentos da política nacional de resíduos. De acordo com as diretrizes da política, o município tem a incumbência de fazer a gestão integrada dos resíduos gerados no respectivo território.

De acordo com a Lei 12.305/2010 a União elaborará, sobre a coordenação do Ministério do Meio Ambiente, o Plano Nacional de Resíduos Sólidos, sendo que o mesmo deverá ser elaborado mediante processo de mobilização e participação social, incluindo a realização de audiências e consultas públicas.

O Plano Estadual, que deverá ser elaborado pelos Estados, é uma condição para que estes tenham acesso aos recursos da União e os que instituírem microrregiões para integrar a organização serão priorizados. Além do Plano Estadual de Resíduos Sólidos, os Estados poderão elaborar planos microrregionais de resíduos, bem como planos específicos, direcionados às regiões metropolitanas ou aglomerações urbanas; elaboração esta que deverá ser feita, obrigatoriamente, com a participação dos municípios envolvidos. O plano

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

microrregional de resíduos sólidos deve atender ao previsto no Plano Estadual, consideradas as peculiaridades microrregionais.

Nos municípios a elaboração do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos também é condição para que estes tenham acesso a recursos da União. Serão priorizados os municípios que optarem por soluções consorciadas intermunicipais para a gestão dos resíduos, incluída a elaboração e a implementação do plano intermunicipal, ou que se inserirem de forma voluntária nos planos microrregionais. Deve existir como conteúdo mínimo do plano municipal de gestão integrada o diagnóstico da situação dos resíduos sólidos gerados no respectivo território, contendo a origem, o volume, a caracterização dos resíduos e as formas de destinação e disposição adotadas.

O Poder Público poderá instituir medidas indutoras e linhas de financiamento para atender prioritariamente as iniciativas de desenvolvimento de projetos de gestão dos resíduos sólidos de caráter intermunicipal.

### **2.2. Referencial Empírico**

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais-SES/MG, por meio da Diretoria de Vigilância de Serviços de Saúde - DVSS/SES/MG realiza diversas ações referentes ao gerenciamento dos RSS em estabelecimentos de saúde, em parceria com outros serviços/entes, dentre eles o Sistema Estadual de Transporte de Saúde - SETS, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana - SEDRU, a Associação Mineira de Municípios - AMM, a Fundação Estadual do Meio Ambiente - FEAM, a Fundação Israel Pinheiro - FIP e o Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear - CDTN. Em 2007 foi criado o Projeto Mineiro Saúde e Ambientes Sustentáveis - PMSA, sob a responsabilidade dos órgãos citados anteriormente. Este trabalho contribuiu significativamente para a consolidação da legislação vigente referente ao gerenciamento de RSS da ANVISA e do Ministério de Meio Ambiente, pelo fato de ter se iniciado anteriormente à publicação da mesma.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Relatório “O que aprendemos e para onde iremos? Programa Estadual de Monitoramento e Fiscalização do Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde de Minas Gerais, 2004 a 2009”, elaborado pela DVSS, apresenta uma série de ações realizadas no âmbito do Estado de Minas Gerais, tais como: articulações políticas intra e interinstitucional, formação de grupos de estudos, levantamento da situação do gerenciamento de RSS em hospitais e outros estabelecimentos de saúde por meio de questionários de autoavaliação, realização de seminários e capacitações técnicas sobre o tema. Dentre as conclusões do relatório destacam-se: a falta de consciência das responsabilidades legais pela rede pública de assistência e pelos gestores municipais e estaduais; inexistência de aterros sanitários ou outros locais licenciados para a disposição final dos Resíduos Sólidos Urbanos (RSU) e RSS; dificuldade na classificação dos RSS, dentre outros. Já em relação aos serviços públicos de saúde, o relatório enfatiza que as principais ações para implantação efetiva dos PGRSS são: sensibilizar os gestores para a importância e obrigatoriedade do cumprimento da lei pelo setor público, alocar e capacitar equipes nos serviços públicos para trabalhar no PGRSS e alocar recursos financeiros para viabilizar a implementação dos PGRSS.

A Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte - SRS/BH possui poucas informações quanto às condições de gerenciamento de resíduos nos serviços públicos de saúde. Não há uma análise situacional mais aprofundada e faltam dados estatísticos consistentes que possibilitem caracterizar melhor o problema.

Em junho de 2011 a SRS/BH realizou um diagnóstico situacional sobre os RSS por meio de um questionário encaminhado aos municípios de sua jurisdição. Do total de 39 municípios consultados, apenas 9 (23,08%) enviaram o questionário devidamente preenchido (Tabela 01).

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Tabela 01** - Diagnóstico situacional do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em municípios da SRS/BH, 2011.

Itens avaliados	Municípios									Nº	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Existência da Comissão de Gerenciamento de RSS										0	0
Existência do Plano de Gerenciamento de RSS										3	33,3
Existência de Técnico Responsável pelo PGRSS										3	33,3
PGRSS implantado nas Unidades de Saúde										1	11,1
Existência de empresa especializada para destinação final										7	77,8
Existência de destinação final para medicamentos vencidos										7	77,8
Realização de descarte correto de vasilhames e inseticidas										5	55,6
Existência de aterro sanitário no município										1	11,1
Existência de tratamento de esgoto no município										2	22,2
Existência de Serviço de Medicina do trabalho										3	66,7

Fonte: SRS/BH.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De acordo com os dados obtidos verifica-se que os 9 (100%) municípios que responderam o questionário não possuem Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; 6 (66,67%) não possuem o PGRSS, sendo que dos 3 (33,33 %) municípios que possuem o plano em apenas 1 (11%) o PGRSS encontra-se implantado; em 6 (66,67%) dos municípios não existe responsável técnico e em apenas 2 (22,22%) a destinação final de resíduos é feita por empresa especializada. A destinação final de medicamentos vencidos é feita em 7 (77,78 %) dos municípios, enquanto 5 (55,56%) responderam que fazem o descarte de forma correta de vasilhames e inseticidas; 8 (88,89%) não possuem aterro sanitário; em 7 (77,78%) não existe tratamento de esgoto e 6 (66,67%) municípios não possuem serviço de saúde e medicina do trabalho.

Considerando que apenas 9 dos 39 municípios responderam o questionário, e os resultados demonstrados no quadro 1, observa-se a falta e fragilidade de informações sobre a situação atual do gerenciamento de RSS e a necessidade de se criar estratégias e instrumentos para subsidiar uma proposta de intervenção que contribua para transformar o contexto atual relacionado ao problema no âmbito da SRS/BH.

Um exemplo de intervenção bem sucedida da VISA na minimização dos riscos através do correto gerenciamento de RSS ocorreu no município de Igarapé-MG, Microrregião de Betim. A ação teve início em março de 2011, a partir de uma demanda da Secretaria de Meio Ambiente, que encontrava dificuldades na implementação do correto manejo de RSS no município.

A VISA passou então a assumir esse controle e, em uma avaliação inicial, identificou as seguintes irregularidades: inexistência de cadastro dos estabelecimentos geradores de RSS; baixo número de estabelecimentos com PGRSS protocolados na Secretaria de Meio Ambiente; presença de lixo comum misturado aos RSS resultando em ônus para o município.

A ação da VISA consistiu em atualização do cadastro dos estabelecimentos, treinamento do setor regulado em relação ao gerenciamento de RSS e organização de cronograma de vistorias para acompanhamento do recolhimento de RSS. Após esta intervenção observou-se, por exemplo, uma diminuição da quantidade de RSS produzida pelas Unidades Básicas de Saúde, conforme Tabela 02 e Figura 01.

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Tabela 02** - Variação do quantitativo de resíduos de serviços de saúde recolhidos pela Vigilância Sanitária do município de Igarapé - MG nas Unidades Básicas de Saúde em abril de 2011 e no período de janeiro a abril de 2012.

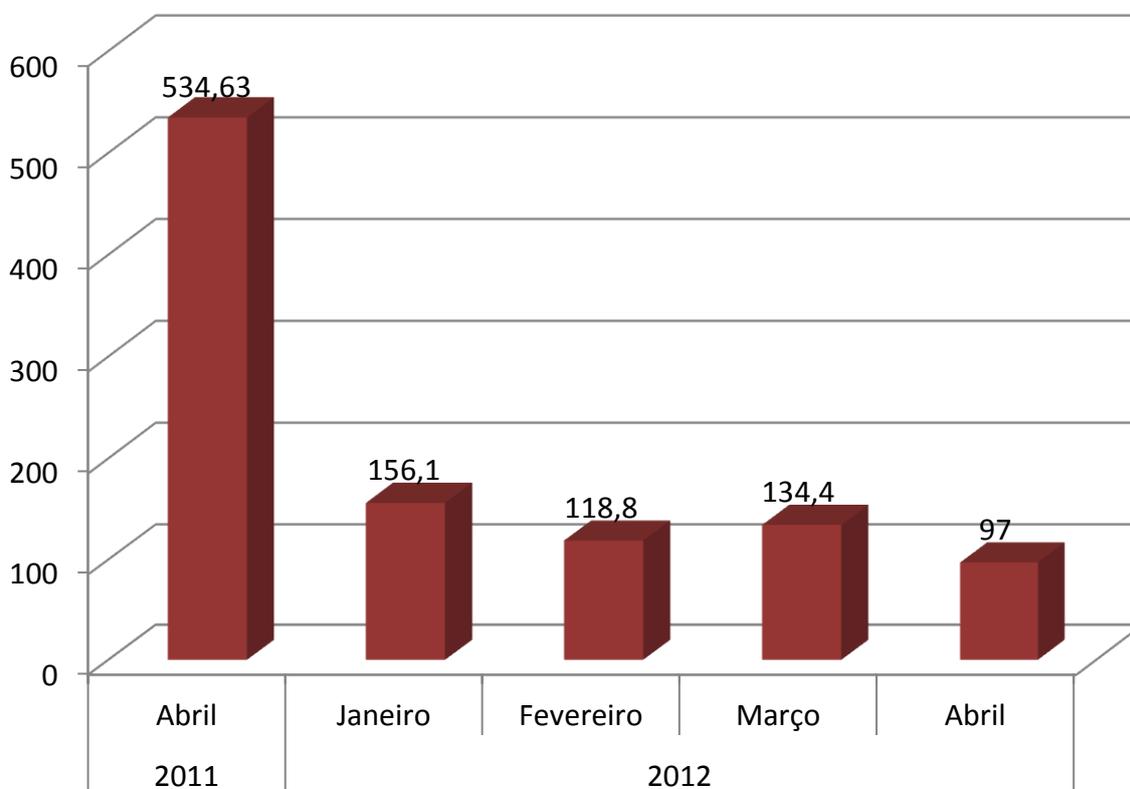
Data do registro	2011	2012			
	Abril	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
<b>Peso (Kg)</b>	<b>534,63</b>	<b>156,10</b>	<b>118,80</b>	<b>134,40</b>	<b>97,00</b>
<b>Variação em Kg</b>	-	<b>-378,53</b>	<b>-37,3</b>	<b>15,6</b>	<b>-37,4</b>
<b>Variação (%) <sup>(1)</sup></b>	-	<b>-70,8</b>	<b>-23,89</b>	<b>13,12</b>	<b>-27,82</b>
<b>Variação (%) total <sup>(2)</sup></b>	-	<b>-70,8</b>	<b>-77,79</b>	<b>-74,86</b>	<b>-81,86</b>

Fonte: VISA Igarapé-MG, 2012.

(1) Variação percentual em relação ao período anterior registrado

(2) Variação percentual em relação ao 1º. Registro (abril/2011)

**Figura 1** - Gráfico do quantitativo de resíduos de serviços de saúde recolhidos pela Vigilância Sanitária do município de Igarapé - MG nas Unidades Básicas de Saúde em abril de 2011 e no período de janeiro a abril de 2012.



Fonte: VISA Igarapé-MG, 2012.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Embora os referenciais teóricos e empíricos consultados apontem para a necessidade de uma intervenção abrangente, este Projeto Aplicativo propõe conhecer a realidade atual do gerenciamento dos RSS dos estabelecimentos públicos dos municípios da Microrregião de Betim - MG, apresentar uma proposta que venha sensibilizar os gestores quanto à importância deste gerenciamento e subsidiar as ações para minimizar os riscos sanitários causados por estes resíduos.

### 3. CONTEXTO

#### 3.1. Caracterização da Microrregião de Betim

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (censo demográfico de 2010) o Estado de Minas Gerais possui uma população de 19.850.072 habitantes. Conforme Plano Diretor de Regionalização - PDR, o Estado é dividido em 13 Macrorregiões e 75 Microrregiões. A Microrregião de Betim - MG (Figura 02) pertence à Macrorregião Centro que possui um total de 6.166.351 habitantes, representando 31,63 % da população do Estado de Minas Gerais. A Microrregião de Betim é composta por 13 municípios, com uma população de 624.062 habitantes, sendo Betim a sede da Microrregião de Assistência à Saúde. A Microrregião de Betim representa um percentual de 3,14% da população do Estado de Minas Gerais, 10,12% da população da Macro Centro.

HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Figura 02** - Mapa dos municípios da Microrregião de Betim - MG

Municípios da Microrregião de Betim



Fonte: SRS/BH

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Tabela 03** - População residente e PIB per capita por município da Microrregião de Betim – MG.

Cidade	População	Extensão Territorial	PIB Per capita (2008)
Betim	379.089	342,846	58.938,14
Bonfim	6.818	301,865	5.806,21
Brumadinho	33.973	639,434	24.789,95
Crucilândia	4.757	167,164	6.415,57
Esmeraldas	60.271	911,418	4.746,23
Florestal	6.600	191,421	7.142,56
Igarapé	34.851	110,262	8.777,78
Juatuba	22.202	99,482	30.954,07
Mário Campos	13.192	35,196	6.003,93
Mateus Leme	27.856	302,773	12.106,66
Piedade das Gerais	4.640	259,638	5.595,20
Rio Manso	5.276	231,54	6.019,33
São Joaquim de Bicas	25.537	71,557	11.804,24
<b>Total</b>	<b>625.062</b>	<b>3.664,60</b>	<b>14.546,14 (média)</b>

Fonte: IBGE/2010 – Censo Demográfico

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**
**Tabela 04** - Tipo de Estabelecimento de Saúde segundo município da Microrregião de Betim MG – 2011.

Município	Serviço de Hemoterapia	Centro Saúde Mental	Unidade Básica de Saúde	Policlínicas	Consultório Isolado	Hospital Especializado	Hospital Geral	Pronto Atendimento	Laboratório	Vigilância em Saúde	Serviço Atendimento Médico de Urgência	Unid Móvel Terrestre	Total
Betim	1	4	33	9	1	1	2	4	1	1	1		57
Bonfim			3		1								4
Brumadinho		1	14	2			1		1	1		1	21
Crucilândia			2	1									3
Esmeraldas		1	19	1	3		1						25
Florestal			3										3
Igarapé		1	7	1									9
Juatuba			7	3	1			1					12
Mário Campos			2										2
Mateus Leme			10	1	2				1				14
Piedade dos Gerais			3										3
Rio Manso			2										2
São Joaquim de Bicas		1	5										6
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>110</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>162</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil CNES/SERBIO/DIREG/SMS/BETIM-MG.-2011

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Geral

Construir uma proposta para subsidiar a implantação do gerenciamento de RSS em estabelecimentos públicos de saúde de municípios da Microrregião de Betim-MG.

### 4.2. Específicos

- Sensibilizar os gestores sobre os riscos relacionados aos RSS
- Sensibilizar o gerador quanto a sua responsabilidade sobre os RSS
- Divulgar as portarias e normas existentes sobre as fontes de financiamento para a implantação dos PGRSS
- Sensibilizar os profissionais envolvidos no manejo de RSS
- Adequar as ações de VISA no gerenciamento de RSS

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### 5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

#### 5.1. Matriz Decisória: seleção e identificação do problema

A identificação de problemas é feita mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade, sendo a análise situacional um instrumento importante para identificação e seleção dos problemas que merecem ser objeto de uma proposta de intervenção.

Para escolha do problema a ser trabalhado neste Projeto Aplicativo considerou-se a importância e urgência de enfrentamento de diversos riscos sanitários, de acordo com a percepção dos profissionais da VISA. Para seleção dos problemas e definição do problema prioritário utilizou-se a ferramenta da “matriz decisória”, que considera o **valor** e o **interesse** de um problema de acordo com a análise do contexto e dos atores sociais envolvidos. Os riscos sanitários inicialmente selecionados foram: alimentos, resíduos de serviços de saúde, medicamentos, saneantes e cosméticos, serviços de saúde e risco ambiental, este último excluído devido a pouca governabilidade da VISA e a necessidade de grande interface com outros setores.

Na matriz decisória para seleção de problemas o grupo avalia o valor e o interesse em solucioná-los e faz uma pontuação de acordo com a urgência das ações necessárias para enfrentá-las.

O valor de um problema – que pode ser alto, médio ou baixo, diz respeito à importância que o ator dá a solução do problema em função de sua inserção social, valores, conhecimentos e necessidades, ponderados pela possibilidade de enfrentá-lo com o plano.

O interesse por um problema é o sinal com o qual um ator se situa ante a realidade, que pode ser vista como problema ou como oportunidade. Este interesse pode se expressar em 3 atitudes:

- Manter a realidade ou rechaçar a mudança: sinal negativo (-);
- Mudar a realidade: sinal positivo (+);
- Indiferença: neutro.

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Preenchida a matriz, deve ser dada uma pontuação de 0 a 10 para os problemas que tiverem valor alto e interesse positivo. O problema que obtiver a maior nota deve ser o escolhido.

No caso em questão foi escolhido o problema “Resíduos de Serviços de Saúde” para objeto de trabalho do Projeto Aplicativo (Quadro 01).

**Quadro 01 -Matriz Decisória**

Problemas	Valor	Interesse
Alimentos	7,3	NEUTRO
Resíduos serviços saúde	8,6	ALTO
Medicamentos	6,0	NEUTRO
Saneantes e cosméticos	6,3	NEUTRO
Serviços de saúde	7,8	ALTO

**5.2. Árvore de Problemas - Identificação dos “Nós Críticos”**

Selecionado o problema e partindo-se do risco pressuposto de alta exposição da população e de profissionais de saúde ao contágio de doenças pela veiculação de agentes químicos, físicos e biológicos em RSS, foram elencadas várias dificuldades relativas ao problema por meio de um diagrama de causa/efeito. Esta ferramenta, denominada Árvore de Problemas, é um instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes com a compreensão de suas inter-relações causais. Assim, são estabelecidas as ligações mais importantes transformando a realidade que é complexa em uma concepção simplificada a fim de se tornar possível uma ação. A importância de um problema não é dimensionada por sua posição na árvore, o raciocínio ao se trabalhar com esse instrumento é analítico causal e não hierárquico e possibilita a caracterização da situação problemática a partir da identificação dos “nós críticos”. Denominam-se nós críticos as causas que apresentam maior número de relações com outras e que, sofrendo uma intervenção, podem provocar mudanças positivas nas causas às quais estão relacionadas. A determinação do foco de análise (problema inicial e problema central) delimita o conjunto da realidade a ser analisada, possibilitando clareza sobre a situação problemática e sua abrangência.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A partir dos problemas selecionados na Árvore de Problemas (Anexo 01), concluiu-se que o problema central a ser trabalhado na proposta de intervenção está relacionado ao gerenciamento inadequado dos RSS, mediante a identificação dos seguintes nós críticos:

- Baixa sensibilização dos gestores sobre os riscos dos RSS;
- Baixa responsabilização dos profissionais geradores de RSS;
- Grau de conhecimento insuficiente dos gestores sobre as fontes de financiamento existentes dos PGRSS;
- Baixa sensibilização dos profissionais envolvidos no manejo de RSS;
- Deficiência nas ações de VISA no gerenciamento de RSS.

### 5.3. Identificação de lacunas: situação inicial e situação desejada

A partir da identificação dos nós críticos e da análise das interrelações de causalidade demonstradas na Árvore de Problemas, foram identificadas as principais lacunas existentes entre a situação inicial relacionada ao problema do gerenciamento inadequado dos resíduos de serviços de saúde e a situação desejada, o que demandará o delineamento de um plano de ação para subsidiar uma proposta de intervenção.

As lacunas existentes entre a situação inicial e a situação desejada são:

- Não cumprimento da RDC nº. 306/2004/ANVISA e Resolução nº. 358/2005/Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA (BRASIL, 2005);
- Ausência de Comissões efetivas de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde no âmbito municipal;
- Inexistência de PGRSS no âmbito municipal;
- Não implantação ou implementação deficiente dos PGRSS na maioria dos estabelecimentos públicos de saúde;
- Inadequação da VISA no gerenciamento dos RSS;
- Insuficiência de dados e informações sobre a situação dos RSS no âmbito estadual e municipal.

Ressalta-se que a construção e articulação das ações de intervenção devem ser consideradas em relação aos fatores críticos de sucesso ou nós críticos, de forma cronológica e hierárquica.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**6. PLANO DE AÇÃO**

Matriz 1 - Identificação dos nós críticos (Quadro 02)

**Quadro 02 - Identificação dos nós críticos por governabilidade**

IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS POR GOVERNABILIDADE	
<b>1- Governabilidade - Dentro da Capacidade do Ator</b>	
NC1	Baixa sensibilização dos gestores sobre os riscos dos RSS
NC3	Grau de conhecimento insuficiente dos gestores sobre as fontes de financiamento existentes do PGRSS
NC5	Deficiência nas ações de VISA no gerenciamento de RSS
<b>2- Governabilidade - Fora da Capacidade do Ator</b>	
NC2	Baixa responsabilização do profissional gerador de RSS
NC4	Baixa sensibilização dos profissionais envolvidos no manejo de RSS

Matriz 2 - Desenho das operações e atividades (Quadro 03)

**Quadro 03- Desenho das operações e atividades**

Nó Crítico	Operações	Atividades	Responsável	Prazo
NC1. Baixa sensibilização dos gestores sobre os riscos dos RSS	Op1. Sensibilizar os gestores sobre a importância da gestão dos RSS.	A1. Reunir com a referência técnica de RSS da DVSS/SES para apresentação da proposta do PA.	Luciene	A1. 03/2013
		A2. Propor reunião na câmara técnica da CIB para apresentação do PA.		A2. 04/2013
		A3. Reunir com os gestores dos municípios alvo do PA da Micro de Betim para pactuar a sua aplicação.		A3. 05/2013
NC3. Grau de conhecimento insuficiente dos gestores sobre as fontes de financiamento do PGRSS	Op2. Dar conhecimento aos gestores dos municípios envolvidos sobre as fontes de financiamento existentes para o gerenciamento de RSS.	A1. Levantar informações sobre as fontes de financiamento possíveis para apresentação aos gestores.	Ailton	A1. set a dez/2012
		A2. Reunir com os gestores para dar conhecimento sobre as fontes de financiamento levantadas.		A2. 04/2013
NC5. Deficiência nas ações de VISA no gerenciamento de RSS	Op3. Adequar as ações de VISA no gerenciamento de RSS	A1. Propor a constituição de um comitê técnico de RSS da Microrregional de Betim.	Erika	A1. 03/2013
		A2. Propor aos gestores a constituição e nomeação de uma comissão municipal de gerenciamento de RSS.		A2. 03/2013
		A3. Elaboração de questionário para diagnóstico situacional do gerenciamento dos RSS dos serviços públicos de saúde dos municípios.		A3. 10 a 12/2012
		A4. Propor à SRS/BH e SES/MG a elaboração de um programa de treinamento sobre gerenciamento de RSS para os representantes do comitê de saúde dos municípios envolvidos.		A4. 04/2013
		A5. Apresentar o questionário de diagnóstico situacional e propor a sua aplicação pelos representantes do comitê de saúde dos municípios envolvidos.		A5. 04/2013
		A6. Propor a consolidação e análise dos dados do questionário de diagnóstico situacional de RSS pela SRS/BH.		A6. 06/2013
		A7. Propor à SRS/BH e SES/MG a elaboração conjunta com o comitê de um programa de treinamento sobre gerenciamento de RSS para a comissão municipal de gerenciamento de RSS.		A7. 08/2013
		A8. Propor monitoramento do gerenciamento de RSS pela VISA/SRS/BH com participação das VISA municipais.		A8. Permanente

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Cabe aqui salientar sobre o fluxograma explicativo da proposta de criação do Comitê Técnico de RSS da Microrregião de Betim, das Comissões Municipais de RSS e das Subcomissões de RSS (Anexo 2). Considerando que a CIB é a instância legitimadora dos projetos apresentados no âmbito estadual, propõe-se que esta comissão crie o Comitê Técnico de RSS da Microrregião de Betim (Anexo 2). Este comitê será constituído por representantes de cada município, indicados pelo gestor municipal. Os representantes municipais serão os coordenadores das Comissões Municipais de RSS. Os gestores locais juntamente com o coordenador da Comissão Municipal de RSS definirão os demais integrantes das Comissões Municipais de RSS, os quais devem ser nomeados. Essas comissões realizarão oficinas nas unidades de saúde para definição e treinamento das subcomissões. As subcomissões serão responsáveis pela elaboração e implementação do PGRSS em sua unidade. A SRS/BH em conjunto com o Comitê Técnico de RSS da Microrregião de Betim será responsável pelo acompanhamento da efetivação das ações do gerenciamento de resíduos.

Matriz3 - Avaliação das operações que não exigem recursos econômicos e que exigem recursos econômicos (Quadro 04)

**Quadro 04** - Avaliação das operações que não exigem recursos econômicos e que exigem recurso econômico

AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES						
I. Não exigem Recursos Econômicos						
Operação	Atividades	Recursos	Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia
Op1.	<b>A1.</b> Reunir com a referência técnica de RSS da DVSS/SES/MG para apresentação da proposta do PA.	Organizativo, político e cognitivo.	Apoio do DVSS/SES/MG	Gestor sensibilizado sobre a importância da gestão dos RSS.		
	<b>A2.</b> Propor reunião na câmara técnica da CIB para apresentação do PA.	Organizativo, político e cognitivo.	Reunião Realizada.			
	<b>A3.</b> Reunir com os gestores dos municípios alvo do PA da Micro de Betim para pactuar a sua aplicação.	Organizativo, político e cognitivo.	Pactuação assinada.			
Op2.	<b>A1.</b> Levantar informações sobre as fontes de financiamento possíveis para apresentação aos gestores.	Organizativo e cognitivo.	Fontes de financiamento identificadas.	Gestores com conhecimento sobre as fontes de financiamento possíveis.		

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

	<b>A2.</b> Reunir com os gestores para dar conhecimento sobre as fontes de financiamento levantadas.	Organizativo, político e cognitivo.	Reunião Realizada.			
<b>II. Exigem Recursos Econômicos</b>						
<b>Operação</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência</b>	<b>Eficácia</b>
Op3	<b>A1.</b> Propor a constituição de um comitê gestor de RSS da Microrregional de Betim.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Comitê constituído.	Ações adequadas de VISA no gerenciamento.		
	<b>A3.</b> Elaboração de questionário para diagnóstico situacional do gerenciamento dos RSS dos serviços públicos de saúde dos municípios.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Questionário elaborado.			
	<b>A4.</b> Propor à SRS/BH treinamento das referências técnicas e dos RT dos serviços públicos de saúde dos municípios envolvidos.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Comitê treinado.			
	<b>A5.</b> Apresentar o questionário de diagnóstico situacional e propor a sua aplicação pelas referências técnicas do município.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Questionário apresentado.			
	<b>A6.</b> Propor a consolidação e análise dos dados do questionário de diagnóstico situacional de RSS pela SRS/BH, para subsidiar a implantação do PA.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Dados consolidados.			
	<b>A7.</b> Propor à SRS/BH e SES/MG a elaboração conjunta com o comitê de um programa de treinamento sobre gerenciamento de RSS para a comissão municipal de gerenciamento de RSS.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Comissão treinada			
	<b>A8.</b> Propor monitoramento do gerenciamento de RSS pela VISA/SRS/BH com participação das VISA municipais.	Organizativo, cognitivo, econômico.	Realização do monitoramento			

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Matriz 4 - Identificação das demandas frente a outros atores (Quadro 05)

**Quadro 05** - Identificação das demandas frente a outros atores

OUTROS ATORES			
Nó Crítico	Demanda	Responsável	Prazo
<b>NC2.</b> Baixa responsabilização do profissional responsável pelo estabelecimento gerador de RSS	O que: Sensibilizar o gerador quanto a sua responsabilidade sobre os RSS. A quem: Um membro do comitê gestor de RSS	Erika	07/13
	O que: Constituir as subcomissões municipais de RSS. A quem: Ao responsável pela comissão.		
<b>NC4.</b> Baixa sensibilização dos profissionais envolvidos no manejo de RSS	O que: Sensibilizar os profissionais envolvidos no manejo de RSS. A quem: O responsável técnico do estabelecimento.	Cláudia	08/13
	O que: Treinar os profissionais envolvidos no manejo de RSS. A quem: O responsável técnico do estabelecimento.		

Matriz 5 - Cronograma de atividades (Quadro 06)

**Quadro 06-** Cronograma de atividades

CRONOGRAMA													
Operações	Ação	2012				2013							
		Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Op1	A1												
	A2												
	A3												
Op2	A1												
Op3	A1												
	A2												
	A3												
	A4												
	A5												
	A6												
	A7												
	A8												

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**
**7. CENÁRIO**
**7.1. Análise de Viabilidade do Projeto Aplicativo: fatores críticos de sucesso.**

Os cenários consistem em uma cena ou contexto que definem as condições e pressupostos em que se situa o plano e fora do controle do ator, correspondendo às possibilidades futuras de conformação do contexto que envolve o plano.

Portanto, para construção e articulação das ações de intervenção é necessário enumerar variáveis simples importantes para o problema em pauta e que poderão interferir negativa ou positivamente na realização das operações e atividades do plano. A análise dessas variáveis é importante para definir os fatores críticos de sucesso do plano de ação. Para a questão do gerenciamento dos RSS foram enumeradas variáveis relacionadas aos aspectos políticos e institucionais, técnicos, normativos, financeiros e de contexto (quadro 07).

**Quadro 07- Análise de cenário**

Variáveis	Cenários		
	Favorável	Provável	Desfavorável
1. Cumprimento da legislação específica sobre gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RDC nº306/2004/ANVISA)			
2. Utilização do Manual de Gerenciamento de RSS/ANVISA			
3. Disponibilização de recursos orçamentários ou existência de fontes de financiamento para a implantação do PGRSS nos municípios			
4. Decisão política favorável da Comissão Intergestora Bipartite Regional (CIB-R) para aprovação da proposta de aplicação do PA na Microrregião de Betim			
5. Adesão e apoio da área técnica da SRS/BH			
6. Adesão e apoio dos gestores dos municípios envolvidos.			
7. Adesão da equipe de profissionais de saúde envolvidos no manejo dos RSS.			
8. Adesão dos responsáveis pelos estabelecimentos geradores dos RSS.			
9. Possibilidade de apoio e parceria com outros serviços e instituições (SET-S, SEDRU, FEAM, AMM, dentre outros).			
10. Contexto e relevância do problema dos RSS na área de abrangência da SRS/BH.			

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Após a análise do conjunto de variáveis relacionadas ao cenário de viabilidade do Projeto Aplicativo, obteve-se o seguinte resultado (Tabela 05):

**Tabela 05-** Fatores críticos de sucesso

Fatores críticos de sucesso	
Favorável	40%
Provável	50%
Desfavorável	10%

**7.2. Atores Sociais**

Em complementação à análise dos fatores críticos de sucesso de um plano, é importante **identificar** os atores sociais que têm relação com os problemas analisados e seus interesses e valores, ou seja, sua **motivação** com relação às possíveis propostas de solução.

Segundo Matus (1991), **Ator Social** é definido como um grupo de pessoas, ou até uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Um ator social para se configurar como tal, deve ter três características/condições: (1) um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; (2) capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar a frente um plano de mudança e (3) algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar de acordo com o propósito de mudança.

A identificação e análise da motivação dos atores sociais são importantes para aperfeiçoar as estratégias, visando superar problemas e implementar planos de intervenção na realidade.

Para o conjunto dos atores sociais envolvidos no contexto deste Projeto Aplicativo, ou seja, daqueles que direta ou indiretamente podem intervir na realidade atual do gerenciamento dos resíduos de serviços públicos de saúde dos municípios da área de abrangência da Microrregião de Betim, foi realizada a análise da motivação e interesse dos mesmos frente às ações e operações propostas (Tabela 06).

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Tabela 06 - Análise da motivação dos atores frente às operações propostas no PA.**

Conjunto dos Atores Sociais	Operação 1 Sensibilização dos gestores sobre a gestão dos RSS		Operação 2 Dar conhecimento aos gestores sobre as fontes de financiamento para o gerenciamento dos RSS		Operação 3 Adequação das ações da VISA no gerenciamento dos RSS		Operação 4 Sensibilização do responsável pelo estabelecimento gerador quanto a sua responsabilidade sobre os RSS		Operação 5 Sensibilização dos profissionais envolvidos no manejo dos RSS	
	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor
Ator1 Secretário Municipal de Saúde (gestores)	+	M	+	A	+	M	+	M	+	M
Ator2 Responsável pelo estabelecimento gerador dos RSS	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M
Ator3 Profissional de saúde envolvido no manejo dos RSS	0	M	0	M	0	M	0	M	+	M
Ator4 Profissional da VISA	+	A	+	A	+	A	+	A	+	A
Ator5 SRS-SES/MG	+	A	+	A	+	A	+	A	+	A

**Legenda:** Interesse: (+) a favor; (0) indiferente; (-) contra  
Valor: (A) Alto; (M) Médio; (B) Baixo.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise do contexto do gerenciamento dos RSS na área de abrangência da SRS/BH, dos referenciais teóricos e empíricos consultados, da aplicação de instrumentos de análise situacional e do apoio de nossa facilitadora e gestora de aprendizagem, foi elaborado esse Projeto Aplicativo que tem como resultado esperado a implantação de uma proposta para subsidiar a implantação do gerenciamento de RSS em estabelecimentos públicos de saúde de municípios da Microrregião de Betim-MG.

De acordo com o termo de referência do PA constante no Caderno do Curso GVISA, um dos elementos condicionantes para sua elaboração é que a orientação seja para uma situação real do trabalho em saúde em que atua o grupo responsável pelo desenvolvimento do projeto. Seguindo essa condicionante, para a escolha da Microrregião de Betim foram consideradas as experiências trazidas pelos componentes do Grupo Afinidade 45- grupo de aprendizagem formado para o desenvolvimento de um projeto de intervenção (BRASIL, 2011), em especial o trabalho relacionado ao gerenciamento de RSS realizado pela Vigilância Sanitária do município de Igarapé-MG pela SRS/BH. Considerou-se também a política de descentralização das ações de vigilância sanitária que favorece a estruturação das VISA municipais.

Para realização das ações propostas, destacamos a necessidade de cumprimento da RDC nº306/2004/ANVISA, que reza sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, assim como de apoio institucional da GRS/SES-MG, da SVS/SES-MG e do COSEMS, especialmente dos Secretários Municipais de Saúde da Microrregião de Betim-MG.

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**9. REFERÊNCIAS**

BIDONE, Francisco Ricardo Andrade. **Resíduos Sólidos Provenientes de Coletas Especiais: eliminação e valorização**. Porto Alegre: PROSAB, 2001. 218p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n.º 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n.º 33, de 25 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 mar. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA n.º. 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária**: caderno do curso. São Paulo, 2011. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde**. Brasília, DF: Editora ANVISA, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei 12.305 de 02, de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 ago. 2010.

CUSSIOL, Noil Amorim de Menezes; ROCHA, Gustavo Henrique Tetzl; LANGE, Liséte Celina. Quantificação dos resíduos potencialmente infectantes presentes nos resíduos sólidos urbanos da regional sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1183-1191, 2006.

FERREIRA, João Alberto. Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, abr./jun. 1995.

GARCIA, Leila Posenato; ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, mai./jun. 2004.

GONÇALVES, Elenice Messias do Nascimento; SANTOS, Cleonice Bezerra dos Maria; BADARÓ, Leide de Sena; FARIA, Valéria Aparecida; RODRIGUES, Evelyn; MENDES, Maria Elizabete; SUMITA, Nairo Massakazu. Modelo de implantação de plano de gerenciamento de resíduos no laboratório clínico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p. 249-255, jun. 2011.

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

GONZALES, Alberto Durán; PETRIS, Airton José. Revisão sobre resíduos de serviço de saúde: proposta de um plano de gerenciamento para farmácia. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v. 8, n.2, p. 1-10, jun. 2007.

IGARAPÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Documentos e relatórios técnicos**, 2011 a 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pnsb2008/defaulttabpdf\\_man\\_res\\_sol.shtml](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pnsb2008/defaulttabpdf_man_res_sol.shtml)>. Acesso em: 22 fev. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1976/2009**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/default\\_pdf.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/default_pdf.shtm)>. Acesso em: 22 fev. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância Sanitária. Diretoria de Vigilância de Serviços de Saúde. **Documentos e relatórios técnicos**, 2004 a 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência Regional de Saúde. Núcleo de Vigilância Sanitária. Setor de Serviços de Saúde. **Documentos e relatórios técnicos**, 2011.

RAMOS, Yoly Souza; PESSOA, Yldry Souza Ramos Queiroz; RAMOS, Yluska de Souza; NETTO, Fernando de Barros Araújo; PESSOA, Carlos Eduardo Queiroz. Vulnerabilidade no manejo dos resíduos de serviços de saúde de João Pessoa (PB, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p. 3553-3560, ago. 2011.

SALES, Carla Cristina de Lima; SPOLTI, Gracieli Pâmela; LOPES, Maria do Socorro Bezerra; LOPES, David Franco. Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde: aspectos do manejo interno no município de Marituba, Pará, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p. 2231-2238, dez. 2009.

SHINZATO, Marjolly Priscilla; HESS, Sônia Corina; BONCZ, Marc Árpád; MACENTE, Douglas Fernando Carlos; SKOWRONSKI, Josué. Análise preliminar de riscos sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde de uma instituição de ensino em Mato Grosso do Sul: estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.122, p. 340-352, 2010.

SILVA, Carlos Ernando da; HOPPE, Alessandro Eduardo. Diagnóstico dos resíduos de serviços de saúde no Interior do Rio Grande do Sul. **Revista Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 146-151, abr./jun. 2005.



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

37

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Consciência ecológica e os resíduos de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, jul. 1993.

ZAMONER, Maristela. Modelo para avaliação de planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para Secretarias Municipais da Saúde e/ou do Meio Ambiente. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p.1945-1952, nov./dez. 2008.

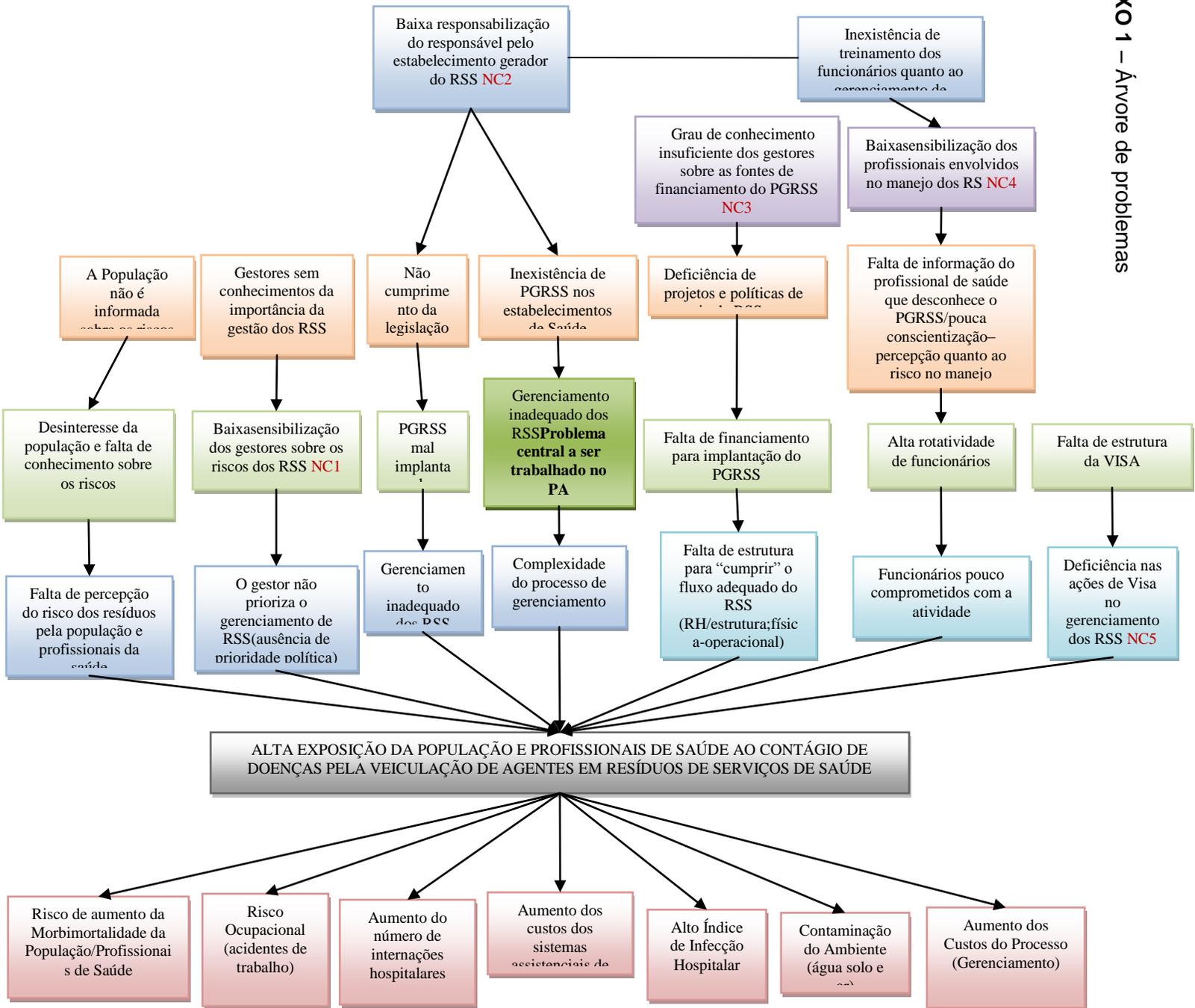


INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA

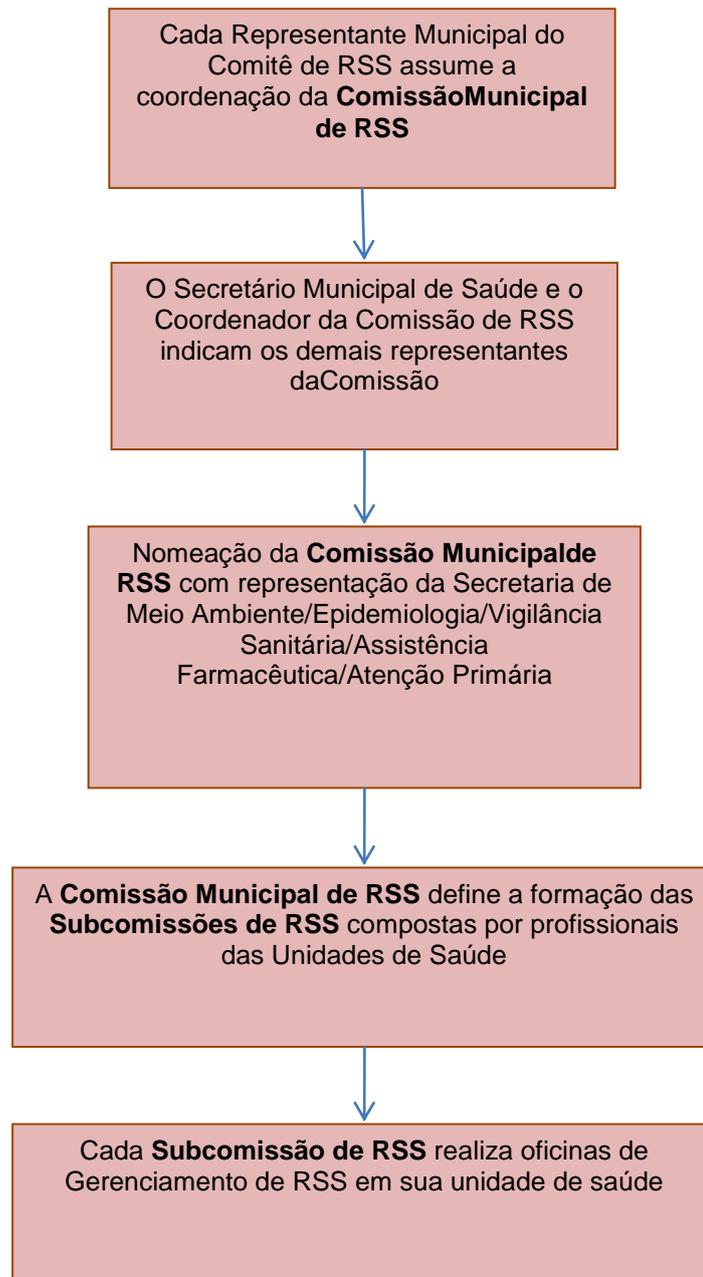


ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANEXO 1 – Árvore de problemas



## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**ANEXO 2** - Fluxograma explicativo da proposta de criação do Comitê Técnico de RSS da Microrregião de Betim, das Comissões Municipais de RSS e das Subcomissões de RSS



## **INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA**

Rua Cel. Nicolau dos Santos, 69  
Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01308-060  
Tel.: 55 11 3155-8800  
[iep@hsl.org.br](mailto:iep@hsl.org.br) - [www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep](http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep)

**ALLEX DE MELO MORAES**

**IARA APARECIDA ROCHA DE BRITO**

**KATIA CHRISTINA LEANDRO**

**MARIANA ADELHEIT VON COLLANI**

**MARISTELLA VIEIRA DOS SANTOS SASSE**

**MAYARA ARRUDA DE OLIVEIRA**

**THAIS MESQUITA DO COUTO ARAUJO**

**WILDENILDO OLIVEIRA DOS SANTOS**

**IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS NO MUNICÍPIO DE JUSSARA-  
GO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Brasília**

**2012**

**ALEX DE MELO MORAES**

**IARA APARECIDA ROCHA DE BRITO**

**KATIA CHRISTINA LEANDRO**

**MARIANA ADELHEIT VON COLLANI**

**MARISTELLA VIEIRA DOS SANTOS SASSE**

**MAYARA ARRUDA DE OLIVEIRA**

**THAIS MESQUITA DO COUTO ARAUJO**

**WILDENILDO OLIVEIRA DOS SANTOS**

**IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS RISCOS NO MUNICÍPIO DE JUSSARA-  
GO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Projeto Aplicativo apresentado ao  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa  
para certificação como especialista em Gestão  
da Vigilância Sanitária.**

**Orientador: Danila Augusta A. Varella Barca**

**Brasília**

**2012**

## SUMÁRIO

1. Introdução	4
1.1 Definição de Análise de Risco	7
1.2 Formação e Capacitação dos profissionais	9
1.3 Territorialidade	11
1.4 Articulação entre os setores da saúde pública	13
1.5 Priorização dos Riscos e Sistemas de Informação em Visa	15
1.6 A escolha do Município	18
2. Objetivos	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3. Proposta de Intervenção	21
4. Gestão do Plano	40
5. Referências bibliográficas	42

## 1. INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária é uma das áreas mais antigas da saúde pública. No Brasil, é definida pelo art. 6º da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II– o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Essa definição inseriu o conceito de risco e harmoniza o papel do estado com sua função reguladora da produção econômica, do mercado e do consumo, ambos em benefício da saúde humana. (DIAS, et al. 2005)

De acordo com Lucchese (2001), não somente nas práticas diárias de trabalho, mas também na vida cotidiana, mesmo sem se ter uma exata consciência disso, diversas decisões são tomadas com base na avaliação/análise do risco. O autor cita em sua pesquisa Molak (1997), que “define análise de risco como um conjunto de conhecimentos (metodologia) que avalia e deriva a probabilidade de acontecer um efeito adverso por um agente (químico, físico, biológico e outros), processos industriais, tecnologia ou processo natural”. No campo sanitário, os efeitos adversos são quase sempre relacionados a algum dano à saúde, a doenças e, até mesmo, à morte, e uma análise de risco auxilia no manejo mais racional da tecnologia e a eliminação das condições que deterioram o ecossistema e o bem-estar da sociedade.

Por seu caráter interdisciplinar, as ações de vigilância sanitária convivem com diferentes abordagens de risco. Entre elas, pode-se mencionar o conceito de risco epidemiológico e o da própria experiência cotidiana (COSTA, 2000). Segundo Tenner, as novas tecnologias fazem com que os problemas das iatrogenias se tornem cada vez mais diversificados e complicados, e o progresso tecnológico impõe vigilância maior para a mesma dose de risco. Em geral, o uso de tecnologias mais avançadas pode produzir resultados melhores, mas exige estritos controles e critérios. (DIAS, et al. 2005)

Segundo Brito (2007), não se pode conviver, num campo como o da vigilância sanitária – com tantos vetores de risco diferenciados e com uma complexidade de

atuação tão visível – com elencos mínimos obrigatórios focados apenas em metas quantitativas de inspeção e ações orientadas pelos mesmos níveis de complexidade da assistência à saúde. Seria perder a grande oportunidade de se fazer um exercício genuíno de planejamento e gestão: novo, peculiar, premente, com espaço para o debate das especificidades locorregionais, mas também das necessidades e vocações regionais e nacionais, para só então promover uma pactuação de ações que seja realmente impactante, tanto nas dimensões social, epidemiológica e sanitária, quanto economicamente.

Na área de organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), as diretrizes preconizadas visam incrementar a capacidade de gestão dos órgãos que o integram nas esferas municipal, estadual e federal, por meio do delineamento das relações entre seus componentes, do estabelecimento das responsabilidades sanitárias respectivas e da adoção de instrumentos e mecanismos que garantam maior eficácia, eficiência e efetividade. Nesse contexto, determinadas diretrizes visam à superação das deficiências de estrutura ainda observadas, como aquelas relativas à organização dos serviços e dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária, ao estabelecimento de suporte jurídico e à gestão do trabalho, em termos qualitativos e quantitativos, assim como à implantação do Sistema Nacional de Informação em Visa, que se articule com os sistemas de informações de base nacional do SUS. (BRASIL, 2007)

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) apresenta cinco eixos de discussão, que buscam contemplar diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do SNVS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Identificamos no Eixo I - Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS, as diretrizes relacionadas como parte fundamental na execução do projeto, onde se destaca a integração com as demais políticas e práticas de saúde, respeito às especificidades locais e suas diversidades, planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária, mediante a análise dos riscos sanitários, da situação de saúde e das necessidades sociais; a importância dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e os necessários ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, levantamento das prioridades locorregionais, com vistas a intervenções, estruturação de estratégias para o gerenciamento do risco sanitário local e promoção da qualificação dos profissionais

que atuam em Vigilância Sanitária; avaliação dos serviços e das ações de Vigilância Sanitária, visando à redução dos riscos e agravos à saúde; definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho e incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório; estruturação e implantação de um Sistema Nacional de Informação, que promova transparência e subsidie o processo de gestão do SNVS, integrado aos sistemas de base nacional do Ministério da Saúde; e desenvolvimento de tecnologias de comunicação, para permitir a troca ágil de informações referentes à comunicação do risco sanitário.

Segundo Lubambo e Coutinho (2004), não existem dúvidas sobre o fato de os municípios estarem assumindo maior autonomia e mais responsabilidades na provisão de bens e serviços (ainda que de forma seletiva e na medida de suas possibilidades). Contudo, como explicar (teórica e empiricamente) a evidência de alguns governos locais estarem se destacando mais que outros? Fragilmente batizado, o debate público se mantém sob forte polarização dos governos locais como um processo positivo para a democracia e a eficiência alocativa do setor público, e de outro, aqueles que sustentam que o desempenho da gestão local estaria, em princípio, obstruído por inúmeras razões que remetem de maneira geral à incapacidade político-institucional dos municípios – fragilidade financeira; reduzida capacidade organizacional; tradição de práticas clientelistas ou ausência de um capital social aprimorado capaz de atuar como participe de uma gestão social.

Considerando o vasto campo de atuação da Vigilância Sanitária, a amplitude e diversidade de riscos e, ainda as dimensões do nosso país em termos de área geográfica, número de estabelecimentos e tamanho populacional, torna-se bastante difícil conhecer, monitorar e controlar todos os riscos a que a saúde pública está exposta. Por esse motivo, parece haver consenso de que as decisões de Vigilância Sanitária devem se pautar pelo gerenciamento do risco sanitário para definição das prioridades. (PIOVESAN, 2002)

Com base no conhecimento empírico dos profissionais de saúde que integram este grupo, abrangendo realidades de município, estados e ANVISA, podemos constatar que o risco sanitário não é contemplado nos planos de ação, em virtude da falta de conhecimento técnico e capacitação dos profissionais. Sendo assim, os planejamentos, quando elaborados, não contemplam as realidades locais e não identificam os riscos sanitários existentes em sua área de abrangência.

Desta forma, o projeto aplicativo justifica-se pela necessidade de nortear as atividades que subsidiarão o planejamento das ações de Vigilância Sanitária de forma integrada, articulada e dotada de instrumentos e análises estratégicas para identificação e priorização dos riscos, fundamental para o desenvolvimento de ações e obtenção de resultados eficazes, que de fato, garantam a proteção da saúde da população.

O processo de construção do projeto aplicativo exige o lançamento de bases teóricas que ainda precisam ser aplicadas ao campo de atuação da VISA, uma vez que ainda é incipiente o referencial teórico específico disponível. Assim, foram estabelecidos cinco eixos: definição e análise de risco; formação e capacitação de profissionais; territorialidade; articulação entre setores de saúde pública; priorização de riscos e sistemas de informação de VISA.

### **1.1 Definição e Análise de Risco**

Atualmente, o trabalho realizado em vigilância sanitária ainda está intimamente relacionado à demanda, e não há um planejamento voltado para realização de práticas preventivas ou que possibilitem a identificação de temas de relevância e interesse à saúde. O planejamento em vigilância sanitária deve sair do “planejar ações no papel” e ampliar os horizontes para gestão estratégica de avaliação de riscos, com recursos orçamentários definidos, plano de execução, indicadores e apresentação de resultados.

Desta forma, a noção de risco estaria relacionada a uma expressão quantitativa, que pode ser expressa através do resultado entre a probabilidade de eventos ou falhas relacionadas com a magnitude das conseqüências do evento. Os métodos de análise de riscos possuem um caráter preditivo, no sentido de que buscam avaliar os riscos de ocorrência de eventos indesejáveis antes que esses ocorram. Dentro de uma visão sistêmica, a investigação multiprofissional e interdisciplinar é exigida, favorecendo a capacidade de se pensar integradamente aspectos quantitativos e qualitativos. Qualquer propostas de avanço, ao não considerar esses aspectos, poderá cair na armadilha de representar mais uma sofisticada perspectiva de legitimação dos interesses vigentes, da exclusão social e do ocultamento dos inevitáveis limites e incertezas que caracterizam as análises de situações e eventos de risco. (DINIZ, 2001)

Segundo Guilherme (2005), análise de risco é um processo usado para controlar situações onde populações ou sistemas ecológicos poderiam estar expostos a um perigo. Normalmente se divide em três etapas: (i) avaliação de risco, (ii) gerência de risco e (iii) comunicação do risco.

(i) Avaliação de risco – definida como a identificação de efeitos adversos potenciais a humanos ou a ecossistemas que resultam da exposição a perigos (substâncias ou agentes tóxicos). O risco envolvido (dano, infecção, déficits funcionais ou morte) pode ser expresso em condições quantitativas ou qualitativas. O processo de avaliação de risco para a saúde humana frequentemente se divide em: 1- Identificação de perigo: determinação se um a substância ou agente afeta adversamente a saúde humana; 2- Avaliação de dose-resposta: determinação da relação entre o nível de exposição e a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos; 3- Avaliação da exposição: determinação da extensão de exposição; 4- Caracteriza o risco: descrição da natureza e, frequentemente, da magnitude do risco, incluindo as incertezas acompanhantes. O fato de poder acontecer simultaneamente a exposição a muitos perigos potenciais e em magnitude variada faz com que o processo de avaliação de risco seja complexo. A avaliação de risco pode ser usada no desenvolvimento de ações regulatórias para proteger o público da exposição a substâncias ou agentes tóxicos.

(ii) Gerência de risco – processo de tomada de decisão que envolve a consideração de fatores políticos, sociais, econômicos e técnicos, bem como informação relevante proveniente da avaliação de risco pertinente a um perigo, no intuito de desenvolver, analisar e comparar opções regulatórias e não regulatórias e ainda selecionar e implementar as melhores decisões e ações para assegurar a segurança contra aquele perigo. Essencialmente, a gerência de risco é a combinação de três passos: 1- Avaliação do risco-benefício, 2- Controle de emissão e exposição e 3- Monitoramento do risco.

(iii) Comunicação do risco – troca interativa de informação sobre riscos entre avaliadores de risco, gerentes, imprensa, grupos interessados e o público em geral.

Todo o processo de identificação análise, quantificação e comunicação denomina-se gestão do risco. Nesse contexto, três ações são relevantes: a) adotar medidas administrativas de redução do risco; b) comunicar aos profissionais de saúde e à população a existência do risco, as medidas adotadas e as recomendações; c) estabelecer estratégias específicas de prevenção. (DIAS, et al. 2005)

O objetivo do enfoque de risco seria então, “mensurar os riscos para a saúde da população e identificar os fatores de risco a eles associados, possibilitando assim que se organize a atenção de acordo com necessidades melhor definidas, e orientada para a prevenção de agravos e promoção à saúde, especialmente dirigida aos grupos e indivíduos que mais necessitam dos recursos disponíveis”. (DINIZ, 2001)

## **1.2 Formação e Capacitação dos Profissionais**

As mudanças no mundo do trabalho vêm colocando, aos profissionais de saúde, necessidades de desenvolvimento de competências que vão além de diagnosticar, prevenir, planificar, interferir, propor soluções, regular, gerir, negociar e avaliar em saúde. São exigidas, também, habilidades de negociação, de trabalhar cooperativamente, de compartilhar decisões. Particularmente na formação em saúde, essas exigências implicam a articulação de vários saberes: no conhecimento científico, no conhecimento técnico, na formação profissional e nas qualidades tácitas, nas experiências de trabalho e na vida social; no fomento ao estabelecimento de múltiplas relações entre pares - pessoal de serviço e da comunidade - que estimule os processos de colaboração e de troca, bem como, no desenvolvimento de processos significativos que integrem, além do saber fazer, a revisão dos modos de pensar (Tavares, 1998; Offe, 1991)

A organização dos serviços municipais de vigilância sanitária é muito diversa nos municípios brasileiros. As equipes têm constituição diferenciada em relação ao nível de escolaridade do profissional (nível médio e superior) e em relação ao tipo de graduação. O Censo Nacional dos Trabalhadores de vigilância sanitária de 2004 mostrou que 80,4% dos municípios tinham trabalhadores de vigilância sanitária, sendo que em 23,7% havia apenas um trabalhador e, do total, apenas 32,5% tinham nível superior de escolaridade. Em relação ao tipo de graduação, 18% eram veterinários, 13% administradores, 12% farmacêuticos, 8% enfermeiros, 6% odontólogos e 5% médicos. Com base na pesquisa, foram considerados desafios para recursos humanos em vigilância sanitária: formar os trabalhadores com escolaridade de ensino médio; ajustar o quadro de trabalhadores às necessidades e atribuições dos serviços; formular e implantar programa de educação permanente; e criar mecanismos de fixação e de valorização dos trabalhadores (REIS et al. 2005).

Segundo O'Dwyer (2007), o treinamento de profissionais deve ser dialógico, crítico e reflexivo. Da mesma forma, deve ocorrer a comunicação entre profissionais e população. O diálogo crítico pode levar à emancipação dos sujeitos e assegurar saúde com qualidade de vida. Heidemann (2006) descreve que a incorporação das ações de promoção permanece ainda distante da prática concreta dos profissionais de saúde, porque é difícil incorporá-las no seu processo de trabalho, especialmente quando ainda prevalece um modelo de atenção à saúde que tem como base de sustentação o modelo biomédico.

Conceitualmente, a Vigilância Sanitária é um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam à produção social de saúde, com base em serviços, ações integrais e práticas essenciais para a defesa e promoção da vida em seu ambiente. As ações de vigilância são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, pretensamente democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (O'DWYER, 2007)

Ou seja, as ações de vigilância sanitária inserem-se no âmbito das relações sociais de produção e consumo, onde se origina a maior parte dos problemas de saúde sobre os quais é preciso interferir (COSTA & ROZENFELD, 2000).

De outro lado, na interação da vigilância sanitária com a sociedade, deve-se, também, considerar a sua participação na definição dos riscos com os quais se aceita conviver, reduzindo-se o caráter eminente e pretensamente técnico da atual forma de decisão regulatória de que os segmentos de caráter popular não participam nem influem. (O'DWYER, 2007)

Os pressupostos teórico-conceituais que têm norteado os programas de formação de gestores locais, no que diz respeito à capacitação para a realização de diagnósticos de saúde, definição de necessidades e prioridades, planejamento e implementação de políticas e processos de organização e gestão das ações de saúde se apóiam essencialmente em áreas e sub-áreas que compõem a saúde coletiva: epidemiologia, políticas de saúde, planejamento, administração e gestão, programação, informação em saúde, entre outras. Propostas recentes de formação procuram articular de forma inovadora conceitos e práticas de modo a resultar em novas formas de abordar

problemas e necessidades de saúde e implementação de propostas de intervenção (HADDAD et al., 1994; PINEAULT & DAVELUY, 1995; RIVERA, 1996; KON, 1997).

Dada a reduzida disponibilidade de tempo que a maioria dos gestores locais dispõem para um investimento na sua formação, inovações têm ocorrido também nas proposições de formas de aprendizagem alternativas, viáveis e de bom nível, capazes de produzir profissionais com adequada fundamentação conceitual, capacidade crítica e aptidão para a resolução de problemas, sem implicar modelos de longa duração já tradicionais na academia. (TANAKA, et al. 1999)

### **1.3 Territorialidade**

Segundo Piovesan (2005), comunicação e educação em saúde são fundamentais para as ações de Vigilância Sanitária. Entretanto, ambas não excluem o dever de aplicar sanções adequadas e necessárias, porque a população ainda conta, principalmente, com a intervenção do Estado para a sua proteção, devido à realidade de boa parte dos municípios brasileiros – cujas relações sociais, econômicas e políticas envolvem práticas clientelistas e patrimonialistas, pouca participação social nos processos decisórios, baixa escolaridade, pouca informação, restrita capacidade de escolha e incipiente responsabilidade pública dos que produzem, comercializam e prestam serviços.

Em decorrência da omissão do poder-dever da Vigilância de preservar o interesse público por meio do controle sanitário, este acaba sendo efetuado pelo Ministério Público. O território é também, e fundamentalmente, um espaço de poder. Daí sua importância estratégica para as políticas públicas no enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente. Esta desarticulação da Vigilância Sanitária com o seu entorno, suscita Paulo Freire, quando pergunta “A política que nós fazemos está a favor de quem?” Por desconhecer a realidade local e por não se reconhecer como ator institucional, social e político importante para a proteção e promoção do interesse público, foi possível constatar que a Vigilância Sanitária acaba por reforçar a exclusão social existente. Isto porque ela atua, em sua maioria, sobre o território do que é oficial ou legalizado. (PIOVESAN, 2005)

Segundo Diniz (2001), em todas as sociedades há comunidades, famílias e indivíduos com maior probabilidade de adoecer do que outros. Estes são considerados mais

vulneráveis susceptíveis, por motivos que realmente podem ser identificados, ao menos parcialmente. Estas vulnerabilidades/susceptibilidades em geral resultam de um conjunto de interações, que podem ser biológicas, genéticas, ambientais, culturais, psicossociais, dentre outras. Neste contexto, gestantes, crianças, idosos e trabalhadores sem qualificação profissional são particularmente vulneráveis a uma série de agravos à saúde, enquanto adultos jovens e ricos são menos vulneráveis. Sendo assim, podemos entender que os riscos, as previsões e os possíveis efeitos adversos constituem os instrumentos do enfoque de risco.

As análises técnicas de riscos ao ignorarem ou subestimarem a dimensão social do processo saúde doença, acabam por deixar de lado uma questão fundamental, ou seja, as condições de risco não podem ser analisadas somente enquanto entidades físicas - sistemas tecnológicos nos processos de produção ou substâncias perigosas enquanto matéria prima e produto - que existem independentemente dos seres humanos que os analisam e vivenciam, sendo simultaneamente constituídos por processos sociais que interagem continuamente. Essa interação, que é por vezes bastante sutil e complexa, é frequentemente assumida pelas ações das instituições públicas como inexistente. Considerar o produto, a matéria prima, o processo produtivo, os agentes físicos, químicos, os fatores culturais, educacionais e outras CONDIÇÕES DE RISCO, como resultantes de processos sociais, nos conduz à formulação de uma nova visão de gerenciamento de riscos, onde são considerados também aqueles que percebem e vivenciam as mesmas condições de risco.(DINIZ, 2001)

Se aceitarmos o conceito de risco como pano de fundo para a construção, através da visualização espacial do território de abrangência, de um instrumento de ação para as equipes de Vigilância Sanitária, o mesmo deverá considerar informações da área: municípios; extensão territorial urbano/rural (km); bacia hidrográfica; acidentes geográficos (barreiras naturais); acessibilidade; clima; outras características locais; dados demográficos (distribuição da população por sexo e idade); População Economicamente Ativa; dados epidemiológicos; taxas de natalidade; morbidade geral; mortalidade geral e outras informações importantes. E ainda, informações para a construção e visualização do instrumento: delimitar áreas de densidade; mapa de uso e ocupação do solo; mapeamento de problemas; situação de saneamento básico; atividades econômicas principais. (DINIZ, 2001)

É importante considerarmos os fatores sociais, políticos e econômicos envolvidos, delimitar a área de abrangência da vigilância sanitária e quais os fatores de risco que determinada população está exposta, para depois estabelecer propostas de enfrentamento das possíveis situações de risco.

#### **1.4 Articulação entre os setores da saúde pública**

A partir dos anos 80, visando superar a fragmentação e o controle do risco existente na área da saúde, foi ganhando espaço o conceito de vigilância à saúde, que busca uma prática voltada para a prevenção e promoção, incorporando subsetores como a vigilância sanitária e epidemiológica, que foram historicamente separadas. (BETINI & SHUQAIR, 2009)

Segundo Costa (1999), no âmbito federal o termo “vigilância da saúde” aparece pela primeira vez em discurso no ano de 1992, referindo-se “a drogas, medicamentos e alimentos”, campos da vigilância sanitária.

O movimento de integração das subáreas da saúde iniciou-se no começo dos anos 90, quando as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde começaram a unificar administrativamente as vigilâncias epidemiológica, sanitária, de saúde ambiental, saúde ocupacional e laboratórios de saúde pública. Em 2003, o Ministério da Saúde passa por uma reestruturação criando a Secretaria de Vigilância em Saúde — SVS que além de “integrar a vigilância epidemiológica, os programas especiais de controle de doenças transmissíveis e a saúde ambiental, buscou uma articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)”.(PAIM, 2003)

O gerenciamento do risco implica na integração dos diversos setores da saúde como a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, saúde do trabalhador, entre outras. Enquanto a avaliação do risco é de natureza científica, o gerenciamento do risco tem caráter político-administrativo (LUCHESE, 2001), é um “processo que abrange a identificação de pontos críticos de controle, a avaliação de riscos, e a adoção de medidas de controle que objetivam sua prevenção tanto em caráter individual quanto coletivo”. (BRASIL, 2007)

Esta nova realidade torna o controle sanitário de produtos de consumo humano, tecnologias médicas e de riscos ambientais, uma das áreas mais amplas e complexas da saúde pública, abrangendo questões técnicas de espectro multidisciplinar. Portanto, deve ser entendido como um processo desenvolvido por um conjunto de atividades ou funções implementadas de forma coordenada e com o objetivo comum de oferecer boa qualidade de vida à população. (WAIDMAN & FREITAS, 200-)

Essa preocupação de identificação de pontos de articulação das práticas da vigilância sanitária com as da vigilância epidemiológica reflete as transformações no campo da saúde pública que viu, nas últimas décadas, fortalecido o seu caráter multidisciplinar. Tais transformações foram expressivas em nosso país, decorrentes, principalmente, das modificações nos padrões de morbi-mortalidade que, de certa forma, acompanham as mudanças na nossa estrutura demográfica (Mello Jorge e Cols, 2001), fazendo parte de um processo mais amplo de mudanças nas condições de vida do homem em praticamente todos os continentes. Entre os fatores frequentemente apontados como relacionados a esse processo, temos a industrialização e os modelos de desenvolvimento econômico com repercussões nas seguintes questões: urbanização, declínio da fecundidade, envelhecimento das populações, alterações do ambiente, mudanças no estilo de vida e disseminação e intensificação do uso de novas tecnologias (BOBADILLA et al., 1993).

Para a implementação do controle sanitário entendido no sentido, amplitude e com os objetivos apresentados, é indispensável a utilização, de forma articulada, de algumas das funções essenciais de saúde pública (Muñoz e Cols, 2000), merecendo destaque a regulação, a fiscalização sanitária, a vigilância epidemiológica e a pesquisa (WALDMAN, 1991).

Segundo Moraes (2006), ainda que o método epidemiológico seja uma ferramenta muito útil para a determinação, monitoramento e avaliação das necessidades em saúde, ele não é a única existente; nem mesmo consegue, por si só, medir os impactos sobre as melhorias das condições de vida e, conseqüentemente, em saúde. Essa afirmativa decorre pelo menos de dois fatos: o primeiro configurado em outros fatores que incidem sobre o que chamamos de necessidades em saúde; o segundo, sustenta-se na existência de estudos que localizam a epidemiologia como uma vertente da avaliação (em saúde) e que, em geral, não dá conta de explicar outros processos, sócio-culturais, que ajudam a definir o processo que se materializa em

impactos das intervenções (THURSTON, 2003; FURTADO, 2000; NOVAES, 2000; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Para concluir, pensar em integralidade como forma de organizar a demanda implica em refletir sobre modificações na forma de se produzir saúde, quer na relação com os usuários, quer na composição e no gerenciamento das equipes. Uma forma de começar a mudança pode residir em mudar para um modelo de gestão mais participativo, que preveja momentos instituídos de escuta entre os envolvidos no processo de produção (MORAES, 2006).

Diante da realidade da sociedade contemporânea, do reconhecimento do risco inerente à ação humana e do papel das instituições neste controle, o grande desafio colocado para o campo da vigilância sanitária é uma reflexão e prática mais integradora no controle do risco, conforme proposto no conceito de Vigilância à Saúde. (BETINI & SHUQAIR, 2009)

### **1.5 Priorização dos Riscos e Sistemas de Informação em Visa**

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do SUS, estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle social.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a

quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. (RIPSA, 2008)

Para atender às especificidades da vigilância sanitária é preciso ter clareza do objeto e das intervenções sobre este. São estes os pressupostos básicos para identificar e/ou formular indicadores/informações que devem ser produzidos para alimentar esse processo de trabalho. A presença de sistemas de informação voltados para a vigilância sanitária é ainda pequena, com certeza, por ser esta uma ação com baixo envolvimento no processo de faturamento por prestação de serviços. Há que se reconhecer que os sistemas de informação mais consolidados têm relação direta com sua capacidade de captação de recursos financeiros. (FERREIR, 2001)

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). (RIPSA, 2008)

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população. (RIPSA, 2008)

Fica bastante evidente, particularmente, quando apresentamos os Sistemas de Informação de Abrangência Nacional, que as atividades de Vigilância Sanitária não têm merecido destaque nessa cena. As experiências referentes a sistemas de informação de âmbito municipal mostram-se bastante circunscritas às informações voltadas para a eficiência e eficácia das ações desenvolvidas, isto é, a produtividade

dos agentes, a cobertura (% de estabelecimentos cobertos) e a concentração (nº. de vistorias por estabelecimento) das atividades. (FERREIR, 2001)

Considera-se que a Vigilância Sanitária enquanto área do conhecimento que trabalha com a promoção e a proteção da saúde, principalmente no que se relaciona à gestão de riscos, tem a informação como seu maior insumo. Entretanto, a complexidade inerente ao processo de construção de sistemas de informação exige clareza na definição de objetivos e estabilidade dos mesmos, que não são alcançados com frequência na área da saúde. O volume de informações produzidas, assim como o conhecimento gerado no processo de regulação e a necessidade de processos de trabalho ágeis e transparentes, fazem dos sistemas de informação ferramentas essenciais para a prática moderna de Vigilância Sanitária. (GAMARSKI & MOTA, 2010)

As especificidades das ações de vigilância sanitária, que têm como alvo mais os riscos do que os danos consequentes numa determinada situação de saúde, torna menos linear a identificação de informações que possam refletir o impacto das ações desenvolvidas. Não é tarefa fácil correlacionar, com a devida validação “científica”, a atuação da vigilância sanitária e as transformações positivas da situação de saúde. Assim, o esforço de trabalhar e produzir informações diretamente relacionadas às ações de vigilância sanitária deve intentar produzir conhecimentos ampliados sobre a situação de saúde das populações. (FERREIR, 2001)

Persiste o desafio de melhor aproveitar essas informações na gestão do SUS. A expansão da produção e do acesso aos dados não se faz acompanhar pelo desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, enquanto faltam análises orientadas para subsidiar decisões de política. Há indiscutível necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados. (RIPSA, 2008)

Por fim, faltava definir o *locus* de aplicação desse projeto, a fim de atribuir o aspecto concreto ao plano ora desenvolvido. O primeiro passo foi definir a esfera municipal como alvo, uma vez que é nela que se desenvolvem os problemas sanitários, além da necessidade de guardar consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, que priorizam a descentralização das ações e

o empoderamento da saúde mais próxima do cidadão/usuário do sistema. Dentre os municípios representados no Grupo, foi eleito o município de Jussara, no Estado de Goiás, por apresentar maior potencial de viabilidade para execução do Projeto.

### **1.6 A escolha do Município**

O Município de Jussara está localizado a noroeste do Estado de Goiás e é constituído de quatro distritos: Jussara, Canadá, Juscelândia e São Sebastião do Rio Claro. O município de Jussara surgiu em 1945, e tornou-se município em 14 de novembro de 1958. Possui uma área de 4.092,456 Km<sup>2</sup> e população estimada em 2010, de 22.596 habitantes. (IBGE, 2010)

A Vigilância Sanitária de Jussara possui apenas três funcionários: um coordenador de nível superior formado em zootecnia e pós-graduado em vigilância e controle de qualidade de alimentos (nomeado) e dois fiscais de nível médio (efetivos). Os profissionais não possuem plano de capacitação. Possui sala exclusiva para o trabalho, mas não possui transporte próprio para as fiscalizações, utiliza o veículo da saúde da família quando este não está sendo utilizado. Isso inviabiliza algumas ações, como por exemplo, o controle da qualidade da água para consumo, pois a água coletada pelos fiscais não pode ser entregue para análise no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen).

A Vigilância Sanitária não possui código sanitário municipal. As fiscalizações se baseiam na legislação federal e algumas vezes no código de postura municipal, e são muito abrangentes, desde criadouros domésticos a hospitais. Não possui cadastro de estabelecimentos, nem sistema de cadastro (SINAVISA). Possui problemas no sistema de comunicação, sendo que os alertas sanitários chegam sempre com atraso, e muitas vezes as ações sanitárias não são mais possíveis de serem executadas.

Atualmente, o município sofre com mudanças políticas, onde o prefeito e o secretário de saúde foram exonerados, e os profissionais que assumiram esses cargos não possuem ensino médio.

De acordo com a Programação das Ações de VISA 2011/2012 para o município de Jussara-GO, as principais ações a serem trabalhadas nesse período relacionadas ao Eixo I são:

- Elaboração, aprovação e publicação da lei instituidora do Código Sanitário Municipal;
- Cadastro de 100% dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;
- Elaboração e implantação de normas para padronização de procedimentos administrativos, como dossiê das unidades do setor regulado, vinculação de cadastros municipais, e recepção, arquivamento e guarda de documentos administrativos e fiscais;
- Elaboração e implantação de normas para padronização de procedimentos fiscais, como coleta de amostras de água para análise bacteriológica; coleta de amostras de água para análise de turbidez; coleta de amostras de água para análise de cloro; fiscalização de Aplicadora de Produtos Saneantes Domissanitários - Inseticidas/ Raticidas (empresas que realizam sanitização); fiscalização de Distribuidora sem Fracionamento de Cosméticos, Perfumes e Produtos de Higiene; fiscalização de Exercício ilegal da profissão; atendimento/investigação de denúncias; fiscalização de Indústrias Beneficiadoras de Alimentos (máquinas que beneficiam arroz, etc.); fiscalização de Lavanderias; fiscalização de Indústrias processadoras de gelados comestíveis (sorvetes); monitoramento de alimentos; fiscalização de Sistema de Drenagem Urbana; fiscalização de Sistema Público e Privado de Abastecimento de Água para Consumo Humano; fiscalização de Sistema de Coleta, disposição e Tratamento de Esgoto; fiscalização de Sistema de Coleta, Disposição e Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos; investigação e controle sanitário de surto de Doenças Transmitidas por Alimentos; e serviço de atendimento às denúncias ou reclamações (meios de recepção, registro, inspeção, notificação e retorno).
- Elaboração e implantação de normas para padronização do preenchimento dos documentos fiscais: Termo de Intimação, Termo de Notificação, Termo de Apreensão, Termo de Coleta, Auto de Infração e Auto de Imposição de Penalidade.
- Capacitações de servidores para execução de atividades, como Gestão dos Sistemas de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental; Fiscalização de Aplicadora de Produtos Saneantes Domissanitários - Inseticidas/ Raticidas (empresas que realizam sanitização); Fiscalização de Exercício ilegal da profissão; Atendimento/investigação de denúncias; Fiscalização de Indústrias Beneficiadoras de Alimentos (máquinas que beneficiam arroz, etc.); Fiscalização de Lavanderias; Fiscalização de Indústrias processadoras de gelados comestíveis (sorvetes); Monitoramento de alimentos; Fiscalização de Sistema de Coleta, disposição e

Tratamento de Esgoto; Fiscalização de Sistema de Coleta, Disposição e Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos; Investigação e controle sanitário de surto de Doenças Transmitidas por Alimentos.

Entre outras ações, as atividades educativas da visa, estão vinculadas às ações de combate à dengue e ao caramujo africano.

Para ações relacionadas ao Eixo II: Ações Estratégicas para o Gerenciamento do Risco Sanitário observa-se a coleta de amostras de especiarias, café, água, monitoramentos para o Programa VIGIAGUA, informações ambientais (FORMSUS/DATAS/MS – VIGIAR e VIGISOLO/DATASUS/MS), elaboração de relatórios e comunicações de investigações que envolvam algum tipo de risco sanitário, além de inspeções em estabelecimentos previstos no plano.

Avaliando a programação das ações de Visa do município de Jussara-GO, destaca-se que muitos processos de consolidação de procedimentos e rotinas de trabalho ainda encontram-se em construção. Outro fator importante é a necessidade de profissionais em número suficiente para desempenhar as ações de visa e capacitados no desempenho da função.

Desta forma, a escolha do município deveu-se à possibilidade de desenvolver um projeto piloto, numa cidade com características semelhantes a muitos municípios brasileiros, com população rural e urbana e ainda com problemas de saúde que vão desde ao saneamento básico, até riscos relacionados ao consumo de alimentos, uso racional de medicamentos e assistência básica. Além disso, foi considerado um projeto inovador, de baixo custo e de grande impacto no controle do risco sanitário e melhoria da saúde da população. Contudo, este projeto pode ser adequado, posteriormente, para aplicação em municípios de maior população.

## **2 Objetivos: Geral e Específicos**

### **2.1 Objetivo Geral**

Viabilizar ações para que a identificação e priorização dos riscos sejam consideradas no planejamento da vigilância sanitária do município de Jussara-GO.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Capacitar os profissionais de vigilância sanitária do município de Jussara sobre o conceito de risco sanitário e as ferramentas para sua identificação e priorização;
- Conhecer a realidade local do município de Jussara para identificação dos riscos sanitários;
- Articular entre os setores essenciais de saúde pública a proposta para identificação e priorização dos riscos sanitários no município de Jussara; e
- Construir indicadores e sistematizar dados para priorização dos riscos sanitários e, conseqüente execução do Plano de Ação de Visa elaborado.

## **3. Proposta de Intervenção**

A proposta de intervenção para o problema “A identificação e priorização dos riscos não são considerados no planejamento das ações de vigilância sanitária” seguiu a metodologia definida pela coordenação do curso de especialização, que por sua vez foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional - PES, desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus.

A partir do problema identificado, seguiu-se o passo de descrição desse problema, ou seja, sua caracterização e delimitação de fronteiras, o que é feito por meio de descritores, que são indicadores qualitativos e quantitativos que caracterizam o problema na situação inicial. O conjunto de indicadores torna a explicação do problema única, clara e objetiva a todos os atores envolvidos, sendo suficiente para reduzir as ambigüidades e evidenciar o que de fato o problema enuncia, e não suas causas ou conseqüências.

Foram propostos quatro descritores para descrição do problema, que, conjuntamente, formam o Vetor de Descrição do Problema (VDP). São eles:

Descritor 1 (D1): Profissionais de VISA desconhecem o conceito de risco e as ferramentas para identificação e priorização de risco.

Descritor 2 (D2): O desconhecimento da realidade local dificulta a identificação dos riscos

Descritor 3 (D3): Fragilidade na articulação entre os setores essenciais de saúde pública dificulta a identificação dos riscos.

Descritor 4 (D4): A ausência de indicadores e dados sistematizados dificulta a priorização dos riscos.

Os atores sociais que têm relação com o problema analisado são definidos por Matus (1996) como um grupo de pessoas ou até uma única personalidade que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para configurar-se como ator social, deve ter um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; ter capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar a frente um projeto de mudança, e deve ter algum grau de organização. Os atores sociais foram identificados e avaliados quanto à sua motivação para a solução do problema, por meio da mensuração de seus interesses e valores.

O valor (categorizado como alto, médio ou baixo) diz respeito à importância que o ator dá ao problema. O interesse diz respeito à relevância de superação ou reforço. Quando o ator pode mudar a realidade superando o problema ou reforçando aspectos positivos recebe sinal "+", se mantém a realidade rechaçando mudanças recebe sinal "-" e se é indiferente e não se preocupa com o assunto recebe sinal neutro "0". As notas são atribuídas aos atores visando identificar os diferentes graus de relevância que o problema tem para os mesmos.

A identificação e avaliação da motivação dos atores se fazem importantes, tendo em vista que a percepção da realidade difere entre os atores, bem como dos problemas a serem enfrentados e das possíveis soluções.

Os atores identificados e seus respectivos valores, interesses e notas encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Atores sociais que tem relação com o problema analisado, e respectivos valores, interesses e notas atribuídos.

<b>Ator</b>	<b>Valor</b>	<b>Interesse</b>	<b>Nota (0 a 10)</b>
Secretário Municipal de Saúde	Baixo	0	5
Secretario Estadual de Saúde	Baixo	0	4
Gestores de Visa	Alto	+	8
Equipe de profissionais de saúde pública (Agente comunitário de saúde; profissionais de visa; agentes de endemias)	Alto	+	9
Conselheiros Municipais de saúde	Médio	+	7
Gestores de vigilância em Saúde (exceto Visa)	Médio	+	7
Gestores da UBS e Equipes de saúde da família e unidades hospitalares	Médio	0	5

A propositura de um plano de intervenção em uma realidade exige conhecimento da situação a ser modificada, que pode ser proveniente de estudos existentes e também da visão que os atores sociais dela possuem. Para a análise situacional, uma das ferramentas úteis é a Árvore de Problemas, que define as manifestações que melhor descrevem o problema, através dos descritores; das causas que determinam o problema; das consequências do problema; e da cadeia lógica multicausal entre os descritores, causas e consequências. As causas, por sua vez, podem ser identificadas segundo sua natureza (regras, acumulação e fluxos) e segundo o grau de controle do ator sobre as causas (dentro da governabilidade - DG, fora da governabilidade - FG e fora do jogo - FJ). Para cada descritor estabelecido, foram definidas as causas e consequências.

A partir da cadeia lógica multicausal entre os descritores, causas e consequências evidenciada na Árvore de Problemas, é possível identificar e selecionar as “causas chaves”, que são aquelas sobre as quais o ator social deve atuar e que serão alvo da proposta de intervenção. Uma forma de identificar as “causas chaves” é determinar as causas que apresentam maior número de relações com outras e que, sofrendo uma intervenção, podem provocar mudanças positivas nas causas com as quais estão relacionadas. Também, devem ter natureza de acumulação ou fluxo, passíveis de intervenção, e ainda estarem dentro de certo grau de governabilidade do ator social.

Para que a “causa chave” seja selecionada como nó crítico, se faz necessário que a intervenção sobre essa causa tenha impacto decisivo sobre o descritor do problema no sentido de modificá-lo positivamente, que a causa seja um evento prático de ação, ou seja, que há possibilidade de intervenção, e que seja politicamente oportuno atuar sobre essa causa.

Os descritores, as causas segundo a natureza e grau de controle do ator, as conseqüências estão representadas nas figuras 01, 02, 03 e 04, bem como as causas chaves, que estão destacadas por círculos vermelhos.

Figura 01

D1: Profissionais de VISA desconhecem o conceito de risco e as ferramentas para identificação e priorização de risco.

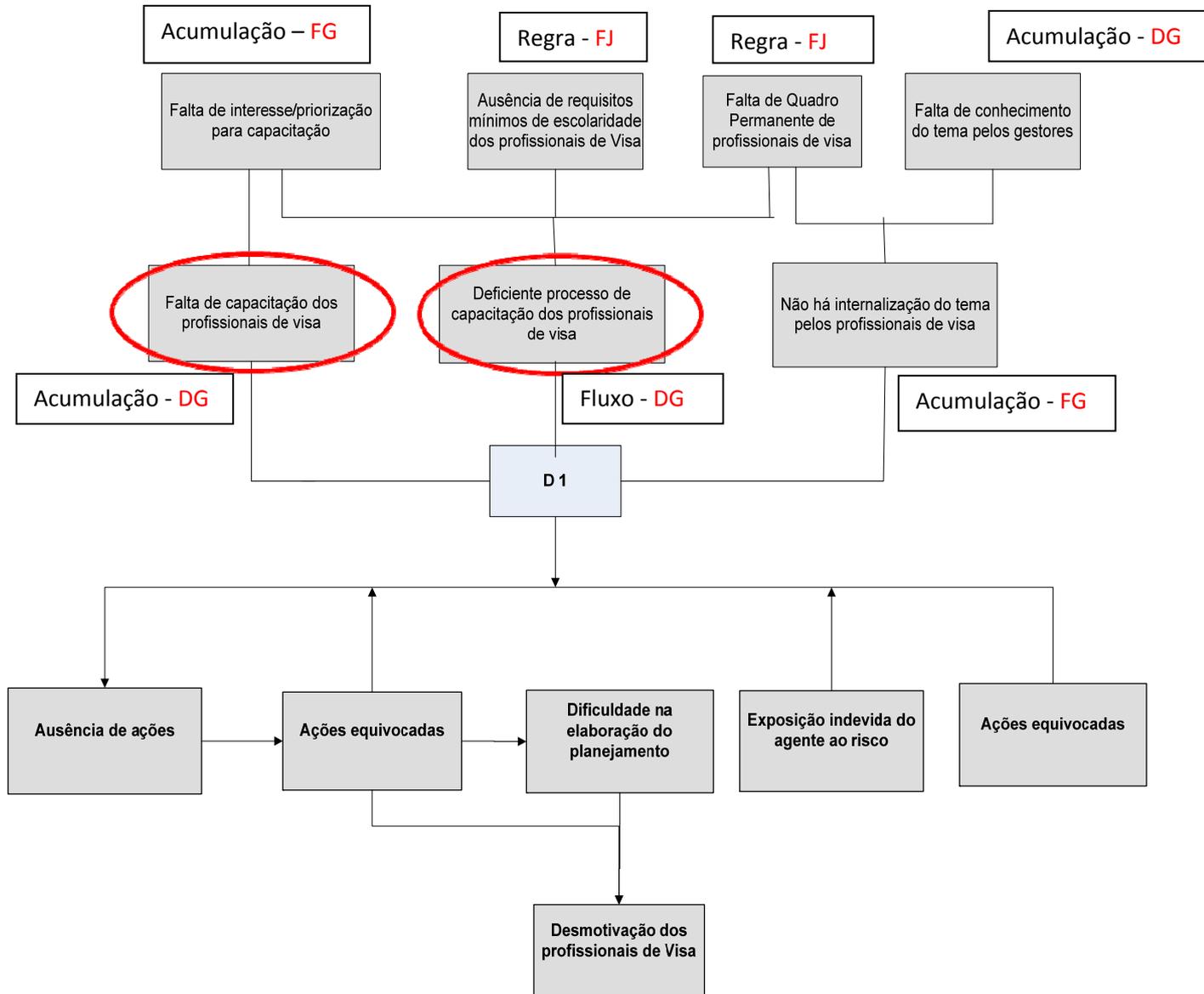


Figura 02

D2: O desconhecimento da realidade local dificulta a identificação dos riscos.

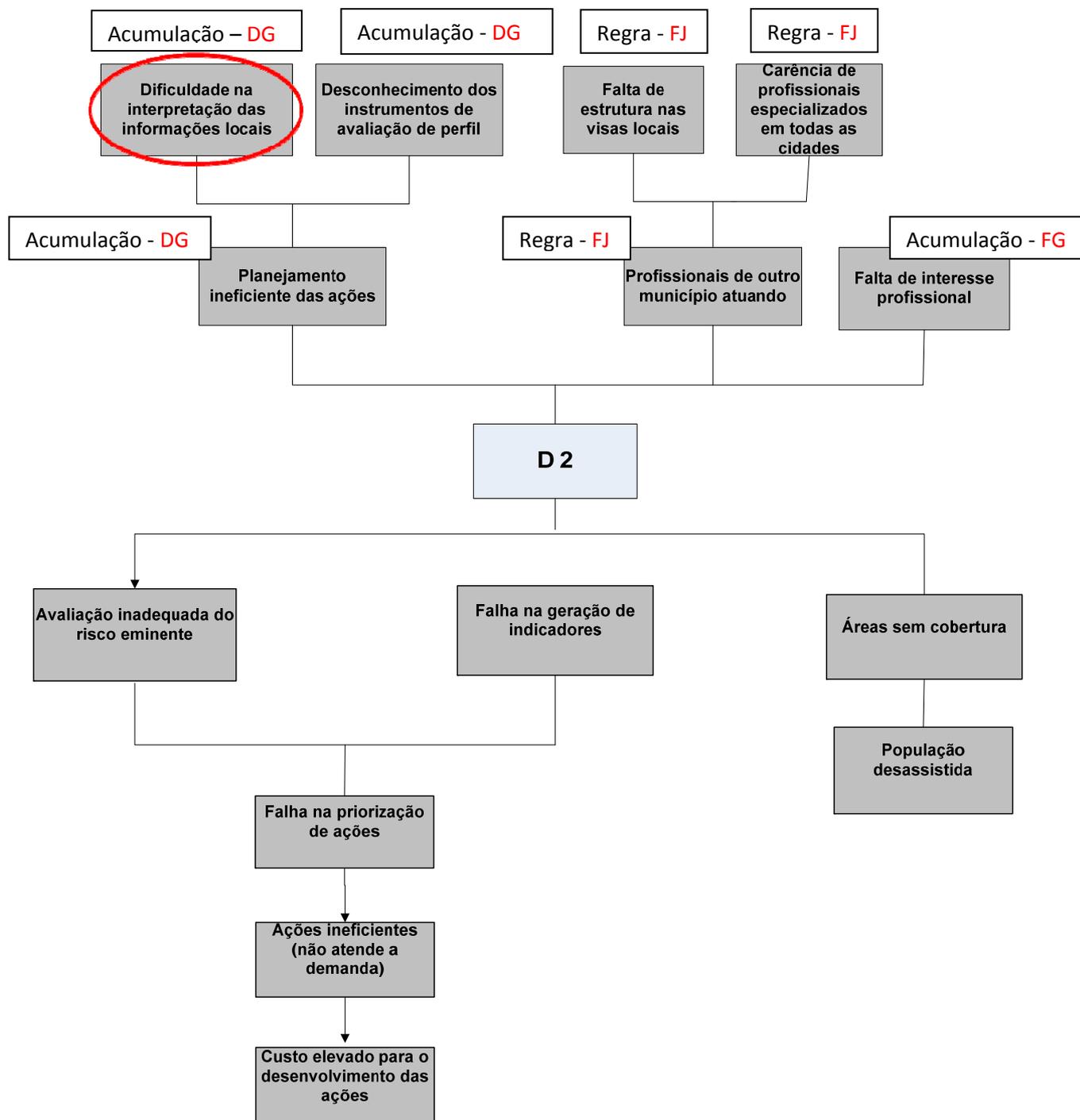


Figura 03

D3: Fragilidade na articulação entre os setores essenciais de saúde pública dificulta a identificação dos riscos.

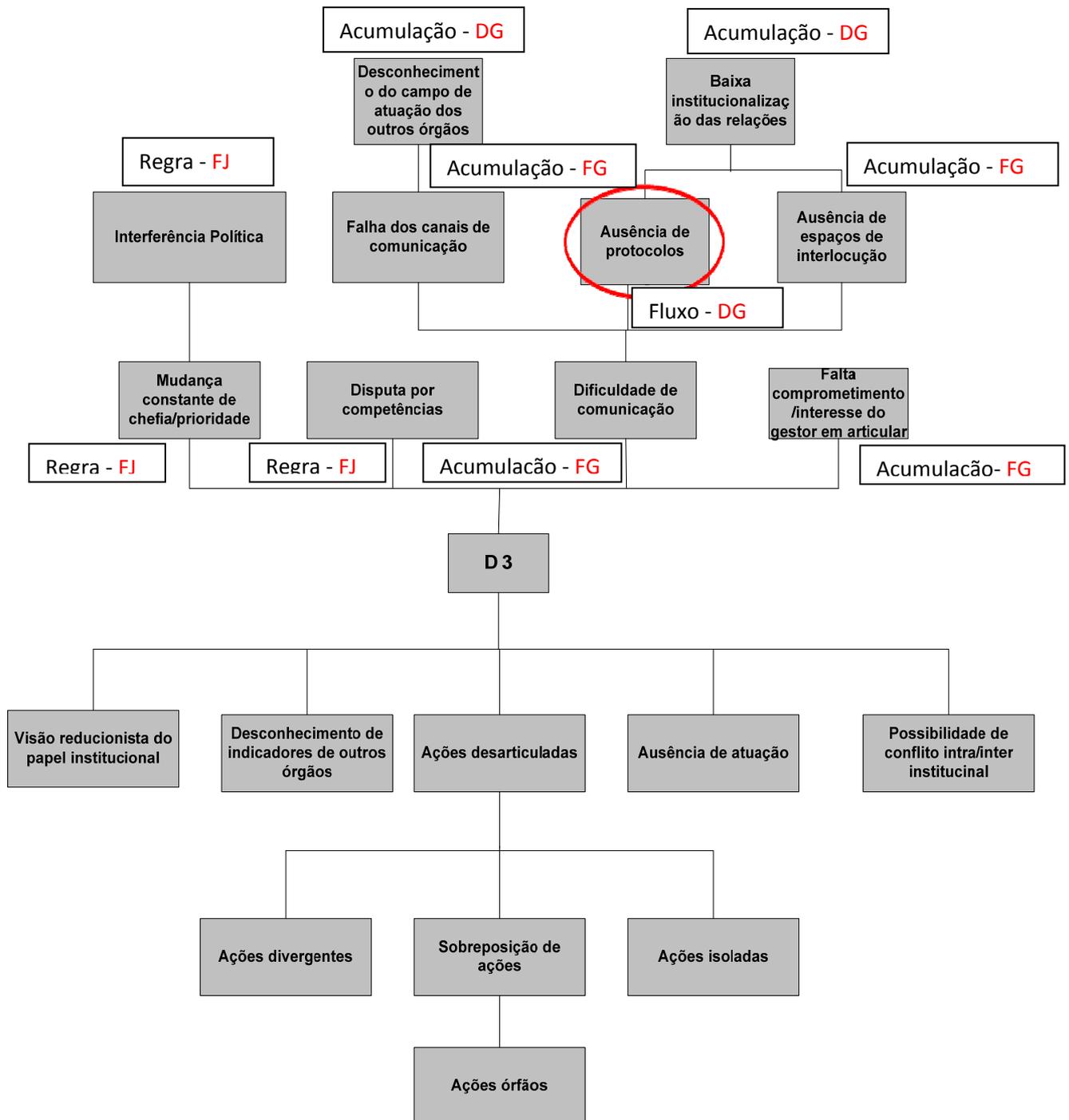
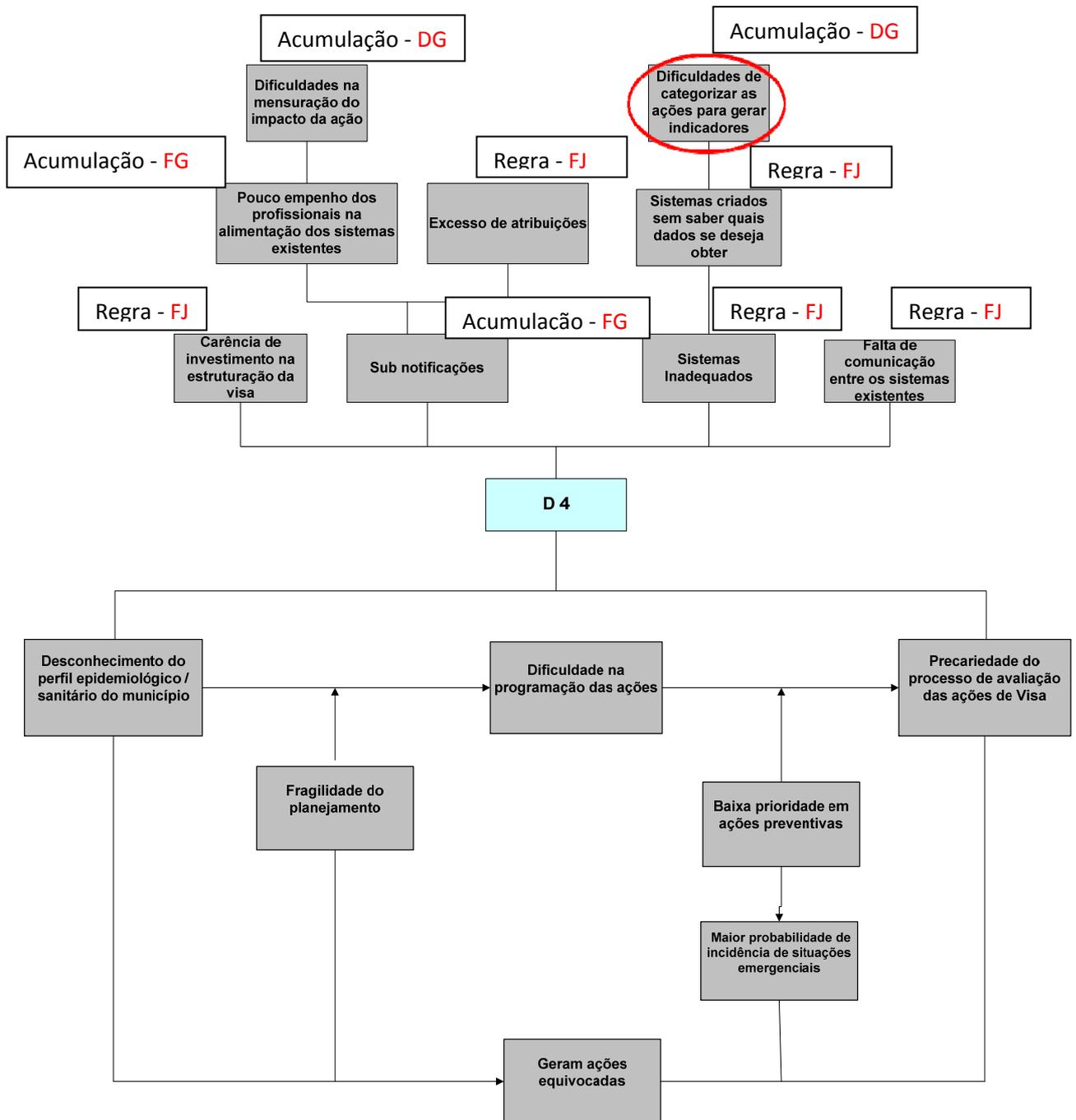


Figura 04

D4: A ausência de indicadores e dados sistematizados dificulta a priorização dos riscos.



A partir das causas chaves, foram identificadas quatro nós críticos, sendo um para cada descritor, conforme tabela 2.

Tabela 2: Nós críticos identificados para cada descritor do problema.

<b>Descritor (D)</b>	<b>Nó crítico (NC)</b>
D1: Profissionais de VISA desconhecem o conceito de risco e as ferramentas para identificação e priorização de risco.	NC1: Falta ou Deficiência do processo de capacitação dos profissionais de VISA.
D2: O desconhecimento da realidade local dificulta a identificação dos riscos	NC2: Dificuldade na interpretação das informações locais.
D3: Fragilidade na articulação entre os setores essenciais de saúde pública dificulta a identificação dos riscos.	NC3: Ausência de protocolos para comunicação
D4: A ausência de indicadores e dados sistematizados dificulta a priorização dos riscos.	NC4: Dificuldades de categorizar as ações para gerar indicadores.

A partir da seleção dos nós críticos, foram identificados os atores que controlam as variáveis de cada nó crítico, permitindo avaliar de forma mais clara o grau de governabilidade sobre o plano de intervenção. Os atores encontram-se elencados na Tabela 3.

Tabela 3: Atores sociais que controlam cada um dos nós críticos selecionados:

<b>Nó Crítico (NC)</b>	<b>Atores (A)</b>
NC1: Falta ou deficiência do processo de capacitação dos profissionais de VISA	A1: Gestor de VISA A2: Secretário de Saúde
NC2: Dificuldade na interpretação das informações locais	A1: Gestor de VISA A2: Profissionais de VISA
NC3: Ausência de protocolos para comunicação	A1: Gestor de VISA A2: Gestores dos setores essenciais de saúde pública
NC4: Dificuldades de categorizar as ações para gerar indicadores	A1: Gestor de VISA A2: Profissionais de VISA

De acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, o plano de intervenção trata-se de uma “aposta”, que é elaborada com base nos cenários formulados. Contudo, não se pode escolher as circunstâncias em que será realizado, sendo que seu resultado não depende somente das ações propostas pelos atores, estando sujeito à influência de outros atores, questões políticas, econômicas, entre outras.

Assim, a definição da situação desejada aponta a direção do plano e corresponde à mudança que se deseja para o problema e onde se deseja chegar. Assim, formulou-se o Vetor de Descrição de Resultados, conjunto dos descritores dos resultados, que são obtidos transformando os descritores do problema em indicadores desejados, como efeito das possíveis intervenções sobre o problema. O Vetor de Descrição de Resultados encontra-se descrito na Tabela 4.

Tabela 4: Vetor de descrição de resultados, a partir dos descritores dos resultados identificados para cada descrito do problema.

<b>Vetor de descrição do problema</b>	<b>Vetor de Descrição do Resultado (R)</b>
D1: Profissionais de vigilância sanitária desconhecem o conceito de risco e as ferramentas para identificação e priorização dos riscos	R1: Profissionais de vigilância sanitária conhecedores do conceito de risco e das ferramentas para identificação e priorização de riscos
D2: O desconhecimento da realidade local dificulta a identificação dos riscos	R2: Conhecimento da realidade local para identificação dos riscos
D3: Fragilidade de articulação entre os setores essenciais de saúde pública dificultando a identificação dos riscos.	R3: Setores essenciais de saúde pública articulados para identificação dos riscos
D4: A ausência de indicadores e dados sistematizados dificulta a priorização dos riscos.	R4: Indicadores e dados sistematizados para priorização dos riscos

O desenho do Plano de Ação iniciou-se tendo como base os nós críticos definidos, por meio da seleção de frentes de ação sobre o problema. Essa identificação de frentes de ação é feita avaliando-se o impacto que a modificação esperada tem sobre os descritores e a possibilidade efetiva de ação (domínio de execução pelo ator direta ou indiretamente, custo de ação, prazo de implementação, tipo de ação proposta). Essa

avaliação foi realizada por meio da tabela 5, considerando, ainda, aqueles nós críticos que estão dentro e fora das capacidades do ator.

Tabela 5: Identificação das frentes de ação para o problema

<b>I – Governabilidade: Dentro das capacidades do ator</b>			
Nó crítico	Impacto sobre os descritores	Possibilidade de Ação	Seleção
NC1: Falta ou deficiência do processo de capacitação dos profissionais de VISA	Alto	Média	Sim
NC2: Dificuldade na interpretação das informações locais	Médio	Alta	Sim
NC4: Dificuldades de categorizar as ações para gerar indicadores	Alto	Alta	Sim
<b>II: Governabilidade: Parcialmente fora das capacidades do ator</b>			
NC3: Ausência de protocolos para comunicação	Baixo	Baixa	Não

O passo seguinte foi o desenho das operações, que consistem em compromissos de ação, meios de intervenção ou ações criativas realizadas para enfrentar o problema e alcançar a situação desejada. Ao desenhar as operações, é preciso avaliar o prazo de maturação do plano, as operações capazes de produzir a mudança desejada, dimensionar o alcance e a natureza dessas operações, o tempo em que se pretende alcançar os resultados, os recursos necessários, a análise do impacto que cada operação irá gerar e, por fim, comparar a situação inicial com aquela que se desenhou como desejada.

Assim, foi elaborada a tabela 6 para o desenho das operações e respectivas atividades para enfrentamento de cada nó crítico selecionado, com definição dos responsáveis por essas atividades, o apoio necessário e os prazos para execução.

Tabela 6: Desenho das operações e atividades para cada nó crítico selecionado e definição de responsáveis e prazos

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação (OP) e Atividades (A)</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoio</b>	<b>Prazo</b>
NC1: Falta ou Deficiência do processo de capacitação dos profissionais de VISA.	<p>OP1: Realização de curso sobre risco sanitário para os profissionais de saúde (identificação, análise e avaliação do risco, sistemas de informação em saúde).</p> <p>A1: Planejamento (programa; carga horária; local; responsáveis);</p> <p>A2: Levantamento de recursos;</p> <p>A3: Execução do curso.</p>	Gestor da Visa;  Equipe do PA - GA 52	<p>Secretário Municipal de Saúde;</p> <p>Secretário Municipal de Educação;</p> <p>Gestor Regional da Visa.</p>	06 meses
NC2: Dificuldade na interpretação das informações locais.	<p>OP1: Aplicação de questionário para conhecimento da realidade local (inquérito sanitário).</p> <p>A1: Identificar população (definir amostra);</p> <p>A2: Elaboração do questionário;</p> <p>A3: Realizar a pesquisa;</p> <p>A4: Consolidação da pesquisa (relatório).</p> <p>OP2: Consolidação dos dados existentes nos sistemas de informação.</p>	Gestor da Visa;  Equipe do PA - GA 52	<p>Gestores da Equipe Saúde da Família;</p> <p>Agentes de saúde.</p>	Após NC1: 06 meses
NC4: Dificuldades de categorizar as ações para gerar indicadores.	<p>OP1: Realização de Oficina de Trabalho (Identificar os riscos, apontar os indicadores, priorizar os riscos).</p> <p>A1: Planejamento (programa;</p>	Gestor da Visa;  Equipe do PA - GA 52	<p>Secretário Municipal de Saúde;</p> <p>Secretário Municipal de</p>	Após NC2: 06 meses

	carga horária; local; responsáveis); A2: Levantamento de recursos; A3: Execução da oficina; OP2: Categorização das ações A1: Utilizar as informações da OT para categorizar as ações.		Educação;  Gestor Regional da Visa.	
--	---	--	---	--

As operações selecionadas foram então avaliadas quanto aos recursos necessários para sua implementação, sendo que foram divididas em operações que não exigem recursos econômicos e operações que exigem recursos econômicos, conforme tabela 7, permitindo estabelecer a eficiência e eficácia de cada operação. Considera-se uma operação eficaz quando atinge o que foi proposto em termos de metas, e eficiente quando atinge o que foi proposto com um mínimo de recursos necessários.

Tabela 7: Avaliação das operações quanto aos recursos necessários à sua implementação.

<b>I. Não exigem Recursos Econômicos</b>					
<b>Operação</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência (alta, média, baixa)</b>	<b>Eficácia (alta, média, baixa)</b>
OP1 (NC2): Aplicação de questionário para conhecimento da realidade local (inquérito sanitário).	Organizacional;  Cognitivo;  Poder.	Relatório da pesquisa	Realidade local mapeada.	Média	Alta
OP2 (NC2): Consolidação	Organizacional;	Relatório dos dados	Informações da realidade	Média	Alta

dos dados existentes nos sistemas de informação.	Cognitivo.	necessários a Visa	local consolidadas		
OP2 (NC4): Categorização das ações.	Organizacional; Cognitivo	Ações da Visa priorizadas (Planejamento)	Redução do risco sanitário	Alta	Alta
<b>II. Exigem Recursos Econômicos</b>					
<b>Operação</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência (alta, média, baixa)</b>	<b>Eficácia (alta, média, baixa)</b>
OP1 (NC1): Realização de curso sobre risco sanitário para os profissionais de saúde (identificação, análise e avaliação do risco, sistemas de informação em saúde).	Organizacional; Cognitivo; Poder; Econômico	Capacitação realizada	Profissionais de saúde capacitados	Média	Alta
OP1 (NC4): Realização de Oficina de Trabalho (Identificar os riscos, apontar os indicadores, priorizar os riscos).	Organizacional; Cognitivo; Poder; Econômico	Oficina realizada	Riscos identificados e priorizados;  Indicadores de risco definidos.	Média	Alta

Para as operações que exigem recursos econômicos foi feito orçamento, conforme tabela 8, especificando cada despesa, custo final e a fonte de financiamento, permitindo, dessa forma, melhor visualizar os recursos financeiros necessários e avaliar a viabilidade dessas operações, tendo como base o orçamento do município.

Tabela 8: Orçamento das operações

Operações	Especificação da Despesa		Custo		Fonte de Financiamento
	Quantidade	Custo unitário	Mensal	Anual	
OP1 (NC2): Aplicação de questionário para conhecimento da realidade local (inquérito sanitário).	1	5.000,00	-	5.000,00	Secretaria de Saúde
OP1 (NC4): Realização de Oficina de Trabalho (Identificar os riscos, apontar os indicadores, priorizar os riscos).	1	1.000,00	-	1.000,00	Secretaria de Saúde

Os recursos necessários para a execução do plano de intervenção totalizam R\$ 6.000,00. Considerando o valor transferido fundo a fundo, para Jussara, como componente fixo de vigilância sanitária de R\$7.200,00, e ainda a conta exclusiva de arrecadação das taxas para concessão e renovação de alvarás sanitários, entende-se que o município dispõe de recurso necessário para a execução do plano. Ainda, considerando o impacto e os benefícios das intervenções, há possibilidade de parceria financeira com a Secretaria de Saúde e Vigilância em Saúde do município e, até mesmo, com a Vigilância Estadual.

Outro ponto fundamental para avaliação do plano de intervenção é o estabelecimento de indicadores, permitindo ajustes necessários ao alcance dos objetivos e mudanças pretendidas. Uma avaliação criteriosa dos resultados obtidos com as operações e atividades elencadas deve apoiar-se em dados válidos e confiáveis, motivo pelo qual foram desenvolvidos indicadores para facilitar a quantificação e avaliação das

informações. Indicadores são, portanto, medidas ou dados numéricos estabelecidos sobre o que queremos controlar, e sua qualidade depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados.

Os indicadores que serão utilizados para o monitoramento e avaliação das operações estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9: Identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento e avaliação das operações descritas.

<b>Indicadores de Recurso</b>				
<b>Denominação</b>	<b>Conceituação</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Categorias</b>	<b>Fontes</b>
<b>OP1: (NC1)</b> Percentual de profissionais de VISA que obtiveram nota igual ou superior a 7 na avaliação do curso sobre risco sanitário.	Proporção de profissionais de VISA do município de Jussara que obtiveram nota igual ou superior a 7 na avaliação do curso sobre risco sanitário, realizado no ano de 2013.	Número de profissionais de VISA que obtiveram nota maior ou igual a 7 sobre número de profissionais que participaram da avaliação.	- Município -Escolaridade - Vínculo	- Secretaria Municipal de Saúde de Jussara
<b>OP1 (NC2):</b> Proporção de questionários aplicados no inquérito sanitário realizado.	Proporção de questionários para identificação de potenciais riscos de saúde (Inquérito Sanitário) aplicados no município de Jussara, no ano de 2013.	Número de questionários aplicados sobre o número de questionários previstos na amostra do inquérito sanitário X 100.	- Município (incluindo os Distritos) - - Área Urbana e Rural	- IBGE - Secretaria Municipal de Saúde de Jussara
<b>OP2 (NC2):</b> Proporção de sistemas de informação (que	Proporção de sistemas de informação (que possuem dados de	Número de sistemas de informação que tiveram so dados	- Município - Base nacional ou local	- Ministério da Saúde - Sistemas de Informação em

possuem dados de interesse da VISA) que tiveram os dados consolidados.	interesse da VISA) que tiveram os dados de Jussara consolidados no ano de 2013.	consolidados sobre o número total de sistemas de informação que disponibilizam dados de interesse para Visa X 100.		Saúde  - Secretaria Estadual de Saúde de Goiás  - Secretaria Municipal de Saúde de Jussara
<b>OP1 (NC4):</b> Proporção de profissionais de saúde participantes da Oficina de Trabalho para identificação e priorização dos riscos sanitários.	Proporção de profissionais da saúde do município de Jussara participantes da Oficina de Trabalho para identificação e priorização dos riscos sanitários, realizada no ano de 2013.	Número de profissionais da saúde do município de Jussara participantes da Oficina sobre o Número total de profissionais da saúde do município de Jussara X 100.	- Município  - Área de atuação profissional	- Secretaria Municipal de Saúde de Jussara

Desenhado o plano de ação, foi realizada a análise dos cenários nos quais o plano poderá ser colocado em prática, levando-se em consideração que a real implementação das operações e atividades propostas, o levantamento de recursos e até mesmo a motivação para tornar o plano de ação uma realidade dependem e são controladas por diversos outros atores em contextos políticos, econômicos e culturais específicos. Considerando ainda que 2012 é um ano eleitoral, a análise de cenários torna-se ainda mais relevante. Os cenários desenhados pelo grupo encontram-se descritos na tabela 10.

Tabela 10: Cenários possíveis

Variáveis	Cenários		
	Teto	Centro	Piso
POLÍTICA – Eleições municipais 2012	Elege-se candidato comprometido com a implantação do projeto	Elege-se candidato sensível à proposta	Elege-se candidato contrário ao projeto ou aos seus idealizadores
POLÍTICA – Gestão Municipal da VISA	A gestora atual permanece no cargo e apoia o projeto	O gestor indicado é sensível ao tema	O gestor indicado é opositor da gestora anterior ou não é sensível ao tema
ECONÔMICA – Relacionamento entre os entes	A gestão estadual e a regional apoiam e fomentam o projeto	A gestão estadual e a regional são sensíveis às necessidades do projeto	A gestão estadual ou regional não participam do projeto
ECONÔMICA – Gestão de recursos orçamentários e financeiros	Os recursos são liberados pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS)	Os recursos podem ser liberados pelo FMS	Os recursos não são liberados pelo FMS
ORGANIZACIONAL – Integração e participação dos diversos atores	Os atores envolvidos estão integrados ao projeto	Os atores envolvidos são sensíveis ao projeto	Os atores envolvidos não se integram ao projeto

O último passo, então, é a construção da viabilidade, buscando estabelecer a relação entre os recursos de que necessitamos e os recursos que efetivamente possuímos, avaliando-se a motivação dos atores frente às operações do plano de intervenção, identificando o interesse que os atores tem em relação a cada uma delas e o valor que lhe atribuem. O interesse é marcado com o sinal “+” quando o ator é a favor, “-“, quando é contra e “0” quando é indiferente. Da mesma forma, ao valor é atribuída a letra “A” quando for alto, “B” quando for baixo e “M” quando for médio. Os dados encontram-se descritos na tabela 11.

Tabela 11: Relação entre recursos e Atores Envolvidos

Conjunto de atores sociais	Realização de curso de capacitação		Aplicação de questionário		Consolidação dos dados existentes nos sistemas de informação		Realização de Oficina de Trabalho	
	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor
Secretário Municipal de Saúde	+	B	+	M	+	M	+	B
Secretário Estadual de Saúde	+	M	+	M	+	M	+	M
Gestores municipais de Visa	+	A	+	A	+	A	+	A
Gestores regional de Visa	+	B	+	A	+	A	+	B
Gestores estaduais de Visa	+	M	+	A	+	A	+	M
Equipe de profissionais de saúde pública	+	A	+	M	+	M	+	A
Conselheiros municipais de saúde	0	B	+	M	+	M	0	B
Gestores da UBS, equipe de Saúde da Família e unidades	0	B	+	M	+	M	0	B

hospitalares								
Prefeito	0	B	0	B	0	B	0	B
Secretário municipal de educação	0	B	0	B	0	B	0	B

#### 4. Gestão do Plano

Para alcançar o êxito pretendido neste Plano de Ação, é necessário cuidar da logística de implantação, da monitoria tático-operacional, principalmente por estar sendo implantado em um momento particular de instabilidade política no município eleito como piloto, agravado com as disputas eleitorais na esfera municipal em outubro de 2012.

Considerando os cenários possíveis e os atores sociais envolvidos, adotamos os seguintes princípios norteadores para gestão do plano:

1. Definição do perfil do gerente de operação e identificação de atores sociais com o perfil pretendido;
2. Definição de estratégias para apresentação do Plano de Ação e inserção do tema na pauta dos principais grupos políticos que disputam a prefeitura local;
3. Consolidação de apoio formal à implantação do Plano de Ação, agregando o Projeto aos Compromissos de Campanha;
4. Planejamento para implementação do Plano de Ação em 2013, estabelecendo metas, cronograma de ações preparatórias e mecanismos de negociação com a equipe de transição que vier a ser nomeada;
5. Modelagem de Sistema de Monitoramento do Plano, fornecendo informações periódicas e atualizadas sobre o andamento do processo, eventuais entraves e necessidades de reformulação de estratégias, avaliação e prestação de contas.
6. Apresentação de Relatório Final Propositivo, descrevendo os resultados alcançados e indicando, a partir desses resultados, medidas mais eficazes para a eliminação, redução e prevenção do risco sanitário, contribuindo diretamente para a construção de uma vida com mais qualidade no município de Jussara/GO.

Neste momento, nos fixaremos apenas no desenvolvimento do item 1, tendo em vista que os itens subsequentes estarão diretamente vinculados ao perfil do gerente de operação, seu conhecimento acerca da realidade sanitária local, sua inserção no meio social e político e suas habilidades de mobilização e agregação de atores e valores em torno desse projeto.

A. Perfil do gerente de operação:

O gerente de operação pretendido necessita, antes de tudo, de conhecimento sobre a Vigilância Sanitária, suas competências, responsabilidades e atribuições no contexto do Sistema Único de Saúde.

É desejável, igualmente, que tenha uma atitude proativa e agregadora, construindo pontes institucionais entre a VISA local e a Estadual, a Epidemiologia, a Assistência, o Conselho Municipal de Saúde, a Comissão Intergestores Regional, a Câmara de Vereadores, a Secretaria de Educação e quaisquer outros atores sociais que possam intervir positivamente na condução e execução deste Projeto.

B. Identificação de atores sociais com o perfil pretendido:

A escolha do gerente de operação é prerrogativa do Prefeito ou do Secretário de Saúde do Município, que precisam exercer sensibilidade e argúcia na identificação de atores sociais que preencham os requisitos desejados para a condução desse empreendimento.

Para o município de Jussara-GO, é importante considerar como possibilidade para execução do projeto, a qualificação adquirida no curso Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária pela servidora Mayara Arruda de Oliveira, co-autora deste projeto.

## 5. Referências Bibliográficas

- BETINI, G & SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q. **Vigilância Sanitária e Risco: Uma abordagem das posições legislativas apresentadas no Congresso Nacional em 2007**. Revista de Direito Sanitário. V.10, n.2. Ju./out. 2009, São Paulo. p.145-165.
- BRASIL. **Lei nº. 8080**, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 1.ed. – Brasília : Anvisa, 2007.
- BRITO, R. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: Do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. Recife, 2007.
- BOBADILLA, J.L. et al. **The epidemiologic transition and health priorities**. In: Jamison, D.T. **Disease control priorities in developing countries**. Oxford Medical Publications. Oxford University Press, 1993. p.161-187.
- COSTA E.A. **Vigilância Sanitária. Proteção e Defesa da Saúde**. São Paulo. Ed. Hucitec e Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1999.
- COSTA, E.A.; ROZENFELD, S. **Construção da Vigilância Sanitária no Brasil**. In: ROZENFELD, S. (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Ed. FIOCRUZ, RJ, 2000. p. 304.
- DIAS, M.F. et al, 2005, **Vigilância Sanitária e Gerenciamento do Risco em Medicamentos**. Revista Fármacos e Medicamentos, São Paulo, v. 34, n. VI.
- DINIZ, E., **Planejamento em Vigilância Sanitária**. Vigilância Sanitária/Org. - Cadernos de Saúde: 4 Coopmed, Belo Horizonte, 2001. 129p.
- GAMARSKI, E. ; MOTA, E. **Sistemas de Informação em Vigilância Sanitária no Brasil: evolução no período de 2000 a 2005**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.2, Jun., 2010. p.33-42.
- GUILHERME, L. R.G. **Fundamentos da Análise de Risco. Biotecnologia Ciência & Desenvolvimento**, n.34, 2005, p. 44-55.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: primeiros resultados**. Rio de Janeiro, 2010. Acessado em 24 de junho de 2012.
- LUBAMBO, C.W., COUTINHO, H.G. **Conselhos gestores e o processo de descentralização**. São Paulo Perspec.vol.18 nº 4. São Paulo. oct/dec 2004.

- LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil.** [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 329 p.
- MATUS, C. M.. **Política, Planejamento e Governo.** Brasília: IPEA, 2v, 1996.
- MORAES, D. R. **Revisitando as Concepções de Integralidade.** Revista APS, v. 9. N. 1, p. 64-72, jan/jun. 2006.
- O'DWYER, G. 1; et al. **O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família – Interface-Comunicação, Saúde, Educação,** vol. 11, núm. 23, setembro, pp. 467-484; Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; Botucatu, São Paulo, 2007.
- OPAS/OMS. **Guias para o gerenciamento dos riscos sanitários em alimentos.** Rio de Janeiro: Área de Vigilância Sanitária, Prevenção e Controle de Doenças. 2009. 320p.
- PAIM, J.S. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde.**In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA F.N. Epidemiologia Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro; MEDSI, 2003, p. 577.
- PIOVESAN, M.F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 102 p.
- PIOVESAN, M.F., et al. **Vigilância Sanitária: uma proposta de análises dos contextos locais.** Revista Brasileira de Epidemiologia. V.8(1). 2005. p. 83-95.
- REDE Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – 2. ed. – Brasília:** Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- TANAKA, O.Y.; et al, **Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação.** Revista Saúde Pública, vol. 33. No. 3, São Paulo, 1999.
- WALDMAN, E.A & FREITAS, F.R.M. **A Vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária.** 200-. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Vig\\_Epi\\_Sanit\\_Eliseu.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Vig_Epi_Sanit_Eliseu.pdf)>. Acessado em 20 de junho de 2012.
- WALDMAN, E.A. **A vigilância epidemiológica como prática de saúde pública.** [Doutorado], Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, 1991.

Ana Patrícia Oliveira da Silva, Eneida Lacerda, Fabiana Berenguel Barbosa de Souza, Ilma  
Cristina Silva do Nascimento, Juliana Carla Serafim da Silva, Maria Goretti de Souza  
Santos, Paulyane Mayara Barreto de Sousa, Roberta Cristina de Oliveira Moreira,  
Rosângela Christina Barbosa Bastos

**Implantação de Legislação para Processamento de Artigos em Serviços de Saúde e  
de Interesse à Saúde no Estado de Pernambuco**

Recife  
2012

Ana Patrícia Oliveira da Silva, Eneida Lacerda, Fabiana Berenguel Barbosa de Souza, Ilma Cristina Silva do Nascimento, Juliana Carla Serafim da Silva, Maria Goretti de Souza Santos, Paulyane Mayara Barreto de Sousa, Roberta Cristina de Oliveira Moreira, Rosângela Christina Barbosa Bastos

**Implantação de Legislação para Processamento de Artigos em Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde no Estado de Pernambuco**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientador: José Alves Cândido

Recife  
2012

**Ficha Catalográfica**  
**Biblioteca Dr. Fabio Haidar**  
**Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**

Ana Patrícia Oliveira da Silva, Eneida Lacerda, Fabiana Berenguel Barbosa de Souza, Juliana Carla Serafim da Silva, Maria Goretti de Souza Santos, Ilma Cristina Silva do Nascimento, Paulyane Mayara Barreto de Sousa, Roberta Cristina de Oliveira Moreira, Rosângela Christina Barbosa Bastos.

Implantação de Legislação em Processamento de Artigos em Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde no Estado de Pernambuco: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Recife, 2012.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título.

## 1. INTRODUÇÃO

O século XXI revela um novo cenário no cuidado à saúde como consequência do avanço científico e tecnológico. Novos microrganismos têm sido documentados e as infecções têm ressurgido como nova força (LIMA, 2007). Paradoxalmente, o aumento do desenvolvimento tecnológico na área da saúde tem sido acompanhado por uma preocupação em relação aos eventos adversos e custos do tratamento (RIBEIRO, 2006).

A vida na sociedade atual torna-se cada dia mais complexa. Novas necessidades vão surgindo, novos hábitos de consumo são estimulados e incorporados e, assim, uma gama imensa de produtos e serviços é introduzida no cotidiano dos cidadãos. Todo esse aparato da vida moderna merece ser apreciado do ponto de vista da proteção à saúde, pois, se por um lado pode facilitar a vida, por outro, pode gerar problemas (BRASIL, 2007).

Azevedo (2010) afirma que a sociedade atual é uma sociedade de riscos, embora o perigo acompanhe o homem desde os primórdios de sua colonização. Esse conceito começou a se expandir em meados do século passado, exprimindo a ideia de crises relacionadas a aspectos ecológicos e econômicos. Para Betini et al (2007) sociedade de risco é resultado do processo de modernização gerado pelas incertezas da sociedade industrial. Viver no mundo contemporâneo implica o reconhecimento de que o risco existe e não pode ser eliminado, desafio a ser encarado pelas instituições. De acordo com Giddens (2004) muitas são as mudanças acarretadas pela globalização, resultando em novas formas de risco. Ao contrário dos riscos ocorridos no passado, que tinham causas e efeitos conhecidos, os riscos modernos são incalculáveis e de implicações indeterminadas.

Um ponto importante a ser considerado em Vigilância Sanitária (VISA) é o conceito de risco à saúde. Na definição de Costa (2000), (...) risco é a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos relacionados a objetos submetidos a controle sanitário. A legislação mais recente procura utilizá-lo na forma de expressões mais precisas, tais como fatores de risco, grau de risco, potencial de riscos, grupos de risco, gerenciamento de risco e risco potencial.

O gerenciamento de risco é entendido como um processo que abrange a identificação de pontos críticos de controle, a avaliação de riscos e a adoção de medidas de controle que objetivam sua prevenção tanto em caráter individual quanto coletivo. A avaliação do risco deve ter como pressuposto uma base científica que estabeleça as relações de causa e efeito (BRASIL, 2001).

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um risco substancial à segurança do paciente em serviços de interesse à saúde (BRASIL, 2010). Estima-se que essa condição contribui para a ocorrência de 90.000 mortes por ano por infecção hospitalar, sendo que o efetivo processamento de produtos para saúde pode

interferir nesse problema (HOWIE, ALFA, COOMBS, 2008). Relatórios recentes do Institute of Medicine Committee on Identifying Priority Areas for Quality Improvement (Washington, DC / USA) sugerem que muitos casos de IRAS podem ser evitados por meio da implantação de “melhores práticas” baseadas em evidências (YOKOE; CLASSEN, 2008).

As IRAS constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo dos responsáveis pelos serviços ações efetivas de prevenção e controle. Tais infecções ameaçam tanto os usuários quanto os profissionais, podendo acarretar-lhes sofrimentos e resultar em gastos excessivos para o sistema de saúde. Podem, ainda, ter como efeito processos e indenizações judiciais, nos casos comprovados de negligência durante a assistência prestada (BRASIL, 2009).

Por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem dedicado esforços no sentido de elaborar diretrizes e estratégias para a implantação de medidas que visem envolvimento dos profissionais de saúde, pacientes e comunidade, com o objetivo de reduzir os riscos inerentes às IRAS. Essa aliança foi lançada em outubro de 2004, em atenção à Resolução 55.18, da 55ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 2002, que recomendou à própria OMS e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da segurança do paciente (OMS, 2009).

Entende-se por serviços de interesse à saúde (SIS) estabelecimentos que exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde. A responsabilidade por estes serviços pode ser exercida por distintos profissionais, não necessariamente da área da saúde (BRASIL, 2007). A ANVISA define serviço de saúde (SS) como estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população, em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios (BRASIL, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012) define processamento de artigos como sendo o conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras. Para Graziano et al (2009) a qualidade do processamento de artigos representa um dos pilares do controle e prevenção de IRAS e relaciona-se tanto à garantia de sua submissão a processos de redução ou destruição microbiana, quanto a sua funcionalidade e integridade, a fim de evitar danos ao organismo na sua utilização. A preocupação com práticas apropriadas é tema de pesquisa, eventos científicos, assim como consultas públicas e legislações pela ANVISA (BRASIL, 2009 e 2012).

A ocorrência de infecção por MCR (Micobactérias de Crescimento Rápido) em serviços de saúde tem sido considerada pela instância federal como uma emergência epidemiológica. Essas infecções estão fortemente relacionadas às falhas no processamento

de artigos e na utilização de saneantes líquidos (BRASIL, 2008 e 2009). Os processos infecciosos de origem exógena podem estar relacionados com os artigos utilizados, merecendo atenção para que haja controle dessas infecções (ALFA, 2009). No âmbito da ANVISA foram instituídas importantes ações, relacionadas ao processamento de artigos, destacando-se:

- a) instituição da lista de artigos de uso único, proibidos de serem reprocessados, estabelecida na RE nº 2.605, de 11 de agosto de 2006;
- b) estabelecimento das diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos para reprocessamento de artigos, dispostas na RE nº 2.606, de 11 de agosto de 2006;
- c) disposição sobre registro, rotulagem e reprocessamento de artigos, publicado na RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006;
- d) proibição da esterilização química líquida por imersão utilizando agentes esterilizantes líquidos, conforme estabelecido na RDC nº 08, de 27 de fevereiro de 2009;
- e) estabelecimento das boas práticas para processamento de artigos em Centros de Material e Esterilização (CME) e empresas processadoras, através da RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

Ainda assim, percebe-se escassez de instrumentos legais para a atividade de processamento de artigos que contemple todos os SS e SIS, de forma a preencher a lacuna existente com fundamentação legal para as ações de VISA, referentes ao gerenciamento do risco sanitário em processamento de artigos e organização do processo de trabalho em VISA; através de uma padronização com adoção de roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos.

Imprescindível mencionar que a saúde está diretamente relacionada ao meio ambiente que, por sua vez, incorpora o meio ambiente do trabalho. Todo cidadão é um potencial trabalhador, sendo que o seu local de trabalho deve garantir-lhe condições essenciais à permanência de sua saúde, livre de insalubridades. Caso isto não seja possível – deverão ser observadas regras específicas – estabelecendo-se ações potencialmente capazes de eliminar ou minimizar os efeitos nocivos decorrentes da atividade laboral exercida, tais como: redução da jornada de trabalho, fornecimento de equipamentos de proteção individual e / ou coletivo (MATTOS JÚNIOR, 2007).

A biosseguridade (biossegurança) é uma área de conhecimento relativamente nova, que impõe desafios não somente à equipe de saúde, mas também a empresas que investem em pesquisa. Designa um campo de conhecimento e um conjunto de práticas e

ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, destinados a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida (ALMEIDA; ALBUQUERQUE, 2000).

Outro aspecto a ser considerado é que com o advento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em 1981 e o primeiro relato de contágio acidental ocupacional em profissionais da saúde em 1984, surgiu maior preocupação com a biossegurança (ANDRADE, 2007). É importante a adoção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos pacientes e dos profissionais, ou seja, monitoramento das medidas de biossegurança (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), a biossegurança é tratada pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS) que é coordenada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e composta pelas Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS) e de Atenção à Saúde (SAS), pela Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e ANVISA. A CBS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.683, de 28 de agosto de 2003 (MS, 2010).

Os artigos de uso múltiplo em SS e SIS podem se tornar veículos de agentes infecciosos caso não sofram processos de descontaminação após cada uso. Em cosmectologia e estética, os riscos biológicos incluem qualquer material contaminado com microrganismos, como secreções, sangue, anexos cutâneos (pelos, cabelos, unhas, cutículas) e pele não íntegra. Pela natureza do serviço prestado existe a possibilidade de contaminação de clientes e profissionais (RAMOS, 2010).

A Vigilância Sanitária está definida no artigo 6º §1º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. Recentemente esta Lei Federal foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A Constituição de um povo é sua Lei Maior, nela está compilado o que a sociedade entende como valores fundamentais que deverão ser protegidos, resguardados, ora referindo-se a direitos, ora a deveres. Na Constituição Brasileira de 1988, no Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, artigo 5º, o inciso II garante que: "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei" (BRASIL, 1988). Para a sociedade brasileira isso se mostra de tal importância que no código Penal, no artigo 1º está assim escrito: "Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal" (BRASIL,

1940). Ou seja, para se obrigar alguém a alguma coisa terá que ter lei estabelecendo isso e para que seja considerado crime e possa haver uma pena, terá também que estar previamente estabelecido em Lei.

O processo administrativo sanitário pode ser conceituado como uma sucessão itinerária e encadeada de atos administrativos que tendem todos a um resultado final e conclusivo (MELLO, 2002), no qual deve ser instaurado com base para preservação da lei. O direito sanitário tem como objetivo reduzir o índice de doenças e outros agravos à saúde da população, condicionar e proibir condutas, orientar os poderes públicos na adoção de medidas que identifique os possíveis riscos à saúde (BRASIL, 2006).

A VISA é a forma mais complexa de existência da saúde pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (COSTA e ROZENFELD, 2004). É considerada como a configuração mais antiga da saúde pública. Questões relativas ao controle da prática de barbeiros, boticários e cirurgiões enfim, ações voltadas para a proteção da saúde da coletividade fazem parte da história de diversos países e do arcabouço de funções do poder público desde tempos remotos (ROZENFELD, 1999). Podem-se reconhecer nessas ações as origens de parte daquelas que hoje são desenvolvidas pela área da Saúde Pública que, no Brasil, denominamos VISA. O poder público sempre procurou responder a essas questões determinando regras que disciplinassem comportamentos e relações e exercendo a fiscalização de seu cumprimento (COSTA, 1999).

Se por um lado às imensas dificuldades para as ações de VISA serem efetivadas podem ser melhor compreendidas se considerarmos o alto grau de complexidade do objeto de intervenção, e a baixa capacidade de regulação e controle do poder público sobre esse objeto (SÁ et al., 1994). Por outro, as necessidades de conhecimento técnico/científico também se colocam como fundamentais, na medida em que, ao lidar com o mercado e tendo que supervisioná-lo, necessário se faz dominar as técnicas e os conhecimentos que o sustentam (FIOCRUZ, 2002). A especificidade requerida para uma atuação adequada desses profissionais o coloca em uma situação de extrema responsabilidade, na medida em que, considerando o fim principal da VISA de favorecer a promoção da saúde da população, muitas vezes para que esse objetivo seja atingido, o profissional precisa interferir no modo de produção econômico-social (OLIVEIRA; LEITE, 2008). Portanto, podem se defrontar com situações de conflitos de interesse que devem ser analisadas a partir do conceito de “risco sanitário”, sob uma perspectiva de presente e de futuro e considerar os princípios do respeito às pessoas, da beneficência e da não-maleficência e da privacidade, entre outros (CONASS, 2007).

O direito à saúde, com frequência, depende do conjunto de normas jurídicas que estabelecem direitos e obrigações em matéria de saúde. Isto é, a saúde depende de políticas sociais e econômicas e do cumprimento, pelo Estado, por indivíduos e coletividades, daquelas normas que visam regular, de forma ordenada, as relações entre eles, na prática ou abstenção de atos relacionados com a saúde (DIAS, 2002).

Fala-se que a vigilância deve trabalhar fundamentada em um instrumental mais técnico-científico e menos político e improvisado (FIOCRUZ, 2002). A instrumentalização legal é condição para o exercício de diversas práticas da VISA, devido à natureza jurídico-política de sua intervenção disciplinadora da vida em sociedade e aos aspectos técnico-sanitários. A lei é uma expressão do sistema jurídico definida na Constituição, contendo a essência dos direitos e deveres referentes a seu objeto de normatização, e expressa a vontade da organização social, através do Poder Legislativo. As normas técnicas, congregando direito e norma, compõem os códigos que visam assegurar os princípios de saúde pública, acompanhando a evolução da ciência e da tecnologia (COSTA e ROZENFELD, 2004). Preconiza-se que estes profissionais ajam com o conhecimento do que dita a legislação e trabalhem em equipes de forma cooperativa e padronizada, pois lidam com objetos variados. A padronização deve ser alcançada por meio da elaboração, teste e avaliação prévia dos seus instrumentos de ação, como, por exemplo: roteiros de inspeção; checklist; autos de infração, de imposição de penalidade, de apreensão e inutilização de produtos, entre outros - sempre de acordo com as necessidades do mercado e de proteção da saúde da população, em permanente acompanhamento das inovações tecnológicas (BASTOS, 2006).

Souza (2007) menciona em sua tese que para se legitimar diante da sociedade, as decisões devem estar embasadas em critérios técnico-científicos e em um conjunto de condicionalidades moldadas nas normas jurídicas. Isso faz com que cada parecer seja um "parecer crítico" que, para sua realização, necessita articular os diversos dados técnicos e também as normas jurídicas.

A comunicação e a educação em saúde são de fundamental importância para as ações de VISA. Assim contribuem para construção de uma consciência sanitária, dando aos cidadãos meios de defesa contra inumeráveis riscos e contra práticas nocivas do sistema produtivo, na busca incessante de lucros (COSTA e ROZENFELD, 2004). Neste sentido o Eixo V do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) em sua Diretriz 2 trata sobre promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade na percepção do risco sanitário, incluindo os aspectos da universalidade, do acesso, da democratização da informação, da comunicação e da transparência (BRASIL, 2007).

As más condições de ordem higiênico-sanitária e biosseguridade nos SIS implicam em risco à saúde dos usuários e profissionais relacionados, cabendo a VISA intervir,

entretanto a sua atuação é fragilizada pela insuficiência de legislação sanitária para a atividade de processamento de artigos. Pelo ponto de vista de Frazão e Bortolotti (2006), os riscos biológicos são representados pela contaminação dos equipamentos e artigos utilizados na prática, possibilitando a infecção cruzada e ocupacional se não forem devidamente preparados para o uso.

O universo para aplicabilidade da padronização em processamento de artigos de SS e SIS proposto por este projeto será o Estado de Pernambuco, devendo ser estabelecido como boas práticas nos serviços e em estabelecimentos que realizem procedimentos de interesse a saúde que não foram contemplados na RDC nº 15, de 15 de março de 2012, da ANVISA.

### **1.1. Justificativa**

Salientando-se que as IRAS implicam em um grande peso social e financeiro (PERENCEVICH et al., 2007), recursos adequados devem ser dedicados aos programas locais de controle de infecção e a uma integração da saúde pública mais abrangente, para orientar futuros esforços de prevenção. O cuidado mais seguro é frequentemente também o de melhor custo-benefício (APECIH, 2008). Além de atender para as exigências éticas e legais, o controle de infecções concorre para a melhoria da qualidade no atendimento. As vantagens são inquestionáveis, desde a redução da morbidade e da mortalidade, até a redução de custos associados ao tratamento de quadros infecciosos (BRASIL, 2009).

A correta prática do processamento dos artigos converge para a segurança dos usuários e profissionais envolvidos, colaborando assim, para o controle das IRAS. Estima-se que a falta deste controle contribua para a ocorrência de 90.000 mortes por ano por infecção hospitalar (HOWIE, ALFA, COOMBS, 2008). Proteger os usuários de infecções evitáveis é inegavelmente a responsabilidade de prestadores de serviços na área de saúde (APECIH, 2008) e VISA.

Dentro desta perspectiva, o dever do Estado – Garantir uma vida digna – é promover não só o acesso universal e igualitário de proteção da saúde de todos, bem como, instituir mecanismos que visem à prevenção dos riscos de interesse da saúde (MATTOS JÚNIOR, 2007). Desta forma, compreende-se a necessidade de se estabelecer parâmetros legais que orientem o processamento de artigos em SS e SIS, uma vez que esses procedimentos não são totalmente contemplados.

## **1.2. Objetivo Geral**

Promover a adoção de práticas seguras no processamento de artigos em SS e SIS, através da elaboração de uma legislação sanitária para o Estado de Pernambuco, visando à segurança dos usuários e dos profissionais envolvidos.

## **1.3. Objetivos Específicos**

- Elaborar um roteiro de inspeção sanitária em processamento de artigos, como instrumento que permita um processo de análise mais explícito, objetivo e padronizado;
- Garantir amparo legal nas ações de VISA, diante das não conformidades encontradas no processamento de artigos em SS e SIS;
- Fortalecer as ações de VISA relacionadas à educação em saúde, processo de trabalho das equipes de VISA e gerenciamento de risco sanitário em processamento de artigos.

## 2. METODOLOGIA

A metodologia adotada para elaboração deste projeto está apoiada nos trabalhos de Carlos Matus (1993, 1994, 1996, apud ARTMANN, 2000) idealizador do enfoque de Planejamento Estratégico Situacional – PES, no qual pelo ponto de vista de Sá e Artmann (1994) deve considerar a existência de vários atores em um plano de conflito e cooperação para o enfrentamento do problema em situações de poder compartilhado, definido por Artmann (2000) como sendo aquele onde nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

A primeira etapa foi destinada a Análise Situacional da realidade do trabalho em VISA, configurando em três desconfortos observados na prática cotidiana vivenciada entre os autores, desta forma foram identificados os problemas:

- a) *conflito de normas nas três esferas de governo dificulta a sua aplicação na inspeção sanitária;*
- b) *ausência de legislação em determinadas áreas favorece a fragilidade de atuação da autoridade sanitária;*
- c) *ausência de procedimentos técnicos padronizados para o licenciamento sanitário fragiliza as ações de VISA.*

Para Sá e Artmann (1994) a explicação de uma realidade, ou de um problema, será sempre situacional, isto é, referida a um ator e a sua situação.

A seleção de problemas de um plano é considerada uma etapa de fundamental importância, dando início ao momento explicativo do processo de planejamento estratégico (SÁ; ARTMANN, 1994). Dentre os conflitos elencados na Análise Situacional, para a seleção do problema “*insuficiência de legislação sanitária destinada ao processamento de artigos em SIS favorece o risco de IRAS*”, como foco para as ações de intervenção propostas neste projeto aplicativo, foi utilizada uma matriz decisória, considerando os seguintes critérios:

- a) valor de um problema: importância para os atores relacionados;
- b) interesse: na solução do problema pelos atores relacionados;
- c) pontuação: para os problemas que tiveram valor alto e interesse positivo;
- d) urgência: para a solução do problema;
- e) governabilidade: capacidade de enfrentamento para a solução do problema.

Para a identificação dos atores sociais que têm relação ou interferência no enfrentamento do problema foi utilizada a matriz decisória do mapeamento da fase anterior, analisando-se os aspectos relativos ao valor, interesse e nota. Desta forma identificaram-se os seguintes atores sociais envolvidos no processo: *Técnicos e Assessores Jurídicos da VISA; Gestores de VISA; Secretário de Saúde do Estado; Deputados Estaduais e Governador.*

A quarta etapa deste delineamento do trabalho foi dedicada para análise da motivação dos atores sociais em relação às propostas de mudanças. Para Sá e Artmann (1994) a motivação de um ator é a combinação do seu interesse (ou posição) por uma operação com o valor (ou importância) que ele atribui à mesma.

Selecionado o problema, procedeu-se a sua explicação através da descrição de variáveis que o caracterizassem com clareza, assim, foram identificados dois descritores, configurando o Vetor de Descrição do Problema (VDP):

- a) *divergências no modo de atuação da VISA, comprometendo o gerenciamento do risco no processamento de artigos;*
- b) *fragilidade de atuação da VISA pela falta de embasamento legal específico, diante de não conformidades encontradas no processamento de artigos em SIS que não foram contemplados na RDC nº15 da ANVISA, de 15 de março de 2012.*

Após a descrição, o problema foi analisado através da construção de um esquema de relações de causalidade e consequências, constituindo-se de uma ferramenta denominada Árvore de Problemas. Dentre as várias causas do problema estão aquelas que serão os pontos de enfrentamento do mesmo, os nós críticos (NC), sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação (ARTMANN, 2000), citando-se:

- a) *ausência de legislação específica em processamento de artigos em SS e SIS - NC 1;*
- b) *falta de padronização no modo de atuação da VISA em processamento de artigos em SS e SIS - NC 2.*

A partir da identificação dos nós críticos, foram selecionados os atores sociais que controlam as suas variáveis: *Técnicos e Assessores Jurídicos da VISA; Gestores de VISA; Secretário de Saúde do Estado; Deputados Estaduais, Governador, Representantes do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos de Classes.*

O momento normativo é etapa de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação objetivo ou situação futura desejada e as operações/ações concretas que

visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados (ARTMANN, 2000). Nesta ocasião, foi delineada a situação desejada a partir do VDP, cujo resultado que se pretende alcançar corresponde ao seguinte Vetor de Descrição do Resultado (VDR):

- a) *garantir amparo legal através da normatização sobre processamento de artigos em SS e SIS que não foram contemplados na RDC nº15 da ANVISA, de 15 de março de 2012;*
- b) *elaborar roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos, como instrumento de padronização.*

A identificação das frentes de ação para atuação sobre cada nó crítico foi elaborada através da utilização de uma matriz considerando estar dentro da governabilidade do ator social, cujos resultados foram: *de alto impacto, média possibilidade de ação para o NC 1 e alta para o NC 2, considerado politicamente oportuno e dentro da governabilidade dos atores sociais que controlam.*

Para Artmann (2000) as operações constituem meios de intervenção ou conjuntos de ações que empregam vários tipos de recursos: organizativos, políticos, econômicos, cognitivos, etc., que geram produtos e resultados. Sendo assim foram identificadas duas ações relacionadas com o NC 1, cuja operação construída capaz de produzir a mudança desejada foi: *Elaboração de normatização sobre processamento de artigos em SS e SIS que não foram contemplados pela RDC nº15 da ANVISA, de 15 de março de 2012.* Citando as seguintes ações:

- a) *confecção da minuta com apreciação e emissão do parecer jurídico;*
- b) *encaminhamento para o Secretário Estadual de Saúde.*

Para o NC 2 também foram construídas duas ações referentes a seguinte operação: *Elaboração de um roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos.* Citando as ações abaixo:

- a) *confecção de um roteiro-teste tipo checklist;*
- b) *avaliação da aplicabilidade do roteiro.*

O momento estratégico destina-se a análise da viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa (ARTMANN, 2000). Nesta ocasião, foi analisada a motivação dos atores sociais frente às ações e operações, através de uma matriz decisória cujas características obtidas apresentaram-se como *interesse favorável e*

*alto valor* para as duas operações indicadas para o enfrentamento do problema. É importante ressaltar que os atores sociais relacionados com as frentes de ação para o alcance da situação desejada são os *gestores e técnicos de VISA*.

Através de outra matriz decisória foi possível realizar a análise do grau de controle de recursos necessários a cada operação por parte do conjunto de atores que se relacionam cujo resultado expressa-se abaixo:

- a) *gestores de VISA: alto grau de controle para ambas operações, referentes aos recursos de poder, conhecimento e capacidade organizativa;*
- b) *técnicos de VISA: médio grau de controle para o recurso de poder relacionado a OP1 e alto grau para a OP2; alto grau de controle para o recurso de conhecimento para ambas operações; baixo grau de controle de para o recurso de capacidade organizativa para a OP1.*

Segundo Sá e Pepe (2004) a análise da motivação dos atores frente às operações fornece uma avaliação das possibilidades de alianças e conflitos entre os atores. Vale destacar que neste projeto aplicativo não foram identificadas operações conflitivas.

O momento tático-operacional refere-se à etapa de implementação do plano (gestão do plano). Para Artmann (2000) é fundamental o Sistema de Monitoramento ou Acompanhamento e Avaliação do Plano, o qual vai suprir as demandas de informação e permitir avaliar o desenvolvimento do plano tanto em relação aos seus resultados finais quanto aos seus processos intermediários. Assim identificamos os seguintes indicadores que serão analisados para avaliação futura do plano de ação:

- a) *publicação da norma sobre processamento de artigos;*
- b) *nº de eventos realizados para divulgação da norma;*
- c) *nº de estabelecimentos em conformidade com os roteiros de inspeção sanitária;*
- d) *nº de roteiros preenchidos corretamente na inspeção sanitária.*

## **2.1. Área de Cobertura do Projeto**

O universo para aplicabilidade deste projeto será o Estado de Pernambuco. Localizado no centro-leste da região nordeste, Pernambuco é um dos 27 estados brasileiros e tem a cidade do Recife como sua capital. É o sétimo estado mais populoso do Brasil, com 8.796.448 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 4,6% da população brasileira, distribuídos em 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Cerca de

80% dos habitantes do estado moram em zonas urbanas. A densidade demográfica estadual é de 89,63 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A abrangência para a instituição das boas práticas em processamento de artigos em SS e SIS proposto por este projeto serão os serviços que não se enquadram no escopo da RDC nº 15 da ANVISA, de 15 de março de 2012, descrevendo-se os seguintes: serviço de atenção domiciliar, clínicas que não dispõem de centros de material e esterilização, consultórios médicos, odontológicos, fonoaudiológicos, fisioterápicos, serviços de análises clínicas, laboratórios de próteses dentárias, reabilitação, estética corporal e congêneres, gabinete de piercing e tatuagem, podologia, acupuntura, escolas de saúde e serviço de atendimento pré-hospitalar, dentre outros.

### 3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Sá e Pepe (2004) o plano é um conjunto coerente e consistente de operações desenhadas para alterar os nós críticos dos problemas, sendo uma aposta sobre o futuro. Para Artmann (2000) a situação desejada é a nova situação a ser atingida através do plano. Desta forma, devido à escassez de instrumentos legais que dêem suporte às ações de VISA para a atividade de gerenciamento do risco sanitário em processamento de artigos, de forma a preencher a lacuna existente com fundamentação legal e contribuição para um melhor processo de trabalho em VISA, através de um instrumento padronizado que norteie as inspeções sanitárias neste aspecto; a situação desejada neste projeto corresponde a:

- a) *garantir amparo legal através da normatização sobre processamento de artigos em SS e SIS que não foram contemplados na RDC nº15 da ANVISA, de 15 de março de 2012;*
- b) *elaborar roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos, como instrumento de padronização.*

Vale salientar que o PDVISA (2007) enquanto instrumento político norteador, que possibilite uma gestão estratégica para a transformação positiva do contexto sanitário nacional, menciona em seu Eixo II, Diretriz 8 sobre elaboração de legislação sanitária à luz dos conhecimentos recentes, assim como harmonização das ações e instrumentos de controle sanitário e adoção de procedimentos operacionais padronizados em VISA (BRASIL, 2007).

Ressaltam-se as seguintes metas identificadas para que sejam almejados os objetivos propostos nesta intervenção:

- a) *implantar a normatização em processamento de artigos no Estado de Pernambuco;*
- b) *implantar padronização nas ações de VISA para o gerenciamento do risco sanitário em processamento de artigos, através de um roteiro;*
- c) *publicizar a normatização em processamento de artigos para o setor regulado e sociedade civil organizada.*

É digno de nota mencionar que o cenário correspondente a possibilidade de alcance da situação desejada que envolve este projeto aplicativo é considerado dentro da governabilidade do ator social, politicamente oportuno, média possibilidade de ação para o

NC 1 e alta possibilidade de ação para o NC 2. Configurando assim um cenário otimista à execução do plano de ação.

Considerando que uma operação é um ato de intervenção sobre um ou vários nós críticos (Sá e Pepe, 2004), para o enfrentamento do problema descrito neste projeto aplicativo, foram realizadas duas operações capazes de produzir o alcance da situação desejada, identificando-se os atores sociais responsáveis para colaboração da execução de cada operação (OP) proposta e as parcerias:

- a) para o enfrentamento do NC 1: *elaboração de uma norma para processamento de artigos em SS e SIS que não foram contemplados na RDC n°15, de 15 de março de 2012 da ANVISA - OP 1;*
  - responsável: *Especializandos do Curso de Pós-graduação em Gestão em VISA do Grupo Afinidade 65 do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês.*
  - apoio: *Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), VISAs Municipais da RMR, Conselho Estadual de Saúde (CES) e Assembleia Legislativa.*
- b) para o enfrentamento do NC 2: *elaboração de um roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos - OP 2.*
  - responsável: *Especializandos do Curso de Pós-graduação em Gestão em VISA do Grupo Afinidade 65 do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês.*
  - apoio: *Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), VISAs Municipais da RMR.*

Assim cada operação demandou em diferentes ações referentes a cada nó crítico, sendo estas:

- a) para o NC 1:
  - *confecção da minuta com apreciação e emissão de parecer jurídico;*
  - *encaminhamento para aprovação da norma.*
- b) para o NC 2:
  - *confecção de um roteiro-teste tipo checklist;*
  - *avaliação da aplicabilidade do roteiro.*

Para cada operação delimitada à luz dos nós críticos a serem enfrentados, estipulou-se um prazo de 30 dias.

Não foram necessários repasses de recursos econômicos específicos para a realização de cada ação citada para o enfrentamento do problema. Destacam-se os vários outros tipos de recursos empregados neste projeto que constituem os meios de intervenção, sendo estes, recursos de organização, conhecimento e poder, dando início ao momento de avaliação das ações. Assim foram constituídos os seguintes recursos:

- a) recursos de organização: *realização de parceria com instituições de ensino e pesquisa;*
- b) recursos de conhecimento: *disponibilização de técnicos da área de saúde e da área jurídica para composição do Grupo Técnico;*
- c) recursos de poder: *articulação com Legislativo e governo do Estado.*

Estes vários tipos de recursos empregados irão gerar produtos e resultados. Artmann (2000) define produtos como sendo bens e serviços produzidos, fatos políticos, conhecimentos gerados ou transferidos, normas, leis ou regulações criadas, organizações, sistemas, obras realizadas, etc. Esta mesma autora entende por resultado como sendo o impacto produzido sobre os descritores do problema. Neste projeto, seguem abaixo os produtos e resultados esperados para cada operação:

- a) para a OP 1:
  - produto: *normatização para processamento de artigos em SS e SIS não contemplados pela RDC nº15 da ANVISA, de 15 de março de 2012;*
  - resultado: *amparo legal para as ações de VISA em gerenciamento do risco sanitário em processamento de artigos.*
- b) para a OP 2:
  - produto: *roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos;*
  - resultado: *padronização das ações de VISA.*

Estabelecendo uma relação com os critérios desenhados entre recurso/produto/resultado, foi possibilitado delinear uma análise que considerou as operações como sendo de alta eficiência e alta eficácia.

A análise da viabilidade do plano começa pela análise dos atores relevantes, sua motivação, força ou capacidade de facilitar ou dificultar/impedir a realização das operações (SÁ e PEPE, 2004). Sendo assim, os atores sociais relacionados com as frentes de ação (*gestores e técnicos de VISA*) possuem interesses favoráveis e valores altos para ambas as operações desenhadas no processo de enfrentamento do problema. Ressalta-se que na análise da relação de forças para cada operação delimitada no plano, perante os recursos

de poder, conhecimento e capacidade organizativa, não foram identificadas operações de conflito, e sim apenas operações de consenso, nas quais de acordo com Artmann (2000) estas últimas caracterizam-se por serem mais facilmente viabilizadas.

Faz-se necessário também analisar os indicadores que caracterizam o problema, para enfim avaliar os resultados futuros deste plano, destacando-os abaixo:

- a) *publicação da norma sobre processamento de artigos;*
- b) *nº de eventos realizados para divulgação da norma;*
- c) *nº de estabelecimentos em conformidade com os roteiros de inspeção sanitária;*
- d) *nº de roteiros preenchidos corretamente na inspeção sanitária.*

Como sistema de vigilância/monitoramento para seguimento do plano, foi estimado um prazo de 12 meses para acompanhamento e análise do indicador citado na alínea a; 12 meses após a publicação da norma para indicador da alínea b, configurando a OP 1; e estimou-se um prazo de 12 meses após a vigência da legislação, para acompanhamento e análise dos indicadores citados nas alíneas c, d, configurando a OP 2.

De acordo com a trajetória traçada neste projeto de intervenção, permitindo um desencadeamento construído entre as operações, ações, recursos, produtos e resultados; análise da motivação dos atores; esquema de correlação de forças, além dos aspectos descritivos no cenário otimista de atuação para enfrentamento do problema e alcance da situação desejada, observa-se a total viabilidade deste plano.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado neste projeto, há escassez de bases legais para o processamento de artigos que contemple os SS e SIS, para que as autoridades sanitárias competentes gerenciem efetivamente o risco sanitário relacionado ao problema em questão, destacando também as intervenções educativas e de orientação técnica.

Através da análise desenvolvida a partir do conteúdo deste estudo, destaca-se a promoção da saúde e prevenção dos riscos sanitários, com adoção de práticas seguras relacionadas ao processamento de artigos, por meio da implantação de uma legislação sanitária para o Estado de Pernambuco, visando à segurança dos usuários e dos profissionais envolvidos. Vale salientar que após a construção de todo caminho metodológico para confecção da proposta de intervenção e enfrentamento do problema, foi observada a total viabilidade do plano de ação para alcance da situação futura desejada.

Sempre sob o enfoque de considerar o cidadão como objeto final para as intervenções de VISA, o desenvolvimento de atividades educativas que abordem temas diversos, em destaque os riscos de IRAS associadas às falhas no processamento de artigos, favorece o fortalecimento das ações de VISA, permitindo a conscientização sanitária da comunidade, resultando em avanços para saúde coletiva no Estado.

De acordo com o CONASS (2011) para cumprir seu objetivo de proteger a saúde da população, é necessário que a VISA desenvolva um amplo conjunto de ações, utilizando diferentes instrumentos, permitindo uma abordagem e compreensão integral acerca do objeto de sua intervenção, superando a fragmentação do processo de trabalho. Um de seus principais instrumentos é a norma sanitária que estabelece parâmetros e padrões. Ainda nesse mesmo sentido, o CONASS (2007) também menciona que através da utilização de instrumental de ação da VISA – normas, roteiros de inspeção, materiais e atividades educativas – é possível qualificar melhor os serviços e aprimorar o processo de supervisão.

Sob esta perspectiva, colaborando assim para a melhoria da organização do processo de trabalho de VISA, educação sanitária e gerenciamento do risco é digno mencionar sobre a importância da padronização das ações referentes ao processamento de artigos, através de uma legislação sanitária, sendo um dos propósitos deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALFA, MJ. Cleaning: recente advances in products and processes and real-time monitoring, 2009.

ALMEIDA, ABS, ALBUQUERQUE, MBM. Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral. *Hist Cienc Saúde Manguinhos*, 2000; 7(1): 171-83.

ANDRADE, AC, SANNA, MC. Ensino de biossegurança na graduação em enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 set-out; 60(5): 569-72.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: \_\_\_\_\_. *Oficina Social nº 3: Desenvolvimento Social*. : COPPE/UFRJ, 25p. 2000. Disponível em: <http://www.nescon.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000001709>. Acesso em 08/06/2012.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – APECIH. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos, supl. vol. 29, n. 10, outubro de 2008.

AZEVEDO, AL. Da diferença entre os termos perigo e risco. *Conteúdo Jurídico*. Disponível em [www.conteudojuridico.com.br/?artigo&ver=230000](http://www.conteudojuridico.com.br/?artigo&ver=230000). Acesso em 20/11/11 Brasília-DF, dez. 2010.

BASTOS, A. A. Vigilância sanitária em farmácias de Salvador. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.

BETINI, G; SHUGAIR, NSMSA. Vigilância sanitária e risco: uma abordagem das proposições legislativas apresentadas no congresso nacional em 2007. *Rev. Direito Sanit.*, v. 10, n. 2, p. 145-165, São Paulo, jul./out. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 113 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II), 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 132 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II), 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF), 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o SUS, a assistência e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos*. Brasília: ANVISA, 2009. 105p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1. Ed. Brasília: ANVISA, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca\\_saude\\_prioridades\\_estrategicas\\_acao\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf). Acesso em 25/05/2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta Pública n. 34, de 03 de junho de 2009. Regulamento técnico que estabelece os requisitos para o processamento de produtos para saúde, inclusive instrumental cirúrgico. Brasília; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Regulamento técnico que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 08, de 27 de fevereiro de 2009. Regulamento técnico que dispõe sobre as medidas de redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido- MCR em serviços de saúde. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RE nº 2.605, de 11 de agosto de 2006. Regulamento técnico que estabelece a lista de produtos para saúde de uso único proibidos de serem reprocessados. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RE nº 2.606, de 11 de agosto de 2006. Regulamento técnico que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006. Regulamento técnico que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica 08-08-2008 sobre Micobactérias. Brasília; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, 2010, 116 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

COSTA, EA; ROZENFELD, SUELY. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. P. 15-48.

COSTA, EA. Políticas de Vigilância Sanitária: Balanço e Perspectiva. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Caderno de Textos. Brasília, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p.37-52.

COSTA, EA. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec, Sociedade Brasileira de Medicamentos, 1999, 460 p.

COSTA, EA. Fundamentos de vigilância. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

DIAS, HP. Direitos e obrigações em saúde. Brasília: ANVISA/MS, 2002.

FRAZÃO, P; BORTOLOTTI, MGLB. Desigualdades nas condições de controle de infecção em consultórios odontológicos em município brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 965-974, mai, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Abr/Mai, 2002.

HOWIE, R; ALFA, MJ; COOMBS, K. Survival of enveloped and non-enveloped viruses on surfaces compared with other micro-organisms and impact of suboptimal disinfectant exposure. Journal of Hospital Infection, v. 69, p.368-376, jul. 2008.

LIMA, ME; ANDRADE, D; HAAS, VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2007; 19 (3): 342-7.

GIDDENS, A. Sociologia. 4ª ed. rev. atual. Tradução: Figueiredo, Alexandra; Baltazar, Ana Patrícia Duarte Baltazar; Silva, Catarina Lorga da; Matos, Patrícia; Gil, Vasco. Coordenação e revisão científica. Sobral, José Manuel. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

GRAZIANO, KU et al. Indicadores de avaliação do processamento de artigos odontomédico-hospitalares: elaboração e validação. Rev Esc Enferm USP- 2009; 43(Esp2): 1174-80.

MATTOS-JÚNIOR, RFM. O direito à saúde e a vigilância sanitária. Rev. Direitos Fundamentais e Democracia, 2007.

MELO, CAB. Curso de direito administrativo. São Paulo: Editora Malheiros, 2002.

OLIVEIRA, AGRC; LEITE, MJVF. Recursos humanos em vigilância sanitária: uma discussão sobre o perfil profissional. Holos, Ano 24, Vol. 1, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PERENCEVICH, EN et al. Raising standards while watching the bottom line: making a business case for infection control interventions. Infect Control Hosp Epidemiol 2007; 28:1121-1133. Tradução de Ícaro Boszczowski. In: Um Compêndio de Estratégias para a

Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, supl. vol. 29, n. 10, outubro de 2008, pp. 901-994.

PINHEIRO, J; ZEITOUNE, RCG. Hepatite: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 258 - 64.

RAMOS, JMP. Biossegurança em estabelecimentos de beleza e afins, 2010.

RIBEIRO, SMCP et al. Reprocessamento de cateteres cardíacos: uma revisão. Braz J Cardiovasc Surg 2006; 21(3): 334-342.

ROZENFELD, S; PORTO, MAT. Vigilância Sanitária: uma abordagem ecológica da tecnologia em saúde. In: Leal, MC et al. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. vol II. São Paulo, 1999.

SÁ, MC; ARTMANN, E. O planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário (Mendes, EV, org.), pp19-44, Brasília, 1994: OPAS.

SÁ, MC; PEPE, VLE. Planejamento Estratégico. In: ROZENFELD, S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. P. 197-232.

SOUZA, NGS. Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 2007.

YOKOE, DS; CLASSEN, D. Melhorando a Segurança do Paciente Por Meio do Controle de Infecção: Um Novo Imperativo no Cuidado à Saúde. Tradução de Ícaro Boszczowski. In: Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, supl. vol. 29, n. 10, outubro de 2008, pp. 901-994.

## **ANEXO A – PLANO DE AÇÃO**

### **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE LEGISLAÇÃO PARA PROCESSAMENTO DE ARTIGOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DE INTERESSE À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

#### **Identificação:**

Implantação de Legislação para Processamento de Artigos em Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde no Estado de Pernambuco.

#### **Objetivo:**

Promover a adoção de práticas seguras no processamento de produtos para saúde em serviços de interesse à saúde, através da elaboração de uma legislação sanitária para o Estado de Pernambuco, visando à segurança dos usuários e dos profissionais envolvidos.

#### **Diretrizes:**

1. Garantir que o indivíduo seja o objeto final da VISA sob o aspecto de promoção e proteção da saúde, através do gerenciamento de risco sanitário em processamento de produtos para saúde;
2. Desenvolver estratégias de aprimoramento dos processos de trabalho em VISA;
3. Desenvolver as ações educativas em saúde para o setor regulado e sociedade civil organizada;
4. Potencializar ações conjuntas e parcerias com diversos atores.

#### **Metas:**

1. Implantar a normatização em processamento de artigos no Estado de Pernambuco;
2. Implantar padronização nas ações de VISA para o gerenciamento do risco sanitário em processamento de artigos, através de um roteiro;
3. Publicizar a normatização em processamento de artigos para o setor regulado e sociedade civil organizada.

Quadro 1- Plano de ação

Operações e Ações		Recursos Orçamentários (R\$ 1,00)	Responsável	Parcerias	Prazos
Operações	Ações				
Elaboração de uma norma para processamento de artigos em SS e SIS que não foram contemplados na RDC nº15, de 15 de março de 2012 da ANVISA.	Confeccionar uma minuta com apreciação e emissão de parecer jurídico	R\$ 0,00	Especializando do Curso de GVISA do Grupo Afinidade 65 do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio - Libanês.	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), VISAs Municipais da RMR, Conselho Estadual de Saúde (CES) e Assembleia Legislativa.	30 dias
	Realizar encaminhamento para aprovação da norma	R\$ 0,00			
Elaboração de um roteiro de inspeção sanitária para processamento de artigos, como instrumento de padronização.	Confeccionar um roteiro-teste tipo checklist.	R\$ 0,00	Especializando do Curso de GVISA do Grupo Afinidade 65 do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio - Libanês.	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), VISAs Municipais da RMR.	30 dias
	Avaliar a aplicabilidade do roteiro.	R\$ 0,00			

Fonte: Elaborado pelos autores

## ANEXO B – LEGISLAÇÃO SANITÁRIA

Projeto de Lei nº. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dispõe sobre processamento de artigos em serviços de saúde e de interesse à saúde e dá outras providências.

A Vigilância Sanitária de acordo com o artigo 6º §1º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, está definida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, abrangendo:

I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

- Considerando o disposto... Código Sanitário Estadual, aprovado pelo Decreto nº XXX de XXXX de 19\_\_;
- Considerando a necessidade de se estabelecer parâmetros que orientem o processamento dos artigos em serviços de interesse à saúde, uma vez que esses procedimentos não são normatizados;
- Considerando que as más condições de ordem higiênico-sanitária e biossegurança nos serviços de interesse à saúde implicam em risco à saúde dos usuários e profissionais relacionados;
- Considerando que a correta prática de processamento dos artigos converge para a segurança dos usuários e profissionais envolvidos, colaborando assim, para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Fica aprovada esta Lei Estadual que dispõe sobre processamento de artigos em serviços de interesse à saúde e dá outras providências.

## I- OBJETIVO

Esta Lei tem como objetivo estabelecer requisitos para funcionamento dos serviços de saúde e de interesse à saúde que realizam processamento de artigos visando à segurança dos usuários e dos profissionais envolvidos.

## II-ABRANGÊNCIA

Esta Lei se aplica aos seguintes serviços de saúde e de interesse à saúde de natureza pública e privada que realizam processamento de artigos: serviço de atenção domiciliar, clínicas sem centro de material e esterilização, consultórios médicos, odontológicos, fonoaudiológicos, fisioterápicos, serviços de análises clínicas, laboratórios de próteses dentárias, reabilitação, estética corporal e congêneres, gabinete de piercing e tatuagem, podologia, acupuntura, escolas de saúde e serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, dentre outros.

## III – DEFINIÇÕES

1. Para efeito desta Lei são adotadas as seguintes definições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):
  - 1.1. Artigos: compreendem instrumentos de naturezas diversas, acessórios de equipamentos e outros. Exemplo: pinças, alicates, tesouras, espátulas, pincéis, pentes, escovas, etc.
  - 1.2. Artigos Críticos: são artigos utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
    - 1.1. Artigos Semicríticos: são artigos que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras colonizadas;
    - 1.2. Artigos Não Críticos: são artigos que entram em contato com a pele íntegra ou não entram em contato com o usuário;
    - 1.3. Artigos de Conformação Complexa: artigos que possuam lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias e válvulas;
    - 1.4. Desinfecção: processo físico ou químico que elimina a maioria dos microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies;
    - 1.5. Desinfecção de Alto Nível: processo físico ou químico que destrói a maioria dos microrganismos de artigos semicríticos, inclusive micobactérias e fungos, exceto em número elevado de esporos bacterianos;

- 1.6 Detergente Enzimático: produto cuja formulação contém, além de um tensoativo, pelo menos uma enzima hidrolítica da subclasse das proteases EC 3.4, podendo ser acrescida de outra enzima da subclasse das amilases EC 3.2 e demais componentes complementares da formulação, inclusive de enzimas de outras subclasses, tendo como finalidade remover a sujidade clínica e evitar a formação de compostos insolúveis na superfície desses dispositivos;
- 1.7 Embalagem (sistema de barreira estéril): invólucro que permite a entrada e saída do ar e do agente esterilizante e impede a entrada de microrganismos. Tem a finalidade de permitir o transporte seguro e a manutenção da esterilidade do conteúdo durante o armazenamento dos artigos esterilizados e proporcionar abertura asséptica no momento do uso;
- 1.8 Equipamento de Proteção Individual (EPI): Dispositivo ou produto de uso individual destinado à segurança no trabalho e proteção contra riscos à saúde;
- 1.9 Esterilização: processo físico que elimina todas as formas de vida microbiana, incluindo esporos bacterianos;
- 1.10 Evento Adverso: qualquer efeito não desejado em humanos decorrente do uso de produto sob vigilância sanitária;
- 1.11 Gerenciamento de tecnologias em saúde: conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde. Abrange cada etapa do gerenciamento, desde o planejamento e entrada no estabelecimento de saúde até seu descarte, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente;
- 1.12 Lavadora Ultrassônica: equipamento automatizado de limpeza que utiliza o princípio da cavitação, em que ondas de energia acústica propagadas em solução aquosa rompem os elos que fixam a partícula de sujidade à superfície do artigo;
- 1.13 Limpeza: remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas dos artigos, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), realizada com água, detergente enzimático, produtos e acessórios de limpeza, com consequente redução da carga microbiana, atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o artigo seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização;
- 1.14 Processamento de Artigos: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade,

preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

- 1.15 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente;
- 1.16 Produto Saneante: substância ou preparação destinada à aplicação em objetos, tecidos, superfícies inanimadas e ambientes, com finalidade de limpeza e afins, desinfecção, desinfestação, sanitização, desodorização e odorização;
- 1.6 Profissional Legalmente Habilitado: profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei;
- 1.6 Rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico do processamento do artigo e da sua utilização por meio de informações previamente registradas.
- 1.7 Serviço de Saúde (SS): estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes, incluindo assistência prestada em domicílio;
- 1.6 Serviços de Interesse à Saúde (SIS): Estabelecimentos que exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde;
- 1.7 Validação: Processo estabelecido por evidências documentadas que comprovam que uma atividade específica apresenta conformidade com as especificações predeterminadas e atende aos requisitos de qualidade.

## I. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

1. Os serviços e atividades terceirizadas pelos SS e SIS devem possuir contrato de prestação de serviços e ser apresentado a autoridade sanitária competente, quando solicitado.
  - 1.1. Os serviços e atividades terceirizados devem estar regularizados perante a autoridade sanitária competente, quando couber.
2. Todos os SIS e SS devem elaborar e implementar, obrigatoriamente, um Procedimento Operacional Padrão (POP) para cada etapa do processamento dos artigos, cuja revisão deverá ser realizada sempre que necessária e num período não superior a um ano.
  - 2.1. O POP a que se refere este item deve ser apresentado à autoridade sanitária competente para análise e aprovação;

- 2.2. Esse POP deve ser mantido disponível e de fácil acesso para consulta dos profissionais no próprio local onde é realizado o processamento dos artigos.
3. Todos os equipamentos e produtos saneantes utilizados no processamento dos artigos devem possuir registro junto à ANVISA.
4. Os SS e SIS devem garantir que os artigos, equipamentos e produtos saneantes sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam.
5. É obrigatório que sejam seguidas as recomendações de uso, especificações técnicas e medidas de segurança descritas pelo fabricante dos artigos, equipamentos e produtos saneantes.
6. É obrigatório que os artigos utilizados apresentem adequadas condições de integridade e funcionalidade.
7. O SS deve realizar o gerenciamento de suas tecnologias, em conformidade com a Resolução nº 2, de 25 de fevereiro de 2010, ANVISA e outras demais legislações relacionadas ou as que vierem substituí-las.
8. Todos os equipamentos utilizados no processamento dos artigos devem estar em perfeito estado de conservação, limpeza e funcionamento, devendo ser elaborado e implantado um plano de manutenção preventiva e corretiva;
  - 8.1. A manutenção preventiva deve ser realizada no mínimo anualmente, e a manutenção corretiva deve ser realizada sempre que necessária;
  - 8.2. Deve ser apresentado à autoridade sanitária documento comprobatório emitido pela prestadora de serviço devidamente assinado e com Anotação de Responsabilidade Técnica (ART).
9. Na manutenção dos equipamentos utilizados no processamento dos artigos, as informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas e apresentadas à autoridade sanitária, quando solicitada, devendo conter, no mínimo:
  - a) Data da intervenção;
  - b) Identificação do equipamento;
  - c) Local de instalação;
  - d) Descrição do problema detectado e nome do responsável pela identificação do problema;
  - e) Descrição do serviço realizado, incluindo informações sobre as peças trocadas;
  - f) Resultados da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção e complementados com indicadores químicos e biológicos, quando indicado;
  - g) Nome do profissional que acompanhou a intervenção e do técnico que executou o procedimento.

- 9.1. O prazo de arquivamento deve estar em conformidade com o estabelecido em legislação específica vigente ou na ausência desta por um prazo mínimo de cinco anos, para efeitos de ações de vigilância sanitária.
10. Os SS e SIS são co-responsáveis pela segurança do processamento dos artigos, mesmo que seja realizado por empresa processadora por ele contratada, respondendo solidariamente por eventuais danos ao usuário causados pela empresa processadora, no que se refere às atividades relacionadas ao processamento dos artigos.
11. Os SS e SIS devem manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas.
12. Todos os SS e SIS devem cumprir, integralmente, o disposto nas resoluções: RE nº 2.605, de 11 de agosto de 2006, ANVISA, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de serem reprocessados; RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006, ANVISA, que trata sobre registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e outras demais legislações pertinentes relacionadas ao processamento de artigos ou as que vierem substituí-las.
13. Todos os SS que realizam processamento de artigos críticos e semi-críticos devem cumprir, integralmente, o disposto na resolução RDC nº 2.606 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, ANVISA, no que se refere a elaboração, implantação e validação dos protocolos de processamento, e outras demais legislações pertinentes relacionadas ao processamento de artigos ou as que vierem substituí-las.

## **II. GESTÃO DE PESSOAL**

1. Todas as etapas do processamento dos artigos devem ser realizadas, exclusivamente, por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe, quando houver.
- 1.1. O serviço de saúde deve manter disponíveis registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas.
2. Devem ser oferecidas, periodicamente, aos profissionais dos SS e SIS que estejam relacionados com o processamento dos artigos, treinamentos e educação permanente com carga horária mínima de 20 horas e conteúdo relacionado sobre a matéria, abrangendo no mínimo os seguintes temas:
- a) Biossegurança e ergonomia do trabalhador;
  - b) Classificação de artigos;
  - c) Conceitos básicos de microbiologia;
  - d) Transporte dos artigos processados e contaminados;
  - e) Processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização, funcionamento dos equipamentos;

- f) Monitoramento de processos por indicadores químicos e biológicos;
  - g) Rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos artigos;
  - h) Manutenção da esterilidade do artigo.
- 2.1. Esses treinamentos e educação permanente devem ser oferecidos por profissionais legalmente habilitados e/ou entidades comprovadamente qualificadas;
  - 2.2. Esses treinamentos devem acontecer: anualmente; sempre que um novo profissional inicie às atividades de processamento de artigos; e/ou sempre que surgir novas técnicas de processamento; e/ou novos artigos a serem processados; e/ou novos invólucros para embalagem dos artigos, e/ou novos equipamentos para limpeza, desinfecção e esterilização sejam adquiridos, dentre outros;
  - 2.3. É obrigatória a apresentação de documento comprobatório da realização desses treinamentos para as autoridades sanitárias competentes, quando solicitados, contendo registros da data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

### **III. ASPECTOS GERAIS DE INFRAESTRUTURA FÍSICA**

- 1. As instalações elétricas devem possuir fiação embutida, tomadas com indicação de voltagem e em número suficiente para a demanda de equipamentos utilizados no processamento dos artigos, sendo proibido o uso de extensão elétrica, benjamim e gambiarras.
- 2. Para os consultórios individualizados e clínicas sem centro de material e esterilização, obrigatoriamente, a área destinada ao processamento dos artigos deve possuir sua infraestrutura física em conformidade com a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e outras demais legislações pertinentes relacionadas à infraestrutura física ou as que vierem substituí-las.
- 3. É proibida a utilização dos lavatórios e pias para fins diversos do previsto.
- 4. Para os SIS do tipo salão de beleza, estética corporal, podologia, acupuntura, serviços que exercem ações de ensino e pesquisa na área de saúde, estúdio de piercing e tatuagem o ambiente destinado ao processamento de artigos deve dispor de:
  - a) Pia inserida em bancada constituída de material não poroso, com índice de absorção de água inferior a 4%, resistente ao uso de produtos saneantes; cuba funda de formato retangular ou quadrado, destinada à limpeza e desinfecção dos artigos, provida de torneira com fechamento sem o comando das mãos, dispondo de dispensadores de sabão líquido e papel toalha;

- b) Paredes, piso e teto revestidos por material liso, monolítico, de fácil higienização e limpeza, resistente a utilização de produtos saneantes, mesmo após o uso e limpeza frequente;
- c) Ventilação e iluminação compatível com o desenvolvimento das atividades, sem que haja comprometimento de desempenho do processo de trabalho.

#### **IV. ABASTECIMENTO DE ÁGUA**

1. Os SS e SIS devem ser providos de reservatório de água potável, com capacidade suficiente à sua demanda diária, isento de rachaduras, com tampa que permita o fácil acesso para inspeção e limpeza, e vedação total.
  - 1.1. Em se tratando de reservatório inferior a tampa deve ser do tipo “caixa de sapato”, contendo borracha de vedação e dispositivo que garanta a inviolabilidade.
2. Deve-se adotar rotina semestral para a limpeza e desinfecção do reservatório de água potável com apresentação de documentação comprobatória para autoridade sanitária competente.
3. A água utilizada no serviço deve atender aos padrões de potabilidade previsto na Portaria MS nº 2.914/11, de 12 de dezembro de 2011 e outras demais legislações pertinentes relacionadas à qualidade da água ou as que vierem substituí-las.
5. É obrigatória a análise laboratorial da água potável, com comprovação documental junto à autoridade sanitária competente. Esta análise deve ser realizada através de:
  - 5.1. Exame microbiológico semestral e sempre que necessário;
  - 5.2. Exame físico-químico anual e sempre que houver necessidade;

#### **V. CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS**

1. Os SS e SIS devem garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e/ou proliferação dos mesmos.
  - 1.1. O controle químico semestral deve ser realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental, com produtos desinfestantes regularizados pela ANVISA, devendo ser apresentado cópia da documentação comprobatória à autoridade sanitária competente.

#### **VI. SAÚDE DO TRABALHADOR**

1. É obrigatório o cumprimento dos princípios de ergonomia nos ambientes de trabalho, em conformidade com os parâmetros estabelecidos na NR nº 17, aprovada pela Portaria nº 3.751, de 23 de novembro de 1990, do Ministério do Trabalho e Emprego, e outras

demais legislações pertinentes relacionadas à ergonomia profissional ou as que vierem substituí-las.

- 1.1. As áreas destinadas ao processamento dos artigos devem ser organizadas de forma a evitar esforços adicionais ao trabalhador, preservando a sua integridade física.
2. É obrigatório o cumprimento das diretrizes básicas de proteção à saúde e à segurança dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, em conformidade com os parâmetros estabelecidos na NR nº 32, aprovada pela Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, do Ministério do Trabalho e Emprego, e outras demais legislações pertinentes relacionadas à saúde do trabalhador ou as que vierem substituí-las.
3. Ficam proibidos aos profissionais o uso de adornos, o ato de fumar e o manuseio de lentes de contato durante o processamento de artigos.
4. Fica proibido o armazenamento e consumo de alimentos no local destinado ao processamento dos artigos.
5. Os SS e SIS devem garantir mecanismos de orientação sobre imunização contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos, obedecendo às recomendações do calendário vacinal do Ministério da Saúde.
  - 5.1. Devem ser apresentadas cópias das carteiras de vacinas dos trabalhadores imunizados à autoridade sanitária competente, quando solicitadas.
6. É obrigatório o uso de EPIs para a realização do processamento dos artigos, incluindo: luvas de borracha resistente e de cano longo, touca, máscara de proteção contra inalação de vapores, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável e sapatos fechados impermeáveis e antiderrapantes.
  - 6.1. Os EPIs devem estar à disposição em número suficiente de forma que seja garantido o seu imediato fornecimento ou reposição.
7. Para a descarga de secadoras e termodesinfetadoras é obrigatória à utilização de luvas de proteção térmica impermeável, bem como luvas de amianto para manuseio da autoclave.

## **VII. LIMPEZA DOS ARTIGOS**

1. A limpeza é obrigatória em todos os artigos críticos, semicríticos e não críticos.
2. Artigos classificados como não críticos devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de limpeza, incluindo aqueles que entram em contato com o couro cabeludo (pentas, escovas, dentre outros) após o uso de cada cliente.
3. Os artigos que tiverem mais de uma parte devem ser desmontados, as pinças e as tesouras devem ser abertas antes da realização do processamento.

4. A limpeza deve ser realizada imediatamente após o uso do artigo, de forma manual e/ou automatizada, mesmo que seja encaminhado para uma empresa processadora terceirizada, devidamente licenciada pela autoridade sanitária.
  - 4.1. Para a limpeza mecânica por meio de lavadora automatizada, devem ser seguidas as recomendações do fabricante.
5. A limpeza dos artigos com conformações complexas deve ser precedida de limpeza manual e complementada por limpeza automatizada em lavadora ultrassônica.
  - 5.1. Em relação ao uso de detergentes enzimáticos para lavadoras automatizadas, devem ser seguidas as orientações do fabricante de cada equipamento;
  - 5.2. Para artigo cujo lúmen tenha diâmetro interno inferior a cinco milímetros é obrigatório que a fase automatizada da limpeza seja feita em lavadora ultrassônica com conector para canulados e que utilize tecnologia de fluxo intermitente.
6. A limpeza manual dos artigos deve ser feita por fricção com produtos não abrasivos, que não liberem partículas e em imersão completa de solução aquosa potável de detergente enzimático e/ou saneante com registro junto à ANVISA para esse fim.
  - 6.2. Devem ser seguidas às orientações do fabricante do detergente enzimático no que se referem à diluição da solução, tempo de permanência dos artigos imersos e validade da solução após a diluição;
  - 6.3. É proibido o uso de detergente comum e/ou saneante doméstico para a realização da limpeza dos artigos.
7. Para a imersão dos artigos em solução aquosa de detergente enzimático durante a limpeza manual, é obrigatório que seja utilizado recipiente plástico de tamanho apropriado para acomodar os artigos, com tampa e paredes rígidas, contendo etiqueta de identificação da solução, data da diluição e validade do saneante após a diluição.
8. Para os artigos com lúmens, é obrigatório que seja utilizado escova macia ajustada ao tamanho do lúmen e seringas descartáveis para injeção de jato de solução aquosa de detergente enzimático no interior destes.
9. O transporte interno dos artigos contaminados dentro de um SIS e SS deve ser realizado em recipientes plásticos, íntegros, fechados e exclusivos para este fim.

## **VIII. ENXÁGUE DOS ARTIGOS**

1. É obrigatório que o enxágue dos artigos, após a limpeza, seja realizado em água potável e corrente, garantindo a total retirada do saneante utilizado.
  - 1.1. Deve ser utilizada água potável sob pressão para o enxágue da superfície interna dos artigos com lúmens.

## **IX. SECAGEM DOS ARTIGOS**

1. Deve ser realizada de forma a evitar que a umidade interfira no processo.
2. Deve ser realizada com tecido de pano limpo, seco, não felpudo e exclusivo para esta finalidade; ou secadora, lavadora termodesinfetadora, ar comprimido medicinal sob pressão, gás inerte ou ar filtrado seco e isento de óleo.
  - 2.1. Em se tratando de SS, a secagem não poderá ser realizada com tecido de pano.
3. A secagem interna dos artigos com lúmens deve ser feita com ar comprimido sob pressão, gás inerte ou ar filtrado seco e isento de óleo, sendo obrigatória a utilização de bicos adaptadores de tamanhos específicos com os vários lúmens existentes.

## **X. INSPEÇÃO VISUAL**

1. Deve-se realizar, obrigatoriamente, a inspeção visual, analisando os artigos em relação às condições de integridade e limpeza.
2. A limpeza dos artigos, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento.
  - 2.1. Para os artigos críticos a avaliação da limpeza deve ser complementada por testes químicos disponíveis no mercado.
  - 2.2. Na permanência da presença de sujidade, deve-se proceder novamente a limpeza do artigo.

## **XI. DESINFECÇÃO DOS ARTIGOS**

1. O tipo de produto utilizado como saneante para a realização da desinfecção dos artigos irá depender da criticidade do mesmo.
  - 1.1. A desinfecção torna-se desnecessária quando os artigos utilizados forem submetidos à esterilização (artigos críticos);
  - 1.2. Os artigos semi-críticos devem ser submetidos no mínimo à desinfecção de alto nível;
  - 1.3. É proibida a utilização de produtos saneantes fora do período de validade;
  - 1.4. É obrigatória a realização e registro da monitorização dos parâmetros indicadores de efetividade do produto saneante no mínimo uma vez ao dia (concentração, pH e outros);
  - 1.5. É obrigatório que o descarte do produto saneante seja realizado conforme orientação do fabricante;
  - 1.6. É proibido o reaproveitamento de embalagens vazias de produtos saneantes;

- 1.7. É proibida à desinfecção por métodos de imersão química líquida com a utilização de produtos saneantes a base de aldeídos para os artigos utilizados na assistência ventilatória e inaloterapia.
2. Em se tratando de desinfecção química dos artigos o sistema de climatização da área deverá atender além do disposto nas normatizações pertinentes, os seguintes itens:
  - 2.1. Garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m<sup>3</sup>/h/m<sup>2</sup>;
  - 2.2. Manter um diferencial de pressão negativo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 Pa;
  - 2.3. Prover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para o exterior da edificação.
3. Para a realização da desinfecção manual, deve-se proceder à imersão total do artigo em solução com o produto saneante, seguindo as orientações do fabricante referentes à diluição, tempo de permanência do artigo imerso, período de validade e ativação.
  - 3.1. É obrigatório o uso de recipiente plástico de paredes rígidas e tampa para imersão completa dos artigos em solução com o produto saneante no processo de desinfecção, contendo etiqueta de identificação do produto, data de ativação, validade e assinatura do responsável pela preparação;
  - 3.2. Todos os lúmens dos artigos devem ser preenchidos pela solução de desinfecção.
4. É obrigatório o cumprimento do disposto nos itens XI e XII desta Legislação, referentes à realização do enxágue e secagem dos artigos após o processo de desinfecção.
5. É obrigatória a realização da limpeza e desinfecção dos artigos após o uso e sempre que necessário.
  - 5.1. Para as pissetas e os recipientes plásticos que acondicionam soluções a limpeza e a desinfecção devem ser realizadas, no mínimo semanalmente, apondo-lhes novas etiquetas com identificação do conteúdo, data do envase e validade da troca, mantendo-as devidamente vedadas, após o processamento.
6. É obrigatório que após a limpeza, enxágue, secagem, inspeção visual, desinfecção, enxágue e secagem finais, os artigos semi-críticos sejam embalados individualmente em invólucros que garantam a segurança do processo, apondo-lhes etiquetas contendo data do processamento e limite máximo de uso; e sejam acondicionados em local revestido por material liso, de fácil higienização e limpeza, específico, exclusivo, protegido de sujidade e livre de umidade.

## **XII. EMPACOTAMENTO DOS ARTIGOS**

1. É obrigatório que o tipo de invólucro utilizado para embalar os artigos a serem esterilizados seja compatível com o equipamento de esterilização.
  - 1.1. É proibida a reutilização de embalagens descartáveis de qualquer natureza para a esterilização;
  - 1.2. É proibida a utilização de invólucros do tipo papel alumínio, tecido de algodão, papel Kraft, caixas metálicas fechadas e improviso de embalagens para a esterilização dos artigos.
2. É obrigatório que o invólucro utilizado seja compatível com o tipo, peso e dimensões do artigo a ser esterilizado.
3. É obrigatório o correto e total fechamento (selagem) das embalagens antes da esterilização.
  - 3.1. Para as embalagens do tipo papel grau cirúrgico, o selamento, obrigatoriamente, deve ser hermético, deixando uma borda (pétala) de aproximadamente 03 cm para facilitar abertura asséptica do pacote;
  - 3.2. A selagem de embalagens tipo envelope deve ser feita por termoseladora ou conforme orientação do fabricante;
4. É obrigatório que os pacotes sejam identificados antes do processo de esterilização com as seguintes informações legíveis: nome do artigo, tipo e data do processamento, lote, validade e nome do responsável pelo processamento.
5. É obrigatória a utilização de material descartável para proteção das bacias de manicure e pedicure.

## **XIII. ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS**

1. É obrigatório o cumprimento de todas as etapas sequenciais do processamento, nas quais precedem a esterilização dos artigos: limpeza, enxágue, secagem, inspeção visual, empacotamento e rotulagem.
2. É obrigatória a esterilização de todos os artigos críticos.
  - 2.1. É obrigatório que o método de esterilização adotado pelo serviço seja compatível com as condições de termossensibilidade e termorresistência dos artigos.
3. É proibida a esterilização química por imersão utilizando agentes esterilizantes líquidos.
4. É proibido o uso de formaldeído ou paraformaldeído de forma isolada como agente esterilizante de artigos.
5. É proibido o uso de equipamento a base de radiação ultravioleta, ebulidores, estufa e/ou equipamento similar como métodos de esterilização.
6. É proibido o processamento de artigos que constam na lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, estabelecida na RE nº. 2.605, de 11 de agosto de

2006, ANVISA, e suas atualizações ou outras que vierem substituí-la, e/ou tragam na sua rotulagem o termo “PROIBIDO REPROCESSAR”.

- 6.1. Também são consideradas como de uso único lâminas de barbear, lixas para unhas e pés, palitos e espátulas de madeira e esponja para esfoliação ou higienização da pele.
7. Os SS devem, obrigatoriamente, garantir a rastreabilidade da esterilização dos artigos, adotando as medidas citadas na RDC nº 2.606, de 11 de agosto de 2006, ANVISA, e outras demais legislações pertinentes relacionadas ao assunto ou as que vierem substituí-la.
  - 7.1. Os serviços devem manter registro dos casos de eventos adversos associados ao uso de artigos processados.
8. O serviço é co-responsável pela segurança do processamento dos artigos realizado por empresa processadora por ele contratada.
9. Todos os equipamentos de limpeza automatizada e esterilização devem ter seu processo reavaliado, após a instalação, mudança de local de instalação, mau funcionamento, reparos em partes do equipamento ou suspeita de falhas no processo de esterilização.
  - 9.1. Na reavaliação dos equipamentos de esterilização deve-se incluir o uso de indicadores biológicos e químicos.
10. É obrigatório que sejam seguidas às instruções do fabricante do equipamento de esterilização, no que se refere a: tempo de permanência dos artigos, temperatura, pressão, manuseio e instalação, respeitando-se a ergonomia do profissional.
11. É proibida a instalação de equipamento de esterilização em locais de fluxo, área úmida e dentro de armários, devendo ser mantido em bancada com altura aproximada de instalação de 0,90m.
12. A disposição dos pacotes no interior do equipamento do tipo autoclave não deve ultrapassar 2/3 de sua capacidade total, não encostar às laterais do aparelho, obedecendo às orientações do fabricante quanto ao posicionamento dos pacotes dentro do equipamento.
13. A água utilizada no processo de geração do vapor das autoclaves deve atender às especificações do fabricante do equipamento.
14. É obrigatório que os artigos embalados em invólucros do tipo papel grau cirúrgico sejam colocados no interior da autoclave com a face de papel voltada para baixo.
15. É proibida a esterilização do tipo *flash* (ciclo e/ou equipamento) de forma rotineira, ficando restrito para situações emergenciais.
16. A validade do processamento dos artigos em equipamento do tipo autoclave não deve ultrapassar 90 dias, desde que haja integridade e ausência de sujidade e umidade nas

embalagens, correto manuseio dos pacotes esterilizados, adequado acondicionamento e monitoramento da esterilização, salvo se for realizada a validação do processo de esterilização.

- 16.1. Nos serviços que realizam a validação do processo de esterilização de forma documentada com empresa devidamente habilitada para este fim, poderá este prazo ser ampliado, de acordo com a certificação emitida;

#### **XIV. MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO**

1. É obrigatória a presença de indicador químico classe I externamente em todas as embalagens a serem esterilizadas e/ou tecnologia que venha surgir e atenda a mesma finalidade.
  - 1.1. Caso este indicador não esteja presente na própria embalagem, é permitido o uso de fita adesiva indicadora compatível com o tipo de equipamento para esterilização utilizado;
  - 1.2. É proibido o uso de artigos nos quais o indicador químico classe I não tenha reagido com alteração da coloração após a esterilização.
2. É obrigatória a realização do Teste Bowie e Dick no primeiro ciclo de esterilização do dia para autoclave assistida por bomba de vácuo e/ou tecnologia que venha surgir e atenda a mesma finalidade.
  - 2.1. Caso não haja mudança de cor uniforme na folha-teste Bowie e Dick, obrigatoriamente a autoclave deverá ser interditada e submetida à manutenção corretiva.
3. É obrigatório o monitoramento do processo de esterilização em cada carga com integradores químicos (classes 5 ou 6), e/ou tecnologia que venha surgir e atenda a mesma finalidade.
4. É obrigatório o monitoramento biológico diário da esterilização, cujos resultados deverão ser anotados em registros específicos e apresentados à autoridade sanitária local competente, quando solicitado.
  - 4.1. Na ocorrência do crescimento de bacilo esporulado, após o período de incubação, a autoclave obrigatoriamente, não poderá ser utilizada, devendo ser submetida à manutenção.
5. No monitoramento do processo de esterilização dos artigos implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.
  - 5.1. A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.
6. É proibido o fracionamento dos indicadores, sua reutilização e/ou utilização com prazo de validade vencido e sem registro junto à ANVISA.

7. O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo da esterilização e apresentados a autoridade sanitária competente, quando solicitados.
8. É proibida a alteração dos parâmetros estabelecidos durante o monitoramento físico, químico e biológico do processo de esterilização.
9. É obrigatório o acompanhamento de todo ciclo do processo de esterilização realizada em autoclave, registrando-se todos os dados obtidos conforme modelo do Anexo I desta Lei.
  - 9.1. Os registros devem ser arquivados de forma a garantir a sua rastreabilidade por um prazo mínimo de cinco anos e apresentados à autoridade sanitária competente quando solicitados;
  - 9.2. Na presença de qualquer não conformidade nos valores observados, todo ciclo de esterilização deverá ser invalidado, a autoclave deverá ser interditada e submetida à manutenção corretiva, e toda a carga deste lote de pacotes deverá ser submetida a novo processamento.

#### **XV. ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DOS ARTIGOS ESTERILIZADOS**

1. Os artigos esterilizados devem, obrigatoriamente, estar armazenado em local revestido por material liso, de fácil higienização e limpeza, exclusivo, específico, organizado, protegido de sujidade e da luz solar direta e livre de umidade.
2. É proibida a utilização do equipamento de esterilização com finalidade de acondicionamento dos pacotes esterilizados.
3. É obrigatório que os artigos esterilizados estejam acondicionados a uma distância mínima de 25 cm do chão, 45 cm do teto e 05 cm da parede.
4. É proibido o empilhamento, amassamento e manuseio desnecessário dos pacotes estéreis.
5. Os pacotes esterilizados que estejam danificados, com sinais de umidade, que caíram no chão ou que estejam com prazo de validade expirado, devem ser submetidos, obrigatoriamente, ao processamento obedecendo todas as etapas sequenciais do processo.
6. O transporte interno para a distribuição de pequena quantidade de artigos processados dentro de um SS e SIS deve ser feito em recipientes plásticos fechados, exclusivos e em condições que garantam a integridade das embalagens dos artigos esterilizados.

## **XVI. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS**

1. O gerenciamento dos resíduos gerados em SS e SIS deve obedecer às normas dispostas na RDC nº 306 da ANVISA, de 07 de dezembro de 2004 e outras demais legislações pertinentes relacionadas a resíduos ou as que vierem substituí-las.
2. É obrigatória a elaboração e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), cuja revisão deverá ser realizada em um período não superior a um ano e sempre que necessária.
  - 2.1. O PGRSS deve ser aprovado por um órgão oficial competente e apresentada cópia do mesmo para autoridade sanitária competente.

## **XVII. DISPOSIÇÕES FINAIS**

1. O não cumprimento do disposto nesta Norma Técnica implicará nas sanções penais previstas na Lei Federal 6.437, de 20 de agosto de 1977, configurando infração sanitária, e outras demais legislações pertinentes relacionadas ao assunto ou as que vierem substituí-las.
2. Os serviços abrangidos por esta Lei terão o prazo de 12 (doze) meses contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias a esta norma.
3. O atendimento dos padrões sanitários estabelecidos por este regulamento técnico não isenta os SS e SIS do cumprimento dos demais instrumentos normativos aplicáveis.
4. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



## ANEXO D – ROTEIRO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

### Roteiro de Inspeção Sanitária em Processamento de Artigos

<b>Estabelecimento:</b>		
<b>Razão Social:</b>		
<b>Endereço:</b>		
<b>CNPJ:</b>		
<b>Representante Legal:</b>		
<b>Profissão:</b>	<b>RG ou CPF:</b>	<b>Data:</b>

Condições Organizacionais	Sim	Não	NA	Observações
1. O processamento dos artigos é terceirizado? a) Apresentar cópias do contrato de prestação de serviço e da licença sanitária da empresa processadora.				
2. Existe rotina implantada no serviço atualizada para o processamento dos artigos? a) Está disponível para consulta dos profissionais no local onde realizam o processamento dos artigos? b) Apresentar cópia de documentação comprobatória.				
3. Todos os equipamentos, correlatos e produtos saneantes utilizados no processamento dos artigos possuem registro junto à ANVISA?				
4. Os materiais e equipamentos utilizados no processamento dos artigos estão em perfeito estado de conservação, higienização e funcionamento?				
5. O serviço dispõe de plano de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos utilizados no processamento dos artigos? a) A manutenção preventiva é realizada no mínimo anualmente, e a manutenção corretiva é realizada sempre que necessária? b) Apresentar documento comprobatório emitido pela prestadora de serviço devidamente assinado e com Anotação de Responsabilidade Técnica (ART).				
6. O SS e SIS cumprem o disposto nas seguintes resoluções da ANVISA: RE nº. 2.605, de 11 de agosto de 2006 e RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006?				
7. Caso este SS realize processamento de artigos críticos e semi-críticos é cumprido o disposto na resolução RDC nº 2.606 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006?				
Gestão de Pessoal				
8. O processamento dos artigos é realizado por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe, quando houver?				
Aspectos Gerais de Infraestrutura Física	Sim	Não	NA	Observações
9. As instalações elétricas possuem fiação embutida, tomadas com indicação de voltagem e em número suficiente para a demanda de equipamentos utilizados no processamento dos artigos?				
10. Para os consultórios individualizados, a área destinada ao processamento dos artigos possui infra-estrutura física em				

conformidade com a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002?				
11. Para os SIS do tipo salão de beleza, estética corporal, podologia, acupuntura, estúdio de piercing e tatuagem o ambiente destinado ao processamento dos artigos dispõe de: pia inserida em bancada constituída de material não poroso, cuba funda, torneira com fechamento sem o comando das mãos, estando provida de dispensadores de sabão líquido e papel toalha; assim como paredes, piso e teto revestidos por material monolítico e de fácil higienização e limpeza? a) Dispõe de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das atividades?				
<b>Abastecimento de Água</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
12. O reservatório é isento de rachaduras e possui tampa que permite a vedação completa? a) Em se tratando de um reservatório inferior a tampa é do tipo “caixa de sapato”, contendo borracha de vedação e cadeado?				
13. A limpeza e desinfecção do reservatório são realizadas no mínimo semestralmente? a) Apresentar cópia do contrato de prestação de serviços.				
14. Existe análise microbiológica no mínimo semestral e físico-química no mínimo anual da água utilizada no serviço? a) Apresentar cópias dos laudos técnicos.				
<b>Controle de Vetores e Pragas Urbanas</b>				
15. O serviço realiza ações contínuas de controle de vetores e pragas urbanas? a) Apresentar cópia da documentação comprobatória e cópia da licença sanitária e ambiental da empresa que realizou o controle químico.				
<b>Saúde do Trabalhador</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
16. Existe cumprimento dos princípios de ergonomia, proteção à saúde e a segurança do trabalhador no ambiente de processamento dos artigos?				
17. Existem EPIs para a realização do processamento dos artigos, incluindo: luvas de borracha resistente e de cano longo, gorro, máscara de proteção contra inalação de vapores, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável e sapatos fechados? a) Os EPIs estão à disposição em número suficiente de forma que seja garantido o seu imediato fornecimento ou reposição? b) Existem luvas de proteção térmica impermeável para a descarga das secadoras e termodesinfetadoras, bem como luvas de amianto para o manuseio das autoclaves?				
18. O serviço garante mecanismos de orientação sobre a imunização dos profissionais contra o tétano, difteria, hepatite B e outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos? a) Apresentar documentação comprobatória.				

19. Os profissionais fazem uso de adornos durante o processamento dos artigos?				
20. Os profissionais realizam a guarda e consumo de alimentos nos locais de processamento dos artigos?				
<b>Limpeza dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
21. Todos os artigos não críticos, semi-críticos e críticos são submetidos ao processo de limpeza?				
22. A limpeza é realizada imediatamente após o uso do artigo?				
23. É utilizado detergente enzimático? a) Possui registro junto à ANVISA? b) São seguidas as orientações do fabricante no que se referem à diluição, tempo de imersão e validade da solução após a diluição?				
24. A limpeza é realizada de forma manual através de fricção com produtos não abrasivos, que não liberam partículas e em imersão completa de solução aquosa potável de detergente enzimático? a) É utilizado recipiente plástico com tampa e paredes rígidas para imersão completa dos artigos, contendo etiqueta de identificação da solução, data de ativação e validade? b) Para os artigos com lúmens é utilizada escova ajustada ao tamanho do lúmen para a limpeza interna?				
25. A limpeza automatizada é realizada de acordo com as orientações do fabricante do equipamento?				
26. Os artigos que possuem mais de uma parte são desmontados, assim como as pinças e as tesouras são abertas antes da realização da limpeza e esterilização?				
27. A limpeza dos artigos com conformações complexas é precedida de limpeza manual e complementada por limpeza automatizada em lavadora ultrassônica? a) Para lúmen de diâmetro interno inferior a cinco milímetros, a fase automatizada da limpeza é realizada com conector para canulados e tecnologia de fluxo intermitente?				
28. As lâminas de barbear, lixas, espátulas e palitos de madeira, esponjas para limpeza ou esfoliação da pele são de uso único?				
<b>Enxague dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
29. É realizado enxágue dos artigos em água potável e corrente, após a limpeza e a desinfecção? a) É utilizada água potável sob pressão para o enxágue da superfície interna dos artigos com lúmens?				
<b>Secagem dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
30. É realizada através de secadora, lavadora termodesinfetadora, ar comprimido medicinal sob pressão, gás inerte ou ar filtrado seco e isento de óleo?				
31. Em se tratando de SIS, a secagem manual, é realizada com tecido de pano limpo, seco, não felpudo e exclusivo para esta finalidade?				

32. A secagem interna dos artigos com lúmens é realizada através de ar comprimido sob pressão, gás inerte ou ar filtrado seco e isento de óleo, com utilização de bicos adaptadores de tamanhos variados?				
<b>Inspeção Visual dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
33. É realizada através de lentes de aumento, analisando as condições de integridade e limpeza?				
34. Para os artigos críticos a avaliação da limpeza é complementada por testes químicos disponíveis? a) Na permanência da sujidade o artigo é submetido novamente à limpeza?				
<b>Desinfecção dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
35. Os artigos semi-críticos são submetidos à desinfecção de alto nível ou esterilização?				
36. O tipo de saneante utilizado é compatível com a criticidade dos artigos? a) O saneante possui registro junto à ANVISA?				
37. A desinfecção é realizada de forma manual, através de imersão total do artigo em solução saneante de acordo com as orientações do fabricante e monitorização dos parâmetros no mínimo uma vez ao dia (concentração, pH e outros)? a) É utilizado recipiente plástico com tampa e paredes rígidas para imersão completa dos artigos, contendo etiqueta de identificação do saneante, data de ativação e validade?				
38. O serviço realiza a desinfecção de artigos de assistência ventilatória e inaloterapia através da utilização de saneantes a base de aldeídos, contrariando a legislação?				
39. Em se tratando de desinfecção automatizada são seguidas as orientações do fabricante do equipamento referentes a tempo de permanência dos artigos, manuseio e instalação?				
40. As pissetas e os recipientes plásticos que acondicionam gel transdutor são submetidos à limpeza e desinfecção no mínimo semanal, apondo-lhes novas etiquetas com identificação do conteúdo, data do envase, validade e tampas de vedação?				
41. São realizados o enxague e secagem dos artigos, após a desinfecção?				
42. Após a desinfecção, os artigos semi-críticos são embalados individualmente, apondo-lhes etiquetas contendo data do processamento, assinatura do responsável e limite máximo de uso? a) São acondicionados em local revestido por material liso, de fácil higienização e limpeza, específico, exclusivo, protegido de sujidade e livre de umidade?				
<b>Empacotamento dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
43. O tipo de invólucro utilizado é compatível com o equipamento de esterilização? a) É compatível com o peso, tipo e dimensões do artigo a				

ser esterilizado?				
44. O invólucro possui registro junto à ANVISA? a) É recomendado pela ANVISA?				
45. Os invólucros descartáveis são reutilizados?				
46. Ainda são utilizados no serviço invólucros que não são permitidos, como: papel alumínio, papel Kraft, caixas metálicas fechadas e improvisado de embalagens para a esterilização dos artigos?				
47. A selagem de embalagens tipo envelope é por termoseladora ou conforme orientação do fabricante, deixando-se uma borda para facilitar a abertura asséptica do pacote?				
48. Os pacotes são identificados antes da esterilização com as seguintes informações: nome do artigo, tipo e data do processamento, lote, validade e nome do responsável pelo processamento?				
49. É utilizado material descartável para proteção das bacias de manicure e pedicure?				
<b>Esterilização dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
50. Todos os artigos críticos são esterilizados?				
51. O método de esterilização é compatível com as condições de termossensibilidade e termorresistência dos artigos?				
52. O serviço ainda realiza esterilização por métodos que foram proibidos, como: esterilização química líquida por imersão, formaldeído ou paraformaldeído com uso de forma isolada, equipamento a base de radiação ultravioleta, ebulidores, estufa e equipamento similar?				
53. O serviço processa artigos de uso único estabelecidos na RE nº. 2.605, de 11 de agosto de 2006, da ANVISA e suas atualizações ou outras que vierem substituí-la, e tragam na sua rotulagem o termo "PROIBIDO REPROCESSAR"? a) As lâminas de barbear, lixas para unhas e pés, palitos e espátulas de madeira e esponja para esfoliação ou higienização da pele são descartados após cada uso?				
54. São seguidas as instruções do fabricante do equipamento de esterilização, no que se refere a: tempo de permanência dos artigos, temperatura, pressão, manuseio e instalação?				
55. O equipamento está instalado em local adequado, não podendo estar dentro de armários nem em locais de fluxo de circulação; devendo ser mantido em bancada de aproximadamente 0,90m?				
56. A disposição dos pacotes no interior da autoclave não ultrapassa 2/3 de sua capacidade total e não se encosta às laterais do equipamento?				
57. A água utilizada no processo de geração do vapor das autoclaves está de acordo com as especificações do fabricante?				
58. Os artigos embalados em papel grau cirúrgico são colocados no interior da autoclave com a face de papel voltada para baixo?				
59. A utilização do equipamento de esterilização do tipo				

autoclave <i>ciclo flash</i> é restrita a situações de uso imediato, no qual o artigo acidentalmente foi contaminado?				
60. A validade do processamento dos artigos em autoclave não ultrapassa 90 dias, havendo integridade e ausência de sujidade nas embalagens, monitoramento, correto manuseio e adequado acondicionamento? (Salvo em processamento devidamente validados)				
61. O serviço realiza validação do processamento? a) Apresentar cópias do contrato de prestação de serviços e licença sanitária da empresa.				
<b>Monitoramento da Esterilização</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
62. É utilizada fita zebrada ou o próprio indicador presente na embalagem em todos os pacotes a serem esterilizados em autoclaves?				
63. É realizado teste de Bowie Dick diariamente no primeiro ciclo do dia da autoclave assistida por bomba de vácuo? a) Apresentar documentação comprobatória.				
64. É realizado monitoramento químico da esterilização com integradores classe 5 ou 6?				
65. Os serviços de saúde realizam monitoramento biológico diário da esterilização? a) Em se tratando de artigos implantáveis o serviço realiza o monitoramento biológico da esterilização adicionando o indicador a cada carga? b) Apresentar documentação comprobatória.				
66. O serviço realiza o registro de todos os dados obtidos em cada ciclo do processo de esterilização em autoclaves, conforme Modelo Anexo na Lei...? a) Apresentar documentação comprobatória.				
<b>Armazenamento e Transporte dos Artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>	<b>Observações</b>
67. Os artigos processados estão acondicionados em local revestido por material liso, de fácil higienização e limpeza, exclusivo, específico, organizado, protegido de sujidade e livre de umidade? a) Estão acondicionados a uma distância mínima de 25 cm do chão, 45 cm do teto e 05 cm da parede?				
68. Os pacotes estéreis estão livres de amassamentos, empilhamentos e manuseio desnecessário?				
69. É realizado controle e registro diário de temperatura do local de armazenamento com parâmetros em torno de 25°C, e umidade relativa entre 30% e 50%? a) Apresentar documentação comprobatória.				
70. O transporte interno dos artigos esterilizados é realizado em condições que garantam a integridade da embalagem?				

Inspetor Sanitário: \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_

Inspetor Sanitário: \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_



Ministério da  
Saúde



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS

HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ailton Catreus de Freitas  
Anna Claudia Fernandes Del Nero  
Claudia Maria Ruggiero do Amaral  
Cristina de Oliveira Navas  
Márcia Corrêa de Araújo  
Mirian Tereza Milette  
Mônica Carneiro  
Priscila Rosso dos Santos  
Sonia Maria Levy Alvarez

## **“SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA PROPOSTA DE MUDANÇA NO OLHAR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA”**

São Paulo – 2012



Ailton Catreus de Freitas  
Anna Claudia Fernandes Del Nero  
Claudia Maria Ruggiero do Amaral  
Cristina de Oliveira Navas  
Márcia Corrêa de Araújo  
Mirian Tereza Milette  
Mônica Carneiro  
Priscila Rosso dos Santos  
Sonia Maria Levy Alvarez

## **“SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA PROPOSTA DE MUDANÇA DE OLHAR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA”**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão da Vigilância Sanitária

Orientador: Luiz Antônio Dias Quitério

Gestor de Aprendizagem: Ana Maria Figueiredo A. de Souza

Facilitadora de Educação Permanente: Renata Rosa

São Paulo – 2012

Ficha Catalográfica  
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Alvarez Sonia Maria Levy, Amaral Claudia Maria Ruggiero do, Araújo Márcia Corrêa de, Carneiro Mônica, Freitas Ailton Catreus de, Miletto Mirian Tereza, Navas Cristina de Oliveira, Nero Anna Claudia Fernandes Del, Santos Priscila Rosso dos.

Segurança do Paciente: Uma proposta de mudança de olhar da Vigilância Sanitária: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional da Secretaria de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e pesquisa – São Paulo, 2012.

30p.

1.Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3.Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretários Nacional de Secretários de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Segurança do Paciente: Uma proposta de mudança de olhar da Vigilância Sanitária.

## Sumário

1. Introdução .....	6
2. Justificativa.....	14
3. Objetivo Geral .....	166
4. Objetivos Específicos .....	16
5. Metodologia.....	16
5.1.Caracterização dos Municípios e perfil assistencial dos Hospitais.....	17
5.1.1.Taboão da Serra .....	17
Hospital Geral de Pirajussara.....	20
5.1.2.São Bernardo do Campo .....	211
Hospital ABC Unidades Clínico-Cirúrgica e Materno-Infantil .....	244
6. Proposta de Intervenção.....	24
ANEXO I - PLANILHA MATRIZ DAS OPERAÇÕES.....	266
ANEXO II - CRONOGRAMA .....	277
7. Referências Bibliográficas .....	288

## 1. Introdução

O trabalho em Vigilância Sanitária é uma prática social situada nas atividades regulatórias do Estado, que visam, ao mesmo tempo, assegurar a proteção da Saúde Coletiva e a reprodução e ampliação do capital. Nesse sentido, operam saberes e práticas que tentam acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico das forças produtivas, na busca de minimizar as externalidades negativas à saúde, por meio do controle dos riscos sanitários (Souza e Costa, 2010).

Segundo Costa, a Vigilância Sanitária constitui um subsetor específico da Saúde Pública e sua face mais complexa. Conforma um campo singular de articulações complexas entre o domínio econômico, o jurídico-político, médico sanitário e prática social e histórica estruturada pelo Estado para a defesa e proteção da saúde. Como área crítica das relações entre Estado e sociedade, ao lidar com produtos, processos, serviços, trabalho e ambiente e uma grande diversidade de interesses, o terreno das ações de Vigilância Sanitária expressa contradições sociais fundamentais, encontrando-se frequentemente submetido a pressões até mesmo de setores do próprio Estado (Lucchesi, 1992).

As primeiras ações desse campo não foram instituídas com o modo de produção capitalista, tampouco sob o domínio da Medicina, pois desde épocas imemoriais as sociedades, sob os mais diversos modos de produção da vida social, vem tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que podem gerar ameaças à saúde. A ancestralidade dessas práticas remonta às preocupações das organizações sociais com o *nocivo*, noção social e historicamente definida como fundamento para a imposição de medidas de controle. Desde sua origem tais ações visam o controle sanitário do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de numerosos produtos, tecnologias e serviços – objetos de trocas comerciais – intrinsecamente envolvidos no complexo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida.

A concepção mercantilista alemã de saúde pública foi sistematizada e posta em prática com a noção de *polícia médica* no final do século XVIII e início do seguinte, disseminando-se para além das fronteiras alemãs. A idéia de Código Sanitário surgiu nessa época (Rosen, 1994). Assim, quando do início da sistematização das questões referentes à higiene individual e coletiva no século XVIII, ações hoje denominadas de Vigilância Sanitária, como parte do conjunto de ações da Saúde Pública, assumiam o caráter de

*polícia médica* ou de *polícia sanitária*, carregando um “defeito” do seu formulador – Peter Frank – referido como uma “excessiva confiança na regulação legal”, uma perigosa herança para o novo mundo em expansão, gerido pela lógica do lucro e da produção, sempre ampliada, de objetos de regulação (ONA/ANVISA, 2006).

A intervenção estatal sobre a questão da saúde das populações configurou tipos diferenciados de medicina de Estado quando a Medicina Social assumiu pelo menos três direções, podendo-se verificar que o campo da Vigilância Sanitária bebe nas três fontes: a *medicina de Estado* que se desenvolveu mais especificamente na Alemanha, de onde se originou o conceito de *polícia médica* e, com ele, a sistematização das questões de saúde sob a administração do Estado. A *medicina urbana*, que se desenvolveu particularmente na França, no final do século XVIII e que deu origem à noção de salubridade e, com ela, a organização do ambiente urbano em tudo que poderia relacionar-se com as doenças. E a chamada *medicina da força de trabalho*, que sem excluir as demais e tendo incorporado o assistencialismo, desenvolveu-se na Inglaterra, onde mais rapidamente floresceu o modo de produção capitalista (Foucault, 1993).

Esta vertente serviu de base para nova concepção de controle sanitário com estruturação de complexo sistema autoritário de controle da população, que abrangia assistência e controle médico, como estratégia de encaminhamento do problema político da burguesia, que transpunha para a legislação médica mecanismos para garantir sua segurança – sanitária e política. Nesse contexto, o controle sanitário tornou-se parte da vigilância policial, com amplos poderes para interferir nos fatores considerados adversos à saúde pública. A preservação da saúde pública e da ordem pública deveria responder a necessidades provenientes do mesmo fenômeno de crescente socialização da vida urbana (Foucault, 1993; Singer et al, 1978).

O modelo institucional de Vigilância Sanitária desenvolvido no Brasil manteve-se isolado das demais ações de saúde e de ações de outros âmbitos setoriais com os quais tem interface, além de ser pouco permeável aos movimentos sociais. A atuação calcada no poder de polícia, perceptível na ação fiscalizatória, mesmo insuficientemente exercida, produziu um viés que se manifesta numa concepção de Vigilância Sanitária ainda dominante

que a reduz ao próprio *poder de polícia*, expressando-se na assimilação dessas práticas sanitárias limitadas à fiscalização e à função normatizadora. Tal redução acabou gerando certa rejeição – até mesmo no âmbito da saúde – a esse aspecto da função pública e em simplificação do longo processo histórico de construção do objeto da Vigilância Sanitária, como também não utilização de outros instrumentos de ação fundamentais à efetividade das práticas e à construção da cidadania.

Muito se espera do aparato institucional quanto à tutela dos interesses difusos que se estendem para abarcar os direitos das futuras gerações, questão emergente na polêmica atual acerca de intervenções genéticas em seres humanos e de colocação de produtos transgênicos no mercado de consumo. Tal questão traz novas demandas para a Vigilância Sanitária e grandes enfrentamentos com o poderio econômico das empresas detentoras das novas tecnologias, lembrando que além dos requisitos de qualidade, eficácia e segurança no referente a práticas e produtos de interesse da saúde, a Vigilância deve fazer valer, intransigentemente, o princípio bioético do benefício e o princípio da precaução para garantir a proteção da saúde da coletividade.

A noção de risco sanitário é fundamental na Vigilância Sanitária, dada a natureza dos objetos de controle e práticas destinadas a prevenir, eliminar ou diminuir riscos à saúde. Este argumento é usado por Costa, para quem o risco sanitário refere-se à possibilidade, perigo potencial, ameaça de danos ou agravos à saúde. O conceito de risco epidemiológico é fundamental, porém insuficiente, em face das especificidades que revestem a área de Vigilância Sanitária, desde a diversidade de objetos até a natureza preventiva da ação de proteção da saúde (Barbosa e Costa, 2012).

O termo "segurança" geralmente é associado à idéia de proteção ou confiança. Pode ser compreendido como situação estável, livre de dano, perigo, incerteza, ameaça ou risco. O sentido de confiança se expressa como disposição da alma e atitude de crença tanto no autodomínio quanto na soma dos meios que visam ao êxito de uma ação, ao funcionamento adequado de um produto ou ao enfrentamento de situação adversa. Segurança, derivada do francês *assurance*, refere-se à coragem, à prudência e ao domínio da técnica (Giddens, 1990).

A noção de segurança referida por Giddens compreende a **situação em que há uma neutralização ou minimização dos perigos**. Esta definição possibilita refletir sobre a categoria de segurança vinculada à idéia de proteção contra perigos, aproximando-a da Vigilância Sanitária. Isso porque incorporaria a lógica do risco aceitável estabelecido e monitorado por um sistema de gestão de risco e da confiança depositada em um sistema perito em construção, como se pretende que seja a Vigilância Sanitária no Sistema Único de

Saúde. Os sistemas peritos são considerados sistemas de excelência técnica voltados para a ordenação dos âmbitos social e material da vida (Giddens, 1990).

No contexto de globalização exacerbada, por vezes o uso da expressão Segurança Sanitária (SS) associa-se à busca de proteção da saúde humana contra riscos advindos do modo de produção na sociedade contemporânea. Tem havido um movimento de reestruturação, por parte de instituições responsáveis pelas ações de Vigilância Sanitária, em alguns países, como a França, em 1998, e o Brasil, em 1999, para responder adequadamente a essa demanda social por SS e proteção da saúde. A compreensão da SS mostra-se relevante para a formulação, o redirecionamento e a implementação de políticas de proteção à saúde (Barbosa e Costa, 2012).

A expressão Segurança Sanitária (SS) é referida na literatura internacional como conjunto de políticas públicas; alerta e resposta ante as epidemias; obrigação coletiva entre Estados-membros; responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e segmento regulado; ação de interesse público; princípio norteador da saúde pública; e novo direito. Parte dessas considerações se fundamenta no questionamento: como assegurar a SS em um contexto de globalização cada vez mais ampliado? Esse tem sido um grande desafio para o Estado, a sociedade, o mercado e os organismos internacionais de Saúde Pública, enfim, para o mundo globalizado (Barbosa e Costa, 2012).

Constata-se que, na sociedade contemporânea, a ciência e seus *experts* e, por extensão, os instrumentos e/ou estratégias tradicionais de administração sanitária já não respondem satisfatoriamente à identificação e ao controle dos novos riscos, falhando na incumbência de assegurar a segurança. A efetividade das ações que visam à SS precisa ser reconstruída continuamente. Essa busca por segurança incorpora, entre outras, questões como regulamentação sanitária; estruturação ou reforço da administração sanitária em âmbito nacional, regional ou sub-regional; rede de vigilância eficiente; sistema de alerta e resposta; gestão e processos decisórios legítimos e transparentes.

Observa-se, em âmbito mundial, um movimento para responder à necessidade de SS como estratégia capaz de estabelecer limites ou graus aceitáveis dos novos riscos sanitários e minorar ou controlar as crises sanitárias. Em alguns países, o

Estado tem optado por reestruturar ou reforçar a instituição de Vigilância Sanitária, criando uma organização com a incumbência de implantar e/ou implementar um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) ou de SS forte, promover a articulação de consenso entre os agentes públicos e particulares, no circuito da produção-consumo, restabelecer a credibilidade na Vigilância Sanitária, desenvolver o gerenciamento de riscos e a vigilância em rede para impedir ou minimizar danos à saúde da coletividade e ao bom funcionamento das relações de produção-consumo (Barbosa e Costa, 2012).

Atualmente, a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem recebido atenção especial em âmbito global (Boletim, 2011).

Já em 1978, Donabedian definiu qualidade como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”, focando na tríade de gestão de estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1978).

Apesar de Hipócrates ter afirmado, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente os eventos adversos, os erros e os incidentes associados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como um ato realizado por profissionais mal treinados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que esses danos ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Dados do Instituto de Medicina/EUA indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos (KHON et al, 2000). Na Europa, os estudos realizados sobre a Qualidade da Atenção Hospitalar mostraram que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofrem danos evitáveis e eventos adversos ocasionados durante a assistência recebida. Segundo Gallotti, 50 a 60% dos eventos são evitáveis (Gallotti, 2004).

A mesma organização, em documento publicado em 2009, afirma que o conceito de Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009).

O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou outro tratamento.

Um estudo importante denominado *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS), foi publicado em 1991 em um dos periódicos da área médica mais importante do mundo, o *The New England Journal of Medicine* (Leape et al, 1991).

Essa pesquisa, que revisou 30 mil prontuários de pacientes que receberam alta de hospitais no Estado de Nova York, encontrou eventos adversos em 3,7% dos casos, sendo que 13,6% desses eventos levaram o paciente ao óbito. Importantes investigações de base populacional desenvolvidas na Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia, envolvendo exclusivamente pacientes internados, revelaram que os eventos adversos podem chegar a ocorrer em 16,6% das internações hospitalares, conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1 : Incidência de eventos adversos em pacientes hospitalizados**

Estudo	Incidência de Eventos
Harvard (HMPS)	3,7%
Austrália	16,6%
Nova Zelândia	11,3%
Grã-Bretanha	10,8%
França	14,5%

**Fonte: New England Journal of Medicine (Leape et al,1991).**

No Brasil, um estudo realizado em hospitais no Estado do Rio de Janeiro por Gouvea e Travassos, 2010 observou que em 7,6% das internações ocorreram eventos adversos (incidente que resulta em dano ao paciente), um valor muito próximo ao encontrado em trabalhos no exterior (Gouvêa e Travassos, 2010).

Dentro desses estudos citados, o número de eventos adversos que seria evitável chega a ser próximo de 60% nas situações descritas.

De acordo com Miasso et al, cerca de 30% dos danos durante a hospitalização estão associados a erros na medicação, os quais trazem, também, sérias consequências econômicas às instituições de saúde. O custo anual de morbidade e mortalidade referente a erros na medicação, nos EUA, tem sido estimado em torno de US\$ 76,6 bilhões (Miasso et al, 2006).

Com vários estudos mundiais nesta linha e em outros enfoques de falhas na segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em outubro de 2004 a World Alliance for Patient Safety (Aliança para Segurança do Paciente) com o objetivo de dedicar atenção ao problema da segurança do paciente. Sua abrangência é internacional, tendo como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais. Um exemplo dessa missão é a Campanha Global de Higienização das Mãos. Lançada em 2009, ela acontece todo dia 5 de maio e aborda a importância da higiene das mãos em serviços de saúde para reduzir doenças associadas aos cuidados de infecções. Estas infecções afetam centenas de milhões de pacientes em todo o mundo a cada ano. Desde o lançamento da campanha em 2009 até abril de 2012 já reuniu inscrições de 15.000 estabelecimentos de saúde na maioria dos Estados – Membros da OMS (dentre eles o Brasil), demonstrando compromisso com a melhoria da segurança do paciente (WHO, 2008).

Segundo Sousa, da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, não é conhecida a verdadeira dimensão nem as consequências associadas às falhas na segurança do paciente. Vários são os fatores que contribuem para esta realidade, entre eles se destacando a ausência de orientações gerais e específicas que harmonizem as ações a desenvolver no sentido de analisar as causas e conseqüentemente diminuir ou eliminar as falhas que podem desencadear a ocorrência de eventos adversos; o predomínio de uma cultura de culpabilização e ostracismo perante as falhas e suas potenciais consequências, em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem a partir delas; e a inexistência de um sistema nacional de notificação dos eventos adversos. Em suma, a falta de uma estratégia nacional explícita para esta problemática, à semelhança do que já existe em países como Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Noruega, entre outros. Nos Estados Unidos, os resultados dos estudos já citados desencadearam um conjunto de ações, entre as quais a aprovação de leis em 15 Estados tornando obrigatório a notificação dos eventos adversos (Sousa, 2006).

Em muitos países foi implementado um sistema nacional de notificação de eventos adversos, ou de potenciais situações de risco, cuja função principal consiste no registro e conseqüente análise da raiz dos problemas que estiveram na base da ocorrência do evento ou dano no doente. O objetivo não é reunir provas para formalizar uma acusação, mas sim aprender com os erros, difundir estas informações e introduzir mudanças no sistema ou nas práticas no intuito de evitar que os mesmos erros se repitam no futuro.

Paralelamente, estudos realizados em outras áreas, cujo exemplo paradigmático é o da aviação, demonstraram que quanto maior for a eficácia do sistema de notificação, ou seja, quanto mais situações forem relatadas e analisadas, menor é a probabilidade dos erros ou falhas voltarem a repetir.

Neste contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – publicou a RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, dispondo sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Esta norma define em seu Capítulo I, Seção III, artigo 4º, item XI, Segurança do Paciente como um conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde. Preconiza que o serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de incorporar uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços (artigo 5º). O artigo 8º refere que os serviços de saúde devem estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como: (ANVISA, 2011)

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Atualmente, em vários pontos do país, identificam-se experiências exitosas de prevenção e controle do risco sanitário de serviços de saúde. Elas incorporam a educação e o consumo consciente de produtos e serviços; a prevenção e o controle de riscos em estabelecimentos de saúde (processo que vai desde a aprovação de projetos, cadastro, classificação de risco e complexidade dos serviços, licenciamento sanitário, monitoramento por meio de inspeções sistemáticas, indicadores de avaliação de serviços); a regulamentação; o incentivo a sistemas externos de qualidade; a estruturação de redes sentinelas, sistemas de informação, notificação e investigação de eventos adversos (ONA/ANVISA, 2006).

Estas experiências ainda são muito pontuais, dificultando um consenso e um padrão para avaliação do risco sanitário associado à utilização dos serviços de saúde no país. Diante do quadro apresentando e da atual estrutura da Vigilância Sanitária é evidente a necessidade de se aprofundar a avaliação e o conhecimento dos riscos envolvidos na prestação da assistência à saúde dos pacientes, garantindo efetivamente a sua segurança.

## 2. Justificativa

O grupo composto de profissionais de diversas formações na área da saúde, com afinidade específica em Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde, discutiu seus processos de trabalho em relação aos estabelecimentos de assistência à saúde (EAS). Foi consenso entre os participantes que o processo de trabalho da VISA encontra-se fragmentado, distante do objeto principal da saúde pública que são as pessoas. As ações de Vigilância Sanitária desenvolvidas atualmente pelas equipes municipais e regionais avaliam diversas áreas nos estabelecimentos de assistência à saúde (EAS), tais como:

- Estrutura físico-funcional, incluindo mobiliário;
- Recursos humanos;
- Materiais e equipamentos;
- Medicamentos e produtos;
- Procedimentos técnicos operacionais;
- Programa de controle de infecção hospitalar;

Neste contexto, avaliando relatórios de inspeção realizados pela Vigilância Sanitária nos EAS com internação pode-se observar que as avaliações apresentavam as seguintes características:

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- *Parciais em relação ao risco:* não contemplando a assistência, somente avaliando o cumprimento de normas legais, que na maioria das vezes estão registradas apenas no papel e não são colocadas em práticas durante a assistência ao paciente.
- *Subjetivas:* dependendo da percepção de risco do técnico que o avalia. Um texto de Gonzalez et al, 2009 refere que a percepção é o processo pelo qual o ser humano toma consciência dos fatos e de suas relações num contexto ambiental (fixação). Embora o ambiente influencie significativamente na percepção, aquilo que é percebido depende das habilidades construtivas, da fisiologia e das experiências, ou seja, a percepção depende da capacidade de atentar (ponto de fixação da pessoa), dos interesses e motivações e das experiências passadas. Portanto, até mesmo entre diferentes técnicos, a percepção do risco pode variar para mais ou para menos.
- *Compartimentadas:* não relacionando diferentes fatores, atividades e procedimentos da prática assistencial entre si. Cada um dos procedimentos da assistência se desdobra em diversos outros pontos, interrelacionados como uma teia, onde a segurança em um ponto colabora com a segurança em outros pontos do processo e a falha na segurança de um único ponto, pode levar a eventos indesejáveis em todo o processo, diminuindo a qualidade do atendimento, com consequências, muitas vezes, irreparáveis.
- *Sem conteúdo referente à qualidade da assistência:* as equipes de VISA não utilizam indicadores epidemiológicos ou próprios para avaliar a assistência prestada por uma instituição ao longo do tempo (série histórica).

A situação sanitária dos EAS com internação expressa nos relatórios de inspeção consultados, os dados da literatura consultada sobre a falta de qualidade e segurança dos serviços prestados trazem a necessidade de um novo olhar da vigilância sanitária de modo que a inspeção sanitária nos EAS com internação possam ser mais abrangentes, favorecendo a avaliação da assistência na perspectiva da segurança do paciente.

### 3. Objetivo Geral

Fortalecer ações voltadas à Segurança do Paciente nos estabelecimentos hospitalares da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), ressignificando e qualificando a o processo de trabalho da Vigilância Sanitária.

### 4. Objetivos Específicos

- I. Caracterizar o hospital com as informações existentes;
- II. Criar, adotar, propor, indicadores relacionados à segurança do paciente consoante com a RDC 63/11;
- III. Avaliar o hospital à luz dos instrumentos e indicadores adotados;
- IV. Produzir relatório com análise do risco considerando informações relevantes à luz da RDC 63/11;
- V. Propor capacitação em Vigilância Sanitária considerando a RDC 63/11.

### 5. Metodologia

Este Projeto Aplicativo (PA) apresentou como base para sua elaboração o Planejamento Estratégico Situacional – PES, criado pelo economista chileno *Carlos Matus*, 1996. Ao longo dos encontros do curso, diferentes momentos foram vividos em busca da elaboração do PA, por meio de uma aprendizagem baseada na problematização do cotidiano de trabalho, que se caracteriza pelo uso de uma situação vivida ou construída como contexto e elementos disparadores que constroem o conhecimento e a habilidade para solucionar os problemas (Schmidt, 1983).

Inicialmente, os integrantes dos grupos diversidade elencaram três desconfortos e três desejos em relação ao desempenho de suas ações em suas esferas de trabalho. Depois, após estudar o risco sanitário, cada integrante elegeu cinco riscos sanitários vivenciados em suas áreas de abrangências, todas dentro da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), área na qual se desenvolve este curso de gestão. Com a apresentação destes riscos, os especializandos foram redistribuídos em grupos, conforme afinidade dos temas abordados nos riscos sanitários. Este Grupo Afinidade (GA) foi escolhido para desenvolver um PA na área dos Serviços de Saúde da RMSP.

O GA se apropriou de diferentes ferramentas para o planejamento do PA, iniciando com a elaboração da Matriz Decisória, que elegeu como problema prioritário a deficiência na capacitação dos técnicos de VISA. Mais do que a deficiência na capacitação, o grupo identificou uma falha no olhar dos técnicos em relação à avaliação das ações voltadas a segurança do paciente, buscando como elemento norteador a RDC 63, de novembro de 2011 (ANVISA, 2011).

Em seguida, foram identificados os atores sociais envolvidos, considerando os seus valores e interesses no problema eleito pelo grupo, além de analisar qual o poder de cada um na liberação de recursos críticos para solução do problema.

A construção da Árvore de Problemas foi a melhor contribuição para a definição do PA. Ela necessitou ser repensada em diversos momentos para o ajuste das consequências, descritores, causas e os nós críticos. Assim, definidos os nós, passou-se para o desenho das operações e atividades necessárias para solução do problema em tela (Anexo I).

O grupo definiu o universo no qual o PA será aplicado, dois hospitais na RMS, um público e um privado. Em seguida, foi elaborado um cronograma contemplando as ações envolvidas para aplicação do PA.

## **5.1. Caracterização dos Municípios e perfil assistencial dos Hospitais**

Para aplicação deste projeto, foram eleitos 2 hospitais, um público e um privado nos Municípios de Taboão da Serra e São Bernardo do Campo, respectivamente.

### **5.1.1. Taboão da Serra**

O Município está localizado na região sudeste da Grande São Paulo, sendo delimitado a sudoeste pelo Município de Embu das Artes e pela Capital que, praticamente o envolve, fazendo parte do Departamento Regional de Saúde (DRS) 1 – Grande São Paulo.

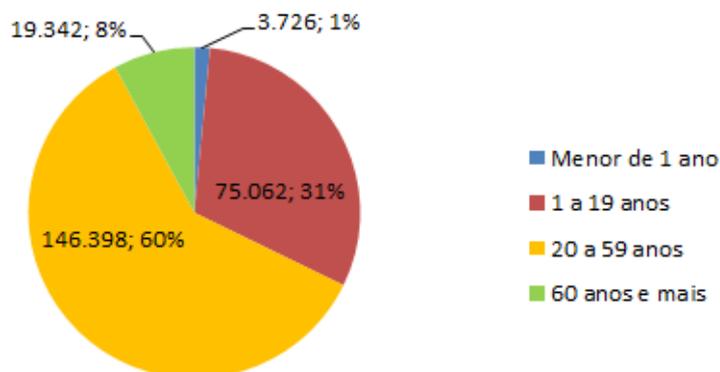
Apresenta área de 20,50 km<sup>2</sup>, totalmente fora de área de proteção ambiental, em terreno bastante acidentado e cortado por inúmeros córregos e riachos que deságuam

na Bacia do Pirajussara. É atravessado pela Rodovia Régis Bittencourt (BR-116), sua principal via de acesso e escoadouro da produção industrial local.

O Censo de 2010 apontou a população para o Município de 244.719 habitantes, com predomínio de população adulta, ou seja, na faixa etária dos 20 aos 59 anos (60%). As crianças e adolescentes (menores de 20 anos) representam 31% do total da população, enquanto os idosos (60 anos ou mais) representam 8% da população.

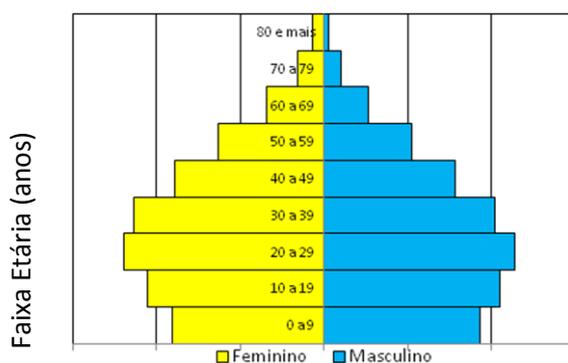
Assim, é uma população predominantemente jovem, mas que vem, ao longo dos anos, em um processo de envelhecimento contínuo e lento, em que pese à violência urbana atingindo o grupo etário de adultos de forma intensa nos últimos anos.

**Gráfico 1 – Distribuição Etária da População – Taboão da Serra – 2010**



Fonte: IBGE/DATASUS

**Gráfico 2 – Pirâmide Etária da População – 2010**



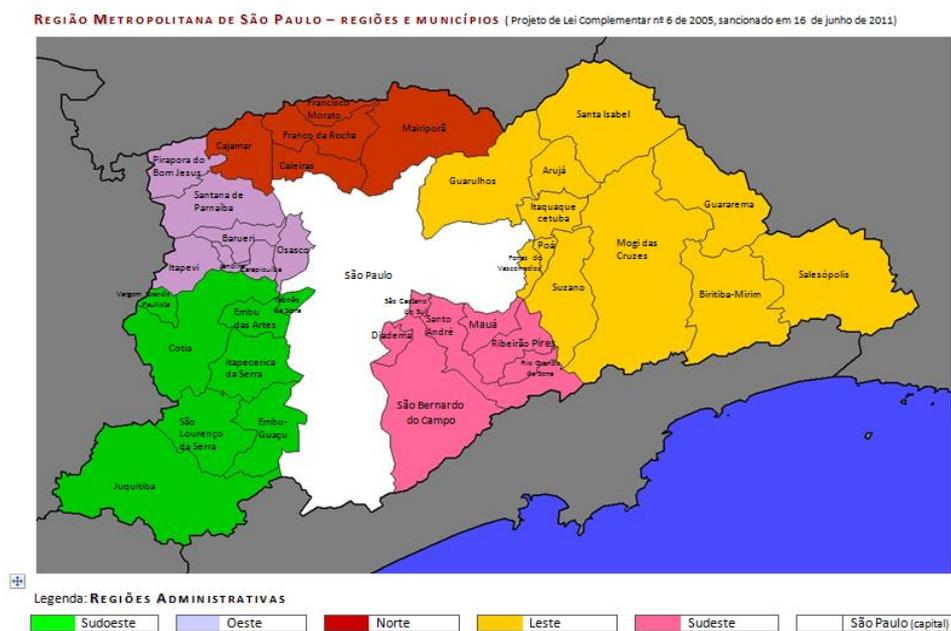
Fonte: IBGE/DATASUS

Em relação ao gênero, o Município conta com 127.633 mulheres e 116.895

homens. Há prevalência do sexo feminino, sendo a razão de sexos de 91,58 homens para 100 mulheres, abaixo do Estado de São Paulo (94,77).

O Município está inserido na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 04) – Mananciais. Foi constituído um grupo condutor que vem realizando reuniões sistemáticas com o objetivo de analisar a capacidade instalada e indicadores de saúde, bem como os pontos de estrangulamentos existentes para a constituição dessa Rede.

### Regional de Atenção à Saúde (RRAS 04) – Mananciais



O sistema de saúde do Município de Taboão da Serra é regionalizado e hierarquizado tendo como porta de entrada no sistema as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Pronto-Socorros. As UBS do Município de Taboão da Serra atuam dentro de um processo de territorialização, com as áreas de abrangência, estabelecidas a partir do estudo de utilização dos serviços pela população.

A Rede Pública de Saúde de Taboão da Serra é composta pelas seguintes unidades:

Unidades de Saúde - Rede Pública		2012
<b>Rede Básica</b>		
Unidades Básicas de Saúde		12
Centro Odontológico		01
Equipe de Saúde Bucal		
<b>Rede Especializada</b>		
Centro de Especialidades Médicas		01
Centro de Referência de Atendimento à Mulher		01
Centro de Reabilitação		01
<b>Rede de Saúde Mental</b>		
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I		01
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD		01
Centro de Convivência		
<b>Rede Hospitalar, Urgência e Emergência</b>		
Pronto Atendimento - PA 24H		01
Pronto Socorro infantil		01
Unidade Mista com Pronto Socorro e Maternidade		01
Hospital Geral Pirajussara		01
Serviço de Atendimento Móvel de Urgências -SAMU		01

### Hospital Geral de Pirajussara

Trata-se de Hospital Geral com esfera administrativa Estadual e gestão Estadual com administração direta da saúde com aproximadamente 710 médicos e outras categorias como enfermeiros, técnicos, auxiliares e outros , de aproximadamente 1243 colaboradores com atendimento prestado em nível ambulatorial, internação, serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT) e urgência. Possui fluxo de clientela de atendimento de demanda referenciada, o Hospital Geral Pirajussara também é referência em atendimento para o Município de Embu das Artes.

No total contam com 301 leitos assim distribuídos:

- Unidade Geral:
  - Ortopedia traumatologia com 20 leitos;
  - Neurocirurgia com 14 leitos;
  - Cirurgia geral 40 leitos;
  - Oncologia 5 leitos;
  - Cardiologia 7 leitos;
  - Neonatologia 20 leitos;
  - Clinica geral 45 leitos;
- Leitos complementares:

- UTI adulto 10 leitos;
- Unidade intermediária 10 leitos;
- UTI neonatal 10 leitos;
- UTI pediátrica 5 leitos.
- Unidade intermediária neonatal 2 leitos.
  
- Leitos em obstetrícia:
  - Obstetrícia cirúrgica 42 leitos;
  - Obstetrícia clínica 10 leitos;
  
- Leitos em Pediatria:
  - Pediatria cirúrgica 8 leitos;
  - Pediatria clínica 27 leitos;
  
- Especialidades:
  - Psiquiatria 10 leitos;
  - Tisiologia 4 leitos;
  
- Hospital dia:
  - Diagnóstico cirúrgico e terapêutico 12 leitos.

### **5.1.2. São Bernardo do Campo**

São Bernardo do Campo se localiza no Planalto Paulistano, numa posição intermediária entre o Porto de Santos e a Capital. Simultaneamente com os Municípios de Santo André, São Caetano do Sul, Diadema, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra e Mauá, compõe a Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo.

São Bernardo do Campo é um dos maiores Municípios da metrópole paulista, com uma área de 408,4 km<sup>2</sup>. Essa área corresponde a cerca de 50% da Sub-Região Sudeste Metropolitana (o Grande ABC), e a 5% da Região Metropolitana de São Paulo.

Um importante fator para ser considerado na análise da densidade demográfica do Município é o fato de que apenas 28,9% do território referem-se à zona urbana; 53,7% destinam-se à área de proteção aos mananciais, e 18,6% do território são ocupados pela

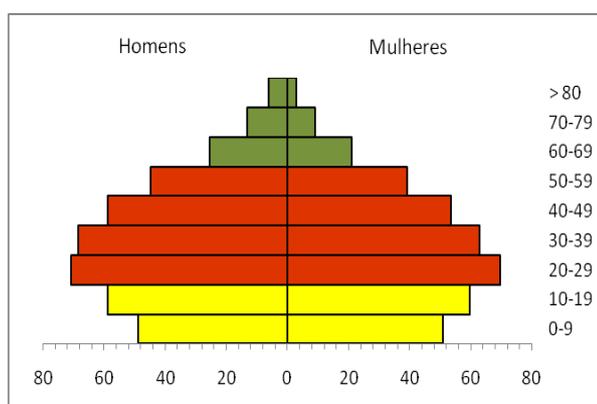
Represa Billings. Assim, aproximadamente 98% da população concentra-se na zona urbana. Essa concentração reflete-se na alta densidade demográfica do Município (6.741 hab./km<sup>2</sup>).

Em 2009, a população da Região do Grande ABC atingia mais de 2,6 milhões de habitantes. São Bernardo do Campo alcançou, segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), um total de 765.463 habitantes, respondendo por 31,13% dos residentes do Grande ABC e 1,96% da população paulista.

Em São Bernardo do Campo, a maioria dos habitantes é composta por pessoas do sexo feminino. As pessoas do sexo feminino na população de idosos são maioria, afirmando a idéia de que as mulheres tenham mais longevidade do que os homens. No entanto, se as mulheres jovens e adultas são maioria, observa-se que entre as crianças e adolescentes o contingente de homens supera o de mulheres.

A queda combinada das taxas de fecundidade e mortalidade vem ocasionando uma mudança na estrutura etária com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento proporcional dos idosos, ou seja, o envelhecimento da população está se acentuando.

**Gráfico 1 – Pirâmide Etária – 2010 (IBGE)**



**Fonte IBGE 2010**

O sistema de saúde Municipal é regionalizado e hierarquizado tendo como ordenadora da rede de atenção, as Unidades Básicas de Saúde. As UBS do Município atuam dentro de um processo de territorialização e adscrição da clientela, baseada na trajetória do usuário no sistema. Trabalha com a construção de linhas de cuidado, coerentes com as prioridades do Pacto pela Saúde. Cada UBS deve desenvolver uma micro-responsabilização sanitária de suas equipes com o território sob seus cuidados.

**HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

A rede pública de saúde de São Bernardo do Campo é composta pelas seguintes unidades:

<b>Unidades de Saúde - Rede Pública</b>	<b>2012</b>
<b>Rede Básica</b>	
Unidades Básicas de Saúde	32
Estratégia Saúde da Família - ESF (equipes)	84
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	08
Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (cobertura)	100%
Centro de Especialidades Odontológicas	01
Equipe de Saúde Bucal	32
<b>Rede Especializada</b>	
Clínica Municipal de Especialidades Médicas	01
Centro Regional de Especialidades Médicas	03
Centro de Referência de Doenças Respiratórias	01
<b>Rede de Saúde Mental</b>	
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III	03
Centro de atenção Psicossocial Infantil	01
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD	01
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD Infanto-Juvenil	01
PS Psiquiatria	01
Residência Terapêutica	05
<b>Rede Hospitalar, Urgência e Emergência</b>	
Hospital Municipal Universitário – HMU	01
Hospital de Ensino Padre Anchieta - HE Anchieta	01
Hospital Municipal de Urgências - PS Central	01
Programa de Internação Hospitalar- PID (equipe)	04
Pronto Atendimento - PA 24H	01
Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H	08
<b>Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - Bases do SAMU</b>	<b>12</b>

A rede hospitalar e de urgência emergência de Saúde Suplementar é composta por 10 hospitais, sendo:

<b>Rede Hospitalar - Saúde Suplementar</b>	<b>2012</b>
Hospital Geral (com maternidade)	02
Hospital Geral (sem maternidade)	02
Hospital Materno-Infantil	02
Hospital Especializado - Ortopedia	02
Hospital Especializado – Psiquiatria	02
Pronto Socorros	05

### **Hospital ABC Unidades Clínico-Cirúrgica e Materno-Infantil**

As duas unidades hospitalares, que se complementam, localizam-se em Bairros distintos da cidade, uma com atendimento materno-infantil e outra geral de alta complexidade (neurocirurgia, cirurgia vascular, ortopedia).

No total contam com 132 leitos assim distribuídos:

- Unidade Materno-Infantil:
  - Obstetrícia: 22 leitos
  - Cirúrgico (ginecológico): 16 leitos
  - Pediatria: 06 leitos
  - Urgência/ emergência: 05 leitos
  - Neonatologia:
    - 10 leitos de UTI
    - 04 leitos unidade intermediária
  
- Unidade Geral:
  - UTI: 13 leitos
  - Internação: 56 leitos

## **6. Proposta de Intervenção**

O Projeto Aplicativo se desenvolverá conforme as seguintes etapas:

## HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- I. Conhecer e analisar os indicadores epidemiológicos e outras informações produzidas pelo estabelecimento (perfil epidemiológico de atendimento, morbidade, mortalidade, taxa de ocupação e permanência, p.ex.);
- II. Coletar dados retroativos – histórico sanitário (relatórios anteriores, autuações, denúncias, cronogramas, levantamento de tecnologias e equipamentos, comissões, etc.);
- III. Criar instância analítica conjunta entre Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Epidemiológica (VE) e outros atores nos municípios;
- IV. Selecionar as informações que seriam relevantes para estabelecer as condições sanitárias e de segurança do paciente;
- V. Definir os indicadores;
- VI. Utilizar estes indicadores para priorizar as áreas de atenção da VISA considerando a RDC 63;
- VII. Definir grupo técnico para avaliação “in loco”;
- VIII. Inspeccionar os hospitais priorizando as áreas críticas considerando a segurança do paciente;
- IX. Produzir relatório com análise do risco;
- X. Instruir tecnicamente as ações de VISA (proposta de intervenção, processo administrativo, etc.);
- XI. Propor modificação dos formatos, fluxos, periodicidade das informações geradas por outros atores/instituições afins ao processo;
- XII. Criar programa de capacitação e educação em VISA para os técnicos envolvidos;
- XIII. Criar roteiro de auto-avaliação para os estabelecimentos;
- XIV. Propor capacitação para os estabelecimentos.

O cronograma para o desenvolvimento do PA encontra-se no Anexo II.

## ANEXO I - PLANILHA MATRIZ DAS OPERAÇÕES

OPERAÇÃO	ATIVIDADES
OP1. Caracterizar o hospital com as informações existentes	A1. Conhecer e analisar os indicadores epidemiológicos e outras informações que são produzidas pelo estabelecimento (perfil epidemiológico de atendimento, morbidade, mortalidade, taxa de ocupação e permanência). Coletar dados retroativos (histórico sanitário) antecedendo a inspeção do local (relatórios anteriores, autuações, denúncias, cronogramas, levantamento de tecnologias e equipamentos, organogramas, matriz de responsabilidade e comissões).
	A2. Criar instância analítica conjunta entre VISA, VE e outros atores nos municípios.
OP2. Criar/ adotar/ propor indicadores relacionados à segurança do paciente consoante com a RDC 63	A1. Selecionar as informações que seriam relevantes para estabelecer as condições sanitárias e de segurança do paciente.
	A2. Definir os indicadores
	A3. Utilizar estes indicadores para priorizar as áreas de atenção da VISA considerando a RDC 63.
OP3. Avaliar o hospital à luz dos instrumentos e indicadores adotados	A1. Definir grupo técnico para avaliação "in loco".
	A2. Inspecionar priorizando as áreas críticas considerando a segurança do paciente.
OP4. Produzir relatório com análise do risco considerando informações relevantes à RDC 63.	A1. Instruir tecnicamente a ação de VISA (proposta de intervenção, processo administrativo, etc)
	A2. Propor modificação dos formatos, fluxos, periodicidade das informações geradas por outros atores/ instituições afins ao processo
OP5. Educação em VISA considerando a RDC 63.	A1. Criar programa de capacitação e educação em VISA para os técnicos envolvidos.
	A2. Criar roteiro de auto-avaliação para os estabelecimentos.
	A3. Propor capacitações para os estabelecimentos.

**ANEXO II - CRONOGRAMA**

ATIVIDADES	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
1. Conhecer e analisar os indicadores epidemiológicos e outras informações que são produzidas pelo estabelecimento (perfil epidemiológico de atendimento, morbidade, mortalidade, taxa de ocupação e permanência). Coletar dados retroativos (histórico sanitário) antecedendo a inspeção do local (relatórios anteriores, autuações, denúncias, cronogramas, levantamento de tecnologias e equipamentos, organogramas, matriz de responsabilidade e comissões).						
2. Criar instância analítica conjunta entre VISA, VE e outros atores nos municípios.						
3. Selecionar as informações que seriam relevantes para estabelecer as condições sanitárias e de segurança do paciente.						
4. Definir os indicadores						
5. Utilizar estes indicadores para priorizar as áreas de atenção da VISA considerando a RDC 63.						
6. Definir grupo técnico para avaliação "in loco"						
7. Inspeccionar priorizando as áreas críticas considerando a segurança do paciente						
8. Instruir tecnicamente a ação de VISA (proposta de intervenção, processo administrativo, etc.)						
9. Propor modificação dos formatos, fluxos, periodicidade das informações geradas por outros atores/ instituições afins ao processo.						
10. Criar programa de capacitação e educação em VISA para os técnicos envolvidos.						
11. Criar roteiro de auto-avaliação para os estabelecimentos.						
12. Propor capacitação para os estabelecimentos						

## 7. Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011- Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, 2011.

BARBOSA, A. D. O. O., COSTA, E. A. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, nov 2012. v.15, nov, 2012.

Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Brasília, v. 1, jan/jul, 2011

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde. [S.l.]: [s.n.].

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, p.856-864, 1978

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder. O nascimento da Medicina Social*, Rio de Janeiro, p.79-80, 1993.

GALLOTTI, R. M. D. G. Eventos Adversos - o que são?, v. 50,N.2, p. 109-126, 2004.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. Editora UNESP, São Paulo, 1990.

GONZALEZ, C. D.; PERRELLA, N. G.; RODRIGUES, R. L.; GOLLÜCKE, A. P. B.; SCHATTAN, R. B.; TOLEDO, L. P. Conhecimento e percepção de risco sobre higiene alimentar em manipuladores de alimentos de restaurantes comerciais. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 34, n. 3, p. 45-56, dez. 2009.

GOUVÊA, C. S. D. D.; TRAVASSOS, C. "Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, V. 26 N ,p.1061-1078, jun, 2010.

KHON, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America - Institute of Medicine: National Academy Press, 2000.

LEAPE L. L., The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med.V 7; p.324-326 2 377-384,fev, 1991.

LUCCHESI, G. Vigilância Sanitária: o elo perdido. Divulgação em Saúde para Debate,V.7,p.48-52,1992

MIASSO, A.I.; CASSIANI ,S.H. B.; FAKIH F.T.; GROW, C. R.; SILVA, A. E. B. C.; Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, dez 2006.

ONA/ANVISA. Treinamento em Avaliação de Serviços de Saúde, Licenciamento Sanitário e Acreditação – TALSA Multiplicadores – Processo de Licenciamento – Módulo 03, 2006. Disponível em <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em mai 2011.

ROSEN, G. Uma história da Saúde Pública. Unesp-Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1994.

SCHMIDT, H.G. Problem based learning: rationale and description. Med Educ, , v.p11-6, 1983

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1978.

SOUSA, P. Patient Safety: a necessidade de uma estratégia nacional. Escola Nacional de Saúde pública de Lisboa Acta Med Port, Lisboa, V. 9, p. 309-318, 2006.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações Teóricas e conceituais acerca do trabalho em Vigilância Sanitária. 3. ed. Rio de Janeiro, v. 15, 2010.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) - The Conceptual Framework for International Classification for Patient Safety Final Technical Report. Jan 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>, 2009. Acesso em: 20 junho 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION)- World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: [s.n.], 2008.