PROJETOS APLICATIVOS DO CURSO DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (GVISA) 2ª edição

Área de competência "Gestão do risco à saúde" – Parte 1

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	Capacitação em boas práticas de manipulação para proprietários de Estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação do município de Guarulhos – SP.
2.	Estratégia de integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária através da inserção do Educanvisa no PSE.
3.	Formação dos agentes comunitários de saúde – ACS, da estratégia saúde da família – ASF, como multiplicadores em boas práticas de manipulação de alimentos em domicílio, na microrregião 4.1, do distrito sanitário IV, da cidade do Recife – PE.
4.	Guia de bolso: orientações de vigilância em saúde para os viajantes hospedados em Porto Alegre/RS durante a copa do mundo 2014.
5.	Lancheira legal.
6.	Motivação do profissional de vigilância sanitária: construindo uma proposta de ação.
7.	Proposta de fortalecimento das ações de educação em vigilância sanitária na comunidade.
8.	Proposta de implantação do núcleo de educação em vigilância sanitária no município do Recife.

ADRIANA DA SILVA MONÇÃO BARROS

ANTÔNIO FRANCISCO PEREIRA

ASTREIA CIBELE GENY FRANCISCA DE PAULA

ELAINE DE FÁTIMA BRITTO LETIERI

ELISABET H CLAUDIA LACHER E ADDÔR

MARIA ZILDA CARLOS

NATALIE TREVISAN PAZ

SILEIDE CELESTINA PEREIRA

SILVANA ESPOSITO

CAPACITAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO PARA PROPRIETÁRIOS DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS DE ALIMENTOS E SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP

São Paulo 2014

ADRIANA DA SILVA MONÇÃO BARROS

ANTÔNIO FRANCISCO PEREIRA

ASTREIA CIBELE GENY FRANCISCA DE PAULA

ELAINE DE FÁTIMA BRITTO LETIERI

ELISABET H CLAUDIA LACHER E ADDÔR

MARIA ZILDA CARLOS

NATALIE TREVISAN PAZ

SILEIDE CELESTINA PEREIRA

SILVANA ESPOSITO

CAPACITAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO PARA PROPRIETÁRIOS DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS DE ALIMENTOS E SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária.
Orientador: Rosemairy Norye Inamine.

São Paulo – 2014

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a conclusão da elaboração deste Projeto Aplicativo primeiramente a Deus que nos deu a vida, a inteligência, a criatividade e a capacidade de cooperação mútua.

Agradecemos também à nossas famílias pela paciência, compreensão e incentivo nas horas em que o desânimo quis nos abater.

Aos nossos amigos integrantes do Grupo Afinidade II (Guarulhos) pelo apoio e pelas contribuições tanto na elaboração, quanto nas dificuldades que superamos juntos para alcançar esta vitória.

Aos idealizadores e organizadores do Curso de Gestão da Vigilância Sanitária que se empenharam para que este curso acontecesse e tivesse como resultado a elaboração de todos os projetos.

Aos facilitadores de todos os estados participantes pelo grande trabalho, criatividade e apoio que deram aos especializandos durante todo o curso.

E especialmente à Rosemairy Norye Inamine que nos acompanhou, auxiliou e orientou na elaboração deste Projeto Aplicativo.

RESUMO

Há uma tendência nacional ao aumento no consumo de alimentos fora do domicílio. Guarulhos acompanha esta inclinação por se tratar do maior município, não capital do país, onde há um grande número de estabelecimentos na área de alimentos. As principais causas de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) são más condições de produção, armazenamento, processamento, manipulação e conservação dos alimentos. A prevenção destas é feita por meio da adoção das Boas Práticas de Manipulação (BPM): procedimentos higiênico-sanitários que devem ser implantados, de acordo com a legislação sanitária vigente, em toda cadeia produtiva de alimentos. A falta de comprometimento de proprietários dos estabelecimentos na área de alimentos tem sido apontada como uma fragilidade na adoção das BPM. O objetivo do presente estudo é minimizar os riscos sanitários decorrentes da manipulação de alimentos através da capacitação dos proprietários de estabelecimentos comerciais e de serviços de alimentação do município de Guarulhos. Os estabelecimentos em que a responsabilidade técnica não é obrigatória serão agrupados, em quatro grupos de atividades similares, baseados no CNAE. Será utilizada estratégia de metodologia ativa em capacitação de 8 horas, onde serão enfocados os problemas específicos de cada grupo, sensibilizando os responsáveis legais para disseminar o conhecimento adquirido, evitando assim as consequências do mau condicionamento, armazenamento e manipulação dos alimentos. A implantação terá início meados de 2014. Como instrumento de avaliação será utilizado um Roteiro de Inspeção das Boas Práticas em Estabelecimentos Comerciais de Alimentos e Serviços de Alimentação baseado no Anexo 1 da Portaria CVS-5/2013. Desta maneira, espera-se abrir um espaço de interlocução com os proprietários visando uma comunicação mais eficaz e maior adesão dos mesmos para adoção de BPM em seus estabelecimentos.

Palavras-Chave: Boas Práticas de Manipulação; Capacitação; Vigilância Sanitária.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 06

2. JUSTIFICATIVA..... 08

3. OBJETIVOS..... 10

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO..... 11

4.1 Contextualização do Território..... 11

4.2 Metodologia..... 12

4.3 Fases do Projeto..... 14

4.3.1 Primeira Fase: Planejamento..... 14

4.3.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão..... 15

4.3.2 Segunda Fase: Execução..... 18

4.3.2.1 Recursos e Materiais de Apoio..... 19

4.3.3 Terceira Fase: Divulgação..... 19

4.4 Avaliação..... 20

5. CRONOGRAMA..... 22

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 25

1. INTRODUÇÃO

Guarulhos é o maior município não capital do país; possui aproximadamente 1.300 mil habitantes, número que tende a crescer com o aumento dos investimentos em mobilidade urbana[1]. Somado a isto, o município é porta de entrada do país por meio do Aeroporto Internacional de Guarulhos onde há uma população, entre fixa e flutuante, de mais de 250 mil pessoas por dia. (IBATEZ, 2013)

Este cenário contribui para o aumento do consumo de alimentos fora do domicílio. No Brasil, de acordo com estudo conduzido por BEZERRA e cols. (2013), os quais utilizaram dados do Inquérito Nacional de Alimentação, com participantes da Pesquisa de Orçamentos Familiares em 2008-2009 - 40% dos entrevistados reportaram o consumo de alimentos fora do domicílio. Estes autores concluíram que o consumo de alimentos fora do domicílio deve ser considerado nas ações de saúde pública. O que justifica esta premissa é que esse crescimento no consumo de alimentos fora do lar pode levar a ocorrência de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), grande problema de saúde pública em todo o mundo e uma causa importante na redução do crescimento econômico (SOUSA, 2008).

A Vigilância Sanitária (VISA) municipal de Guarulhos faz vistorias constantes nos estabelecimentos produtores e comercializadores de alimentos com a finalidade de verificar a adoção das Boas Práticas de Manipulação (BPM): procedimentos higiênico-sanitários que devem ser implantados, de acordo com a legislação sanitária vigente, em toda cadeia produtiva de alimentos com a finalidade de minimizar riscos decorrentes da oferta de alimentos não seguros do ponto de vista higiênico sanitário (BRASIL, 2004).

No Aeroporto Internacional de São Paulo Governador André Franco Montoro, tanto a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quanto a VISA municipal fiscalizam as BPM nos serviços de alimentação, sendo que a Visa municipal emite e renova o Alvará Sanitário.

O que se observa na prática, assim como na literatura, é que a falta de capacitação em BPM dos manipuladores envolvidos nesses processos é o principal fator contribuinte para más condições de produção, armazenamento, processamento, manipulação e conservação dos alimentos. (SOUSA, 2008; AGUIAR e cols., 2010; MEDEIROS, 2010; SACCOL, 2013).

---

[1]http://www.guarulhos.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7575&Itemid=1328 Acesso em: 28/10/2013.

De acordo com levantamento de dados feito internamente junto ao Setor Técnico de Produtos da Vigilância Sanitária municipal de Guarulhos, em outubro de 2013, havia cerca de 5300 estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação. Para esta demanda, a VISA municipal realiza palestras voltadas para os manipuladores, considerando o disposto no Código Sanitário do Município de Guarulhos (GUARULHOS/ 2006).

A adesão às BPM por parte dos manipuladores, também depende principalmente do empenho dos proprietários. Uma pesquisa realizada em 23 estados e no Distrito Federal, entre agosto de 2009 e dezembro de 2012, com o objetivo de avaliar a implementação do Regulamento Técnico das Boas Práticas para Serviços de Alimentação em nível federal, verificou como fragilidade para efetivação deste processo a falta de conhecimento e comprometimento dos responsáveis por estes serviços (SACCOL, 2013). Resultado similar foi obtido em estudo realizado na cidade de Santos-SP por meio do qual foi concluído que o nível de conhecimento e percepção de risco em higiene alimentar dos proprietários de restaurantes deste município é insatisfatório. (SCHATTAN, 2009)

Apesar destes resultados, e do disposto no artigo 17 da Portaria CVS-5/13: “Nos estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação, aos quais não se exige um Responsável Técnico profissional, a responsabilidade pela elaboração, implantação e manutenção de Boas Práticas pode estar a cargo do proprietário do estabelecimento...” (SÃO PAULO, 2013), no entanto, não foram encontrados estudos referentes à capacitação para este público especificamente.

Diante desta necessidade, do grande contingente de estabelecimentos na área de alimentos instalados no município de Guarulhos, da necessidade da Vigilância Sanitária incorporar, cada vez mais, estratégias educativas em suas ações, é que surge a ideia de capacitar o responsável legal destes estabelecimentos para comprometê-los, chamá-los à responsabilidade, sensibilizá-los quanto à importância da adoção das BPM.

Para esta tarefa, optou-se pela utilização de metodologia mais participativa, com exposição do aprendiz a problemas do seu dia a dia. De forma que, com base no conhecimento individual, na aplicação de conceitos aprendidos e esclarecimentos sobre a legislação vigente durante o curso, sejam capazes de buscar soluções de forma ativa, respondendo a questões pré-formuladas, expondo suas experiências prévias e se colocando no papel de fiscal sanitário. Tudo isso com o objetivo de proporcionar uma visão ampliada de todo o processo e instrumentalizá-los para identificação e controle de possíveis problemas em pontos críticos de seus estabelecimentos.

2. JUSTIFICATIVA

Atualmente, os estabelecimentos que solicitam Alvará Sanitário no Município de Guarulhos, cujo Código Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) está relacionado a estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação, são convocados para uma palestra sobre Boas Práticas de Manipulação de Alimentos, exceto os que têm obrigatoriedade de possuir Responsável Técnico.

No modelo atual, a palestra ministrada apresenta o mesmo conteúdo para todos os estabelecimentos de forma expositiva e com duração de quatro horas, conferindo certificado a cada participante. É oferecida para qualquer pessoa vinculada, mediante agendamento e participação mínima de um representante por estabelecimento. Muitas vezes, a pessoa designada pelo estabelecimento para participar da palestra não tem contato direto com a manipulação de alimentos e pode não repassar os conhecimentos adquiridos de forma eficaz para os manipuladores (ex: contadores). Observa-se nas inspeções que há grande rotatividade de pessoas que trabalham com manipulação de alimentos, não garantindo que as informações sejam repassadas em tempo hábil para fazer com que as mudanças necessárias às boas práticas sejam aderidas no local e, além disto, o manipulador raramente tem autonomia para implementar o aprendizado adquirido.

O cenário atual tem um impacto educativo muito abaixo do possível e esperado. Em 2013, de 1102 estabelecimentos convocados, apenas 534 compareceram (aproximadamente 50%), o que pode demonstrar, dentre outras dificuldades possíveis, falta de interesse e de entendimento sobre a importância deste conhecimento e da utilização efetiva das boas práticas de manipulação. Após três convocações seguidas de repetidas ausências o processo administrativo segue para vistoria, gerando um número elevado de retornos ao estabelecimento, em virtude de irregularidades encontradas.

O comprometimento dos proprietários de estabelecimentos comerciais de alimentos e de serviços de alimentação é fundamental na adoção das BPM. Segundo Germano apud BLUMER & GERMANO (2012):

> *"o treinamento deve ser visto como uma atividade educativa que garante a manutenção, a atualização e a ampliação de conhecimentos, habilidades e atitudes. Deve, igualmente, ter como objetivo preparar o manipulador para exercer importante papel social de multiplicador dos conhecimentos adquiridos".*

Neste sentido, a Vigilância Sanitária é um espaço de intervenção que visa a promoção e proteção da saúde pública e deve incorporar em suas atividades ações educativas como a capacitação de proprietários, a fim de minimizar riscos decorrentes do consumo de alimentos não seguros do ponto de vista higiênico-sanitário.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Minimizar os riscos sanitários decorrentes da manipulação de alimentos no município de Guarulhos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover ações educativas em BPM para os proprietários de estabelecimentos comerciais de alimentos e de serviços de alimentação

- Aprimorar a metodologia utilizada nas capacitações de BPM ministradas pela VISA

- Elaborar material educativo sobre BPM;

- Divulgar para a população informações sobre BPM.

- Padronizar a aplicação de instrumento de inspeção na Seção Técnica de Produtos de Saúde, da Divisão Técnica Vigilância Sanitária do município de Guarulhos.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1 Contextualização do território

Guarulhos foi fundada em 1560, mas foi no início do século XX, quando ganhou a primeira indústria, que definiu seu perfil para a modernidade. Em 1952, a construção da Rodovia Presidente Dutra incrementou o processo de seu crescimento industrial e populacional e em meados da década de 1980 a inauguração do Aeroporto Internacional de São Paulo, Governador André Franco Montoro, consolidou o crescimento econômico da cidade.[2]

Com uma economia fortemente diversificada, a atividade industrial caracteriza-se como uma importante fonte de recursos e de desenvolvimento da cidade, ocupando papel essencial na geração de emprego e renda. O comércio e o setor de serviços também desempenham papel importante na economia do município. Guarulhos contava, em 2011, de acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)/Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com mais de 19 mil estabelecimentos comerciais formais, dos mais variados ramos e portes, inclusive grandes redes de supermercados e três shopping center.[3] Dentre estes, há aproximadamente 6000 (seis mil) estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação cadastrados no Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (SIVISA).

Considerando que histórica e culturalmente a organização dos serviços se faz de forma centralizada e descendente, não contemplando as particularidades de cada base territorial, de acordo com BARBOSA e cols (2011):

> *"em agosto de 2005, a Secretaria da Saúde de Guarulhos deu início ao processo de territorialização como estratégia e instrumento para reconstrução de um modelo de atenção à saúde, voltado para a realidade local, respeitando-se a diversidade dos diferentes territórios da cidade. O trabalho resultou em quatro regiões: Região Centro, Região Cantareira,*

[2] http://www.saaeguarulhos.sp.gov.br:8081/sobre-o-saae-guarulhos/a-cidade-de-guarulhos. Acesso em 13/05/2014

[3] http://www.guarulhos.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=1319. Acesso em 13/05/2014

Região São João/Bonsucesso e Região Pimentas/Cumbica. **(Figura 1)**

FIGURA 1: TERRITORIALIZAÇÃO ESTRATÉGICA DA SAÚDE EM GUARULHOS.

O presente projeto propõe uma capacitação direcionada aos proprietários de estabelecimentos comerciais e de serviços de alimentação do Município de Guarulhos.

Em um estudo realizado em Goiânia com o objetivo de desenvolver um programa de capacitação em BPM voltado para proprietários de restaurantes e sua equipe concluiu que o programa de capacitação tem que ser adaptado à realidade da empresa e aplicado de forma permanente (SANTOS; PEREIRA & OLIVEIRA, 2009). Neste contexto, a metodologia da capacitação foi pensada para atender a estas especificidades de forma a favorecer o entendimento de todos os participantes, uma vez que, no município de Guarulhos, o perfil demográfico dos frequentadores das palestras sobre BPM é bastante heterogêneo.

4.2 Metodologia

Para elaboração deste projeto aplicativo, partiu-se de algumas premissas com a finalidade de executar uma capacitação consistente, com resultados práticos e efetivos e atuação mais

dialógica, na busca do entendimento do significado dos riscos para a população e não apenas repasse de informações.

A metodologia utilizada teve inicio com o levantamento bibliográfico sobre metodologia ativa, e foi se desenvolvendo juntamente com o desenvolvimento do projeto, tendo sido realizada pesquisa em diversas bases de dados, entre elas Lilac's, Medline e Scielo. Foram também utilizados: banco de dados da Vigilância Sanitária de Guarulhos, sites oficiais e referenciais empíricos dos autores, que prestam serviço na Vigilância Sanitária. As ferramentas apresentadas durante o curso de Gestão em Vigilância Sanitária do SUS (Sistema Único de Saúde) foram aplicadas para a identificação do problema (Árvore de Problemas), definição dos objetivos, bem como a própria construção da intervenção e dos indicadores a serem utilizados para avaliação.

Neste sentido entendeu-se que seria necessário o desenvolvimento de uma forma de comunicação em vigilância sanitária, baseada nos princípios do SUS, para que haja uma mobilização da coletividade em busca da garantia do direito à saúde, e, portanto de ter produtos e serviços de qualidade e ter o poder de tomar as decisões frente aos riscos, comportamentos e estilos prescritos nesta sociedade (CARVALHO, 2012). A metodologia proposta para o curso de capacitação será de forma predominantemente ativa, interativa, centrada na prática no serviço, na problematização e busca de soluções alternativas.

De acordo com BARBOSA & MOURA (2013):

> *"a diferença fundamental que caracteriza um ambiente de aprendizagem ativa é a atitude ativa da inteligência, em contraposição à atitude passiva geralmente associada aos métodos tradicionais de ensino".*

Assim, não há um rigor quanto à escolha das estratégias a serem utilizadas, uma vez que há diversas. O importante é que estas partam da problematização para fazer pensar e buscar soluções. (MITRE, 2008).

Seguindo esta linha de pensamento, a capacitação foi desenvolvida de forma que os proprietários participem ativamente, pois serão expostos a problemas vivenciados no seu dia a dia, respondendo a questões pré-formuladas, expondo suas experiências prévias e exercendo o papel do fiscal sanitário. A fim de proporcionar uma visão ampliada de todo o processo e instrumentalizá-los para identificação possíveis pontos críticos em seus estabelecimentos e correção das não conformidades encontradas.

4.3 Fases do projeto

Este projeto está dividido em três fases que incluem planejamento, execução e divulgação, e serão expostas detalhadamente a seguir.

4.3.1 Primeira Fase: Planejamento

Durante o desenvolvimento deste projeto, estabelecidos os objetivos e propostas de intervenção, foi identificada a necessidade da criação de ferramentas padronizadas a serem utilizadas na construção de indicadores dos resultados alcançados com as fiscalizações e as intervenções educativas, no decorrer do tempo.

Esta ação destaca-se como primordial para todo o seguimento do projeto uma vez que, de acordo com SILVA, DUARTE & OLIVEIRA (2004), "as empresas devem enxergar a padronização como uma ferramenta que trará benefícios de custo, prazos, satisfação do cliente e principalmente qualidade nos serviços e produtos oferecidos". Para Meegen (apud SILVA, DUARTE & OLIVEIRA, 2004) a padronização é o caminho seguro para a produtividade e competitividade, pois é uma das premissas onde se assenta o moderno gerenciamento. É obtida, em sua grande parte, de forma voluntária, e consiste de uma atividade sistemática de estabelecer, por intermédio de discussões entre pessoas, o procedimento mais adequado, definindo-o como padrão a ser cumprido. Conforme o autor na busca da qualidade, a padronização é uma ferramenta gerencial que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos.

Foram realizadas reuniões para pactuar com as chefias do Departamento de Vigilância em Saúde, Divisão Técnica de Vigilância Sanitária e Seção Técnica da Produtos de Saúde e com as demais Autoridades Sanitárias municipais a utilização de uma ferramenta padronizada para as inspeções. Myrrha apud SILVA, DUARTE & OLIVEIRA (2004) aborda que:

> *"padrão é um compromisso documentado, utilizado em comum e repetidas vezes pelas pessoas relacionadas com uma determinada função...Padrão é elaborado após uma discussão democrática entre as pessoas que entendem do trabalho que está sendo padronizado".*

Após a pactuação, todas as Autoridades Sanitárias ficam responsáveis por preencher o check list e anexá-lo ao processo administrativo. A partir desta padronização durante as inspeções realizadas pela VISA Municipal haverá ferramentas mais concretas para analisar

a evolução dos estabelecimentos em relação ao cumprimento da legislação vigente e avaliar a eficácia da capacitação em BPM oferecida como proposta deste projeto.

Será utilizado como instrumento de padronização da inspeção um documento baseado no Roteiro de Inspeção das Boas Práticas em Estabelecimentos Comerciais de Alimentos e Serviços de Alimentação, anexo da Portaria CVS-5/2013, o qual tem como objetivo subsidiar a elaboração do relatório de inspeção. Neste, os itens de avaliação de conformidade são categorizados da forma seguinte:

S = Sim = o estabelecimento inspecionado atende todos os quesitos do item de avaliação.

N = Não = o estabelecimento inspecionado não atende a um ou mais quesitos do item de avaliação.

NA = Não se aplica = o item de avaliação não se aplica ao estabelecimento inspecionado.

4.3.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Contabilizou-se em outubro de 2013 o número de estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação de Guarulhos cadastrados no Sistema de Vigilância Sanitária – SIVISA e, entre processos iniciais (os quais ainda não tiveram nenhuma licença sanitária emitida) e processos ativos (aqueles com licença sanitária emitida pelo menos uma vez e ainda em funcionamento no município), obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 1 – QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS CADASTRADOS NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA POR CÓDIGO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA – OUTUBRO/2013.

CNAE	INICIAL	ATIVO	TOTAL
Açougue	55	142	197
Bares	241	321	562
Bufê	13	21	34
Comércio varejista de laticínios e frios	10	8	18
Comércio Varejista de Bebidas	34	76	110
Comércio Varejista de Produtos Alimentícios	47	45	92
Doces, balas, bombons e Semelhantes	56	132	188

CNAE	INICIAL	ATIVO	TOTAL
Hipermercados	4	12	16
Hortifrutigranjeiros	23	37	60
Lanchonete	348	640	988
Loja de Conveniência	2	4	6
Minimercados/Mercearias	162	418	580
Padaria	64	153	217
Peixaria	4	3	7
Restaurantes	304	661	965
Rotisserias	41	25	66
Serviços Ambulantes de Alimentação	170	908	1078
Supermercados	24	87	111
TOTAL	1602	3693	5295

A capacitação proposta neste projeto tem como finalidade garantir que o Responsável Legal de cada estabelecimento tenha conhecimento amplo das boas práticas de manipulação, de forma a minimizar os riscos provenientes desta. Porém, como todo o trabalho foi pensado em função do risco, optou-se por não incluir alguns destes segmentos devido a razões a seguir.

Conforme lemos no Art. 17 da Portaria CVS 05/13, “nos estabelecimentos comerciais de alimentos e serviços de alimentação, aos quais não se exige um responsável Técnico profissional, a responsabilidade pela elaboração, implantação e manutenção de Boas Práticas pode estar a cargo do proprietário do estabelecimento, ou de funcionário capacitado, que trabalhe efetivamente no local, acompanhe integralmente o processo de produção e implemente os parâmetros e critérios estabelecidos neste regulamento. Este funcionário deve ser comprovadamente submetido a curso de capacitação em Boas Práticas oferecido por instituição de ensino ou qualificação profissional ou pela Vigilância Sanitária, cujo conteúdo programático mínimo deve abordar os seguintes temas: doenças transmitidas por alimentos; higiene e saúde dos funcionários; qualidade da água e controle integrado de

pragas; qualidade sanitária na manipulação de alimentos; Procedimentos Operacionais Padronizados para higienização das instalações e do ambiente". (SÃO PAULO, 2013)

Sendo assim, considerou-se que os estabelecimentos em que a legislação obriga a contratação de um Responsável Técnico Certificado não se enquadrariam ao perfil de maior risco, já que, independente do rodízio de funcionários no local, estes sempre estarão amparados por um responsável já capacitado. Em função da magnitude e da complexidade da atividade desenvolvida, há também estabelecimentos que, na prática, possuem Responsável Técnico independente da obrigatoriedade legal, tais como os hipermercados e supermercados.

Outro grupo que não se inclui na zona de maior risco é o daqueles estabelecimentos onde há venda de produtos embalados ou *in natura* devido à ausência ou pouca manipulação de alimentos que ocorre nestes locais, como no caso dos bares, lojas de conveniência, comercio varejista de bebidas, hortifrutigranjeiros e bombonieres.

No caso dos serviços ambulantes de alimentação, manter-se-á a palestra atual oferecida pela Vigilância Sanitária Municipal, pois esta contempla bem as necessidades deste segmento particular que é tratado em Guarulhos com legislação específica como a Resolução Estadual SS142/93, a Lei Municipal 4305/93, a Lei Municipal 3573/90, o Decreto Municipal 18393/94 e o Decreto Municipal 28675/11.

Após realizar este filtro, foi necessário separar os estabelecimentos cadastrados por atividades similares, com o objetivo de facilitar a abordagem dos problemas mais comumente observados em cada segmento e a integração dos participante, conforme a tabela 2.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS SEGUNDO SUBGRUPOS ESTABELECIDOS POR SIMILARIDADE DE AÇÕES E SITUAÇÃO DO LICENCIAMENTO SANITÁRIO-GUARULHOS/2014

Subgrupo	Estabelecimentos comerciais de alimentos e Serviços de alimentação	Inicial	Ativo	Total por Subgrupo
Subgrupo 1	Minimercados/Mercearias	162	418	580
Subgrupo 2	Padaria Comércio varejista de laticínios e frios	64 10	153 8	235
Subgrupo 3	Lanchonete Restaurantes Rotisserias Bufê	348 304 41 13	640 661 25 21	2053
Subgrupo 4	Açougue Peixaria	55 4	142 3	204
TOTAL		**1001**	**2071**	**3072**

Levando em consideração a quantidade de cada grupo de estabelecimentos e a preocupação em não prejudicar nenhum destes grupos em relação à falta de capacitação, será feito um rodízio semanal de grupos de até 30 participantes, selecionados de acordo com os processos já existentes na seção técnica, revezando da seguinte forma: para cada dez grupos do ramo de restaurantes, rotisserias, bufê e lanchonete, teremos dois grupos de minimercados e mercearias, um grupo de padarias e laticínios e um grupo de açougues e peixarias. Considerando que as capacitações acontecerão semanalmente, tal rodizio recomeçará do zero após quatorze semanas.

O gerente da seção técnica da VISA municipal fará reunião prévia para definição dos responsáveis por ministrar o curso, a prioridade para capacitação de cada subgrupo e a definição e agendamento de local onde a capacitação será ministrada.

O responsável pela Seção Técnica Administrativa enviará com três semanas de antecedência a convocação aos estabelecimentos/proprietários selecionados informando as datas e local da capacitação.

Nesta fase, antes da formação da primeira turma será realizada a primeira inspeção sanitária pela equipe, quando a Autoridade Sanitária reforçará a convocação para a capacitação, aplicará o *check list.*

Concomitantemente ocorrerá a divulgação do curso, conforme descrito na terceira fase deste projeto

4.3.2 Segunda Fase: Execução

O curso será ministrado em dois dias consecutivos, sendo quatro horas de capacitação por dia. O conteúdo programático foi dividido em etapas de forma a facilitar a aprendizagem.

No primeiro dia será apresentada uma síntese de diversas reportagens sobre DTA, elaborada pelo grupo de autoria, a qual será apresentada por meio de um vídeo e terá duração de, no máximo, dez minutos.

A seguir serão expostas três situações - problema comumente identificadas durante as inspeções, apresentadas em forma de perguntas (ex.:o que/como você resolveria...?) e entregues em impressos aos participantes, os quais deverão responde-las no dia seguinte.

Após a aplicação das perguntas, será exposta a primeira parte do conteúdo programático com ênfase nos problemas identificados, resgatando os exemplos de DTA vistos no vídeo, com incentivo a participação dos capacitandos, expondo experiências vivenciadas em seus dia a dia, com duração de duas horas.

Ao término da exposição da primeira parte do curso será oferecido um *coffee break* aos participantes que deverá durar 20 minutos. Após o intervalo ocorrerá a exposição da segunda parte do conteúdo programático, com duração de uma 1 hora.

O segundo dia iniciará com a exposição da terceira e última parte do conteúdo programático, a ser realizado em um tempo estimado de 1 hora. Após esta exposição os participantes deverão resolver as situações-problema do dia anterior em 30 minutos. Após esta atividade haverá um intervalo de 20 minutos para o *coffee break*.

Na volta do intervalo será realizada uma simulação de vistoria num estabelecimento virtual (slides com fotos). Os capacitandos farão papel de fiscais sanitários e deverão identificar em cada foto mostrada as irregularidades a serem corrigidas e como fazer esta correção. Haverá em seguida sorteio de um capacitando para responder as questões, este será auxiliado por dois outros capacitandos de sua escolha.Tal atividade será realizada em no máximo uma hora e 30 minutos.

Após o termino da simulação serão entregues os certificados de participação no curso juntamente com o material de apoio.

4.3.2.1 Recursos e Materiais de Apoio

Todos os recursos financeiros e materiais necessários para a realização do projeto serão de responsabilidade do gestor de Vigilância Sanitária.

A cartilha e os folhetos a serem entregues aos capacitandos são instrumentos informativos que servirão como fonte de consulta após a capacitação. Nestes instrumentos, elaborados pelos trabalhadores do Setor de Vigilância Sanitária utilizando-se das normas técnicas vigentes, são encontradas orientações referentes à higiene e manipulação de alimentos como regras básicas para manutenção dos equipamentos de refrigeração e calor, aferição de temperatura, limpeza e conservação, organização dos alimentos nos equipamentos, manipulação de alimentos e contaminação cruzada, descongelamento, resfriamento, aspectos estruturais, instalações e a saúde do manipulador.

4.3.3 Terceira Fase: Divulgação

A divulgação se dará a partir da disponibilização de materiais informativos, específicos para as diversas atividades, de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas / CNAE, entregues durante as capacitações, além de legislações, cartilhas, folhetos, *slides*, vídeos, *check list* e dúvidas freqüentes, inseridos no site da Prefeitura Municipal de Guarulhos e disponíveis para *download*.

A divulgação pode ser considerada uma ferramenta importante da saúde pública, pois viabiliza a otimização dos recursos disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado ao contribuinte e à população.

Quanto mais informada uma pessoa, mais opções de escolhas terá e, consequentemente, mais livre irá se sentir. A informação é base de decisão, do julgamento e da ponderação. de acordo com a e possibilidades diminuindo consequentemente a margem de erro e aumentando os acertos.

De acordo com Gauderer apud FRANCO (2005) “é necessário que haja um reconhecimento do papel conscientizador da Vigilância Sanitária e que essa utilize corretamente a comunicação a seu favor para despir-se dos aspectos burocráticos, cartoriais e assumir definitivamente sua tarefa de promover e proteger a saúde da população.”

4.4 Avaliação

Serão utilizados como indicadores a diferença de não conformidades registradas no check-list aplicado antes e depois das capacitações, sendo considerado exitoso o projeto se houver diminuição de itens não conformes em relação à inspeção realizada antes da capacitação, nos estabelecimentos cujos proprietários tenham sido capacitados.

5. CRONOGRAMA

AÇÃO	2013	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	2015
Contabilizar estabelecimentos de interesse cadastrados no SIVISA														
Agrupamento por atividades similares														
Elaborar plano de aula (material, metodologia, recursos humanos e etc.)														
Separar folhetos informativos já existentes sobre as ações da Visa.														
Atualizar os folhetos e adequar legislação vigente														
Realizar reunião com a diretora do Departamento para apresentação do P.A.					14									
Realizar reunião para pactuar com todos os fiscais a utilização do check list da CVS5/13						15								
Disponibilizar material no site da Prefeitura Municipal de Guarulhos														
Priorizar grupos de estabelecimentos para agendamento das palestras														
Agendar anfiteatro														
Enviar comunique-se de convocação aos estabelecimentos/proprietários selecionados						após agendamento do anfiteatro com 30 dia de antecedência para cada Capacitação								
Pré inspeção com aplicação do cheklist						Inspeção antes da participação na capacitação								
Capacitação (turma de 30 pessoas)							dois dias consecutivos por semana							
Pós inspeção com aplicação do checklist								Após capacitação, para liberação do Alvará Sanitário						
Avaliação														

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma cidade de crescimento tão acelerado quanto Guarulhos depende-se da colaboração de todos os agentes envolvidos com o ramo de alimentação (setor governamental, setor privado, responsáveis legais, manipuladores e a própria população) para que seja dada a devida atenção às boas práticas de manipulação e para que este projeto seja realmente um marco para a saúde do município.

Até o presente momento alcançamos grande receptividade e interesse por parte dos atores responsáveis por autorizar e auxiliar na aplicação do projeto e aparente disponibilidade para mudanças no processo de trabalho atual, visando sempre a melhoria contínua deste.

O trabalho conjunto com todos estes agentes auxiliará na criação de indicadores realmente práticos e eficazes, que tem sido a maior dificuldade e barreira encontrada atualmente para sua aplicação.

Não há dúvidas, porém, que a padronização nas inspeções é um fator essencial para gerar indicadores. Sendo assim o *check list* aplicado em todas as inspeções servirá como parâmetro de avaliação da capacitação. Comparando os *check lists* preenchidos na inspeção prévia à capacitação com o da inspeção de renovação de alvará sanitário pretende-se avaliar o nível de efetividade desta metodologia participativa e a capacidade de reprodução de conhecimento por parte dos proprietários de estabelecimentos de alimentos no Município de Guarulhos.

As necessidades prioritárias para a implementação e continuidade deste projeto e para geração de resultados são o incremento no efetivo de Recursos Humanos disponíveis na Vigilância Sanitária e a garantia de recursos materiais e infra-estrutura.

Embora até o presente momento não se tenha uma avaliação qualiquantitativa do impacto da palestra atualmente ministrada, em levantamento realizado nas listas de presença de 2013, verificou-se que 51,5% dos estabelecimentos convocados não enviou representante à palestra, indicando a necessidade de criação de mecanismos que incentivem a participação dos proprietários para o efetivo cumprimento da legislação vigente.

Neste sentido, identificam-se como fatores que contribuiriam para o aumento desta adesão, a inclusão no Código Sanitário Municipal da vinculação da liberação da licença sanitária com a capacitação dos proprietários; e a descentralização da palestra, hoje ministrada na

Secretaria da Saúde, abrindo novos pólos para a capacitação nas diversas regiões de Guarulhos, a fim de facilitar desta forma o acesso de todos.

A busca e conquista de parcerias com associações e serviços privados de educação são muito importantes para ampliar o alcance da capacitação e, assim, dos resultados positivos, enxerga-se como um grande avanço o interesse demonstrado por algumas associações, durante reuniões com a diretoria, em realizar tais parcerias.

Sendo assim, destaca-se a força da união e a vontade de melhorar o quadro atual como motivação real para que este projeto não tenha sido criado em vão e tenha sua vida longa e efetiva, servindo inclusive como exemplo para outros municípios no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, O. B.; KRAEMER, F. B. Educação formal, informal e não-formal na qualificação profissional dos trabalhadores de alimentação coletiva. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, SP, v. 35, n. 3, p. 87-96, dez. 2010.

BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica. **Boletim Técnico Senac**, Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p.48-67, maio/ago. 2013.

BARBOSA, I. F.; OLIVEIRA, K. C. de; SANTOS, L. T. K. C. dos; SANTOS, M. A. V.; HIDALGO, V. P. **Diagnóstico das Condições de Vida e Saúde da Região III São João/ Bonsucesso do Município de Guarulhos.** Guarulhos, 2011. Disponível em http://observasaude.fundap.sp.gov.br/McGuarulhos/Gesto%20de%20Conhecimento/Regi%C3%A3o%20de%20S%C3%A1ude%20III%20S%C3%A3o%20Jo%C3%A3o%20Bonsucesso%20-%20Turma%20A%20(vers%C3%A3o%20preliminar)/DIAGN%C3%93STICO%20REGI%C3%83O%20III.pdf. Acesso em 10/05/2014.

BEZERRA, I. N.; SOUZA, A. M.; PEREIRA, R. A.; SICHIERI, R. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2013, vol.47, suppl.1, pp. 200s-211s. ISSN 0034-8910.

BLUMER, E. A. M. A.; GERMANO, M. I. S. Modelo de implantação de projeto de capacitação de manipuladores de alimentos em Unidade Hospitalar. **Higiene Alimentar.** V. 26 (206/207): 48-54, mar-abr. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004.**

CARVALHO, G. S. **Fundamentos conceituais e metodológicos para análise da situação de saúde na perspectiva do planejamento em Vigilância Sanitária.** Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em:https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12007/1/Diss%20MP.%20G%C3%AAnova%20Carvalho.%202012.pdf

FRANCO, F. C. **A Comunicação Como Instrumento de Promoção à Saúde: A Vigilância Sanitária de Vitória na Mídia Impressa.** Universidade Metodista de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/e/ed/GT2_-_011.pdf. Acesso em 10/05/2014.

GUARULHOS. **Lei nº 6144 de 07 de junho de 2006.** Dispõe sobre o Código Sanitário do Município de Guarulhos.

IBATEZ, R. Número de trabalhadores no aeroporto corresponde à população de diversas cidades paulistas. **Guarulhos Hoje.** Guarulhos, 28/08/2013.

MEDEIROS, C. O. **Gestão de pessoas e Segurança Alimentar de Restaurantes Comerciais: Um Estudo em Campinas, Porto Alegre e Florianópolis.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Nutrição, Florianópolis, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Vane/Desktop/Bibliografias/277159.pdf

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2133-2144, 2008

SACCOL, A. L. F. **Avaliação da Implementação do Regulamento Técnico em Boas Práticas para Serviços de Alimentação.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria – Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Vane/Desktop/Bibliografias/ana-lucia-de-freitas-saccol-tese-de-doutorado-ppgcta-seguranca%20(1).pdf

SANTOS, E.P.; PEREIRA, L. R. R.; OLIVEIRA, T. L. Implantação do programa de Boas Práticas de Manipulação para restaurantes. **Estudos**, Goiânia, v. 36, n. 5/6, p. 909-918, maio/jun. 2009

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. **Portaria CVS 5, de 09 de abril de 2013.**

SCHATTAN, RB. Conhecimento e percepção de risco sobre higiene alimentar em proprietários de restaurantes em duas regiões do município de Santos- SP. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, SP, v. 34, n. 3, p. 45-56, dez. 2009.

SILVA, W. L. V; DUARTE, F. M.; OLIVEIRA, J. N. Padronização: um fator importante para a engenharia de métodos. **Revista Eletrônica Qualit@s** – ISSN 1677-4280 – Vol. 3/2004. Número 1. Disponível em http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/35/27 - Acesso em 26/03/14.

SOUSA, C. P. de. The impact of food manufacturing practices on food borne diseases. **Braz. arch. biol. technol.[online].** 2008, vol.51, n.4, pp. 615-623. ISSN 1516-8913. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/babt/v51n4/v51n4a20.pdf

ANDREA CUTHMA BILESKI

ANDREA DE FRANCA PIZZATTO PICCIONE

CLAUDINE FORTKAMP DE ARAUJO GONÇALVES

MICHELE FIGUEIRA LEAL

ROSANE MALINOWSKI RIOGRANDENSE

SABRINA VIANNA MENDES

SIMONE RIBAS

TATIANA FARACO BENTO DE SOUZA

THAIS IBELLY KAZMIERCZAK

VIVIANE LORENE ROSE ONHA

ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS DA INSERÇÃO DO EDUCANVISA NO PSE

CURITIBA

2014

ANDREA CUTHMA BILESKI

ANDREA DE FRANCA PIZZATTO PICCIONE

CLAUDINE FORTKAMP DE ARAUJO GONÇALVES

MICHELE FIGUEIRA LEAL

ROSANE MALINOWSKI RIOGRANDENSE

SABRINA VIANNA MENDES

SIMONE RIBAS

TATIANA FARACO BENTO DE SOUZA

THAIS IBELLY KAZMIERCZAK

VIVIANE LORENE ROSE ONHA

ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS DA INSERÇÃO DO EDUCANVISA NO PSE

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

Orientadora: Lucinéia Cristina Bencke de Macedo Lino

CURITIBA

2014

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

Autoras: Andrea C. Bileski, Andrea F. P. Piccione, Claudine F. A. Gonçalves, Michele F. Leal, Rosane M. Riograndense, Sabrina V. Mendes, Simone Ribas, Tatiana F. B. Souza, Thais I. Kazmierczak, Viviane L. R. Onha
Orientadora: Lucinéia Cristina Bencke de Macedo Lino

Curso de Gestão em Vigilância Sanitária - GVISA: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2014.

xxp.

1. Integração. 2. Articulação. 3. Sistema Único de Saúde - SUS. 4. Vigilância em Saúde. 5. Atenção Primária em Saúde. 6. Núcleo de Saúde Coletiva. 7. Projeto Educanvisa. 8. Programa Saúde na Escola.

I. Ministério da Saúde. II. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. III. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. IV. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. V. Estratégia de Integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária através da inserção do Educanvisa no PSE.

G333

SUMÁRIO

RESUMO **4**
1. **INTRODUÇÃO** **5**
2. **CONTEXTUALIZAÇÃO** **6**
3. **OBJETIVOS** **11**
3.1 Objetivo Geral **11**
3.2 Objetivos Específicos **11**
4. **FUNDAMENTAÇÃO** **12**
5. **PERCURSO METODOLÓGICO** **15**
5.1 Situação Inicial **16**
5.2 Matriz Decisória **16**
5.3 Árvore Explicativa de Problemas **18**
5.4 Identificação de Atores Sociais **18**
5.5 Definição do Projeto Aplicativo (PA) **20**
6. **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO** **21**
6.1 Descrição do Plano **21**
7. **GESTÃO DO PLANO** **22**
7.1 Avaliação e Monitoramento **22**
7.2 Indicadores de Avaliação **23**
8. **CONSIDERAÇÕES** **28**
REFERÊNCIAS **29**

RESUMO

O presente Projeto Aplicativo tem como objetivo promover a integração entre a Vigilância em Saúde - VeS e a Atenção Primária em Saúde - APS, visando uma maior resolutividade na promoção da saúde pública e melhoria na qualidade do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto de maneira individual quanto coletiva. O projeto propõe promover a participação dos profissionais da VeS nas ações realizadas pelas Unidades de Saúde no Programa Saúde na Escola - PSE através da inserção do Projeto Educanvisa/Anvisa, utilizando como espaço agregador os Núcleos de Saúde Coletiva – NSC em implantação nas Unidades de Saúde – US de Curitiba. Esta estratégia auxiliará na divulgação do PSE e do Projeto Educavisa para os profissionais da saúde e educação, no incentivo dos profissionais da VeS e da APS a realizarem ações integradas de educação em saúde, na reflexão sobre os riscos associados a prestação de serviços e ao consumo inadequado de produtos sujeitos às ações da vigilância sanitária na comunidade escolar, além do fortalecimento dos Núcleos de Saúde Coletiva nas US de Curitiba. Desta maneira, os setores se articularão e a integralidade do cuidado ao usuário do SUS será construída, condição obrigatória para o alcance de resultados eficientes na promoção e proteção à saúde pública.

Palavras chave: Integração. Articulação. Sistema Único de Saúde - SUS. Vigilância em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Núcleo de Saúde Coletiva. Projeto Educanvisa. Programa Saúde na Escola.

1. INTRODUÇÃO

Este projeto é fruto das discussões realizadas no Curso de Gestão em Vigilância Sanitária do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. As diversas metodologias ativas utilizadas como estratégia de ensino-aprendizagem, como a aprendizagem baseada em problemas - PBL e aprendizagem baseada em equipes - TBL, assim como as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional - PES, serviram para enriquecer o pensamento das especializandas acerca de alternativas para a gestão de processos relacionados à Vigilância Sanitária - Visa com foco no risco sanitário inerente a cada situação. Durante o desenvolvimento do curso ficou bastante claro para as integrantes do grupo a necessidade de maior integração entre a Visa e os outros setores da Secretaria Municipal da Saúde – SMS de Curitiba, por ausência de comunicação, desconhecimento da realidade de cada serviço e outros fatores que levam a ações fragmentadas e desordenadas.

Como todas as integrantes do grupo são funcionárias da SMS, atuando em diversas áreas (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Unidades de Saúde), e neste município as vigilâncias estão inseridas na Vigilância em Saúde – VeS, optou-se por trabalhar com um tema capaz de promover ainda mais a integração entre as vigilâncias, e estas com a Atenção Primária em Saúde - APS. Mas é importante deixar claro que existe a necessidade de integração com todas as demais áreas que compõem a SMS, a fim de tornar as ações mais efetivas e articuladas e não compartimentalizadas em setores. A integração tem papel fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva que promovam o bem-estar e saúde da população.

Na busca de estratégias para alcançar a tão sonhada integração, identificou-se alguns programas já existentes que vêm ao encontro da expectativa do grupo. De um lado o Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2007), cujo eixo principal é a integração e articulação entre equipes de saúde da APS com as equipes de Educação no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos escolares e, do outro, o Educanvisa – Educação em Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007), um projeto que prepara os profissionais de Educação e da Visa para disseminar conceitos de saúde relacionados aos temas de maior relevância dentro da Visa. Outra estratégia que se soma a estes projetos é o Núcleo de Saúde Coletiva - NSC, já em execução na SMS (NASCIMENTO, 2007; VILELA, 2005), que funciona como espaço integrador entre a VeS e a APS para a discussão de temas de saúde coletiva. A idéia apresentada neste projeto é uma proposta de interrelação entre o PSE, o Educanvisa e os NSC, como forma de integrar a VeS à APS na SMS.

A integração entre os serviços ainda é um desafio para o SUS. Entretanto, a busca da melhoria do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, através de ações articuladas e integradas, deve ser uma constante no dia a dia dos profissionais da saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde SUS, desenhado na Lei Orgânica da Saúde, deve ser organizado com serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, para compor a integralidade da atenção.

A integralidade foi considerada como um objetivo a ser alcançado pelo SUS, conforme a Lei nº 8080 de 1990 que o regulamenta, que é de garantir a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990). Na organização dos serviços ela relaciona-se à articulação e coordenação entre os serviços e a garantia da continuidade da assistência. Um dos desafios à aplicação prática da integralidade na saúde é a superação do modelo de atuação centralizador e segregado da Vigilância Sanitária.

A intersetorialidade se apresenta também como uma estratégica de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um distrito sanitário, seja em um município ou uma “microrregião assistencial”. Para a organização e o gerenciamento desse processo é que se coloca a necessidade de um processo de planejamento e programação municipal e local cujos pressupostos teóricos e metodológicos sejam coerentes com a concepção de Vigilância em Saúde, possibilitando a elaboração de propostas de ações voltadas ao enfrentamento de problemas concretos, em grupos populacionais e territórios definidos, em uma perspectiva organizacional flexível, que permita a articulação de conhecimentos e práticas das diversas instituições envolvidas (TEIXEIRA e PAIM, 2000).

A Vigilância Sanitária, embora se encontre segregada da Atenção Primária à Saúde, é parte integrante do SUS, conforme a Lei nº 8080 de 1990 que a define como “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”. Esta definição reforça o papel imprescindível da Vigilância Sanitária junto à equipe de saúde na atenção primária, desenvolvendo ações a fim de contribuir na identificação, diminuição, eliminação e prevenção de riscos à saúde da população.

Assim, no campo da Vigilância Sanitária, o risco sanitário é definido como a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos relacionados a objetos submetidos a controle sanitário, no uso de medicamentos, hemoderivados, vacinas, alimentos, cosméticos, saneantes, agrotóxicos, na prestação de serviços relacionados à saúde, resíduos manejados inadequadamente e insalubridades aos ambientes de trabalho (COSTA, 2004).

Em 2001 aconteceu a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, que teve como objetivo examinar a situação da Vigilância Sanitária no âmbito do SUS, analisar sua função e organização nas várias esferas de governo e, ainda, os mecanismos de controle social (BRASIL, 2001). A I Conferência aprovou, entre outras deliberações importantes, a necessidade da construção de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA (BRASIL, 2007), integrado às demais ações de saúde desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.

O PDVISA foi construído e aprovado no período de 2005 a 2007 e teve como função estabelecer as diretrizes para a ação do Estado no escopo de atuação da Vigilância Sanitária, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, se configurando como instrumento de reafirmação da Vigilância Sanitária no campo da Saúde Pública. As diretrizes foram estabelecidas a partir de cinco eixos de discussão, com destaque para o eixo três que trata da Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde, ressaltando a necessidade da articulação das ações de Visa com as demais ações de saúde e a integralidade como prioridade na organização dos serviços.

Já o modelo da Vigilância em Saúde – VeS incorpora a integração das ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária para a prestação de uma atenção ampliada, procurando combinar os instrumentos dessas vigilâncias a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, tornando possível respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde. (OLIVEIRA, 2008).

A Vigilância em Saúde apóia-se nas ações intersetoriais e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização de conceito epidemiológico do risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sobre a forma de operações (TEIXEIRA, 2002).

Sob esse aspecto, a vigilância epidemiológica, tradicionalmente centrada no controle de doenças transmissíveis, necessita ultrapassar o modelo tradicional de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, que privilegia o evento já acontecido e contraria a concepção da vigilância, que é a de atuar antes da detecção do problema.

Precisa avançar numa proposta que aborde e contemple a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento, gerando uma concepção de vigilância integrada.

No que concerne à vigilância ambiental, é importante o resgate de uma abordagem sistêmica e interdisciplinar dos problemas de saúde e de seus riscos, consolidando um modelo que gere integração com as demais vigilâncias na formulação de estratégias intersetoriais necessárias ao seu enfrentamento. Atividades de cunho educativo em torno da questão ambiental precisam ser estimuladas, como a qualidade da água, o destino dos resíduos, a poluição, os contaminantes ambientais, desmatamento, entre outros, fortalecendo uma gestão territorial participativa.

Quanto à vigilância sanitária, a demanda por ações específicas no controle de riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços tem crescido significativamente, o que exige uma atuação mais organizada e competente, desde o nível local. A complexidade de seu escopo de atuação faz com que seja necessária a priorização das ações e articulação permanente de uma gama de conhecimentos provenientes de várias disciplinas e de profissionais de diferentes áreas, de modo a garantir a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos fundamentais para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Mesmo tratando-se de áreas específicas, é preciso que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação das estratégias e das ações, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território. (OLIVEIRA, 2008).

Dentro dos preceitos do SUS, que privilegia o município como o espaço de ação das práticas de saúde, a Vigilância Sanitária deve ser descentralizada e municipalizada. Municipalizar as ações de vigilância sanitária significa adotar uma política específica com a finalidade de operacionalizá-la recorrendo-se a novas bases de financiamento, criação de equipes e demais infra-estruturas. (EDUARDO, 2010)

No Paraná, a Vigilância Sanitária começou a atuar na década de 80, sob a direção da Secretaria Estadual de Saúde e, em 1992, ocorreu a municipalização dos serviços de saúde em Curitiba, incluindo as ações de Vigilância Sanitária. A partir de então iniciou-se a constituição das equipes para estruturação das ações e desenvolvimento do trabalho a ser realizado.

Em 1996 houve a criação da Lei nº 9000 (CURITIBA, 1996) que instituiu o Código de Saúde de Curitiba, estabelecendo as normas para a promoção, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde no âmbito de competência do município. Esta lei se baseou na Lei nº 6437/1977 (BRASIL, 1977), que trouxe determinações importantes para o exercício da Vigilância Sanitária em nosso país, estabelecendo as infrações sanitárias e quais os

procedimentos a serem adotados em cada situação.

Com o objetivo de melhorar os mecanismos de organização e gestão, além de aumentar a capacidade de resolução dos problemas próximos aos territórios, foram criadas em 1997 as administrações regionais, denominados Distritos Sanitários na área da saúde. Desse modo, houve maior organização nas ações, porque cada distrito passou a conhecer melhor as particularidades da região que lhe cabia, atuando com maior eficiência. Atualmente a saúde está dividida em nove Distritos Sanitários: Matriz, Boa Vista, Boqueirão, Bairro Novo, Cajuru, Portão, Santa Felicidade, Pinheirinho e CIC (Cidade Industrial de Curitiba).

A Secretaria Municipal de Saúde encontra-se estruturada em três eixos de gestão, incluídos no Planejamento Estratégico da SMS e no Plano Municipal de Saúde 2014/2017: Atenção, Vigilância em Saúde e Gestão. No eixo de Atenção encontram-se a Atenção Primária em Saúde, Redes de Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental. No eixo de Vigilância em Saúde estão as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Zoonoses. No eixo Gestão encontram-se os setores financeiro, jurídico, administrativo, gestão de pessoas, tecnologia de informação e educação permanente.

A Vigilância em Saúde possui no nível central duas Diretorias, uma responsável pelo Centro de Epidemiologia e outra pelo Centro de Vigilância do Risco Sanitário – CVRS (antigo Centro de Saúde Ambiental - CSA) onde estão as Vigilâncias Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Zoonoses. A Vigilância Sanitária possui uma equipe no nível central que é responsável pela coordenação e monitoramento das ações no município, apoio e referência técnica às equipes de Visa que atuam nos Distritos Sanitários, articulação junto às demais áreas da SMS e Prefeitura de Curitiba, demais órgãos municipais, estaduais e no nível federal.

Cada Distrito Sanitário possui um Diretor Distrital e três Coordenações, de Atenção, Gestão e Vigilância em Saúde. O Coordenador de Vigilância em Saúde possui duas chefias, Epidemiológica e Sanitária, responsáveis pelas equipes que executam as ações em todo o território. As equipes de Visa Distrital operacionalizam ações como emissão de parecer técnico sanitário para liberação de alvará de localização e funcionamento de estabelecimentos de interesse à saúde, emissão de licença sanitária, atendimento a denúncias e as solicitações de órgãos oficiais como o Ministério Público, Delegacia do Consumidor, Delegacia de Crimes contra a Saúde, entre outros.

Mesmo com os avanços alcançados ao longo dos anos, percebem-se ainda inúmeros desafios a serem enfrentados pela Vigilância Sanitária em Curitiba. Apesar das modificações havidas no seu enfoque conceitual e na ampliação de seu campo de atuação, a prática de vigilância sanitária parece manter suas características mais antigas,

especialmente as atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, na observação do fato, no licenciamento de estabelecimentos, no julgamento de processos administrativos sanitários e aplicação de penalidades, funções decorrentes do seu poder de polícia. Essas são suas características mais conhecidas pela população ainda nos dias de hoje.

O seu processo de trabalho ainda é realizado em função das demandas, devendo ser intensificadas as ações que priorizem os riscos sanitários presentes nos territórios, a fim de aumentar a efetividade da ação de vigilância e, consequentemente, impactando na solução dos problemas de saúde da população.

Da mesma forma, há a necessidade de trabalhar a articulação entre as vigilâncias e com as demais áreas assistenciais da saúde.

Com base nestas considerações, foram estabelecidas algumas estratégias para a construção de uma nova prática em Visa no município de Curitiba, presentes no planejamento estratégico da SMS e aprovadas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Entre elas encontram-se: reorganização das ações de Vigilância em Saúde - VeS por meio da integração das vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Zoonoses); articulação das ações da VeS com a Atenção Primária em Saúde, principalmente através da criação dos Núcleos de Saúde Coletiva; estabelecer ações intersetoriais de Vigilância em Saúde e integradas com a Região Metropolitana; ampliar acesso e qualidade dos serviços municipais de Vigilância em Saúde.

A partir da reflexão realizada pelas especializandas sobre a realidade da Visa no município, o grupo decidiu propor como Projeto Aplicativo a integração entre a VeS e a APS através da aproximação entre dois programas – PSE e Educanvisa, utilizando os Núcleos de Saúde Coletiva como espaço integrador destas atividades, a partir da proposição de temas e atividades a serem trabalhadas entre a VeS, as Unidades de Saúde e as Escolas, sugerindo metodologias e materiais de referência.

O Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2007) é fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, e foi instituído pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, através do Decreto nº 6.286/2007, com o objetivo de promover saúde e educação integral às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira.

O PSE se dá através da integração e articulação permanente de equipes de saúde da atenção básica com as equipes de educação no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos, visando a melhoria da qualidade de vida. As ações do PSE devem estar pactuadas no projeto político-pedagógico das escolas. Esse planejamento deve considerar o contexto escolar e social e o diagnóstico local de saúde do educando.

O Educanvisa - Educação em Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007) é um projeto desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, o qual trabalha temas relacionados à Vigilância Sanitária dentro das escolas. O projeto Educanvisa, criado em 2008, tem uma abordagem pedagógica ampla e se desenvolve por meio de parcerias com órgãos municipais e estaduais integrantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e com as Secretarias de Educação dos estados e municípios.

O Núcleo de Saúde Coletiva – NSC também constitui-se em uma estratégia de integração e articulação entre as equipes de saúde e a comunidade tendo como referência um determinado território. O NSC é um arranjo institucional constituído por uma equipe multidisciplinar, que atua como referência técnica para as atividades de prevenção e de promoção à saúde nas Unidades de Saúde e ajuda a estabelecer e monitorar um fluxo de ações hierarquizadas em saúde coletiva no âmbito municipal, com a retaguarda das equipes de Vigilância em Saúde dos Distritos Sanitários e do nível central da Secretaria. (NASCIMENTO, 2007). Um dos objetivos do NSC é ampliar as ações coletivas na unidade básica de saúde, através de atividades de prevenção e de promoção da saúde, aproximando a epidemiologia da clínica e da gestão. (VILELA, 2005).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Promover a integração da VeS e da APS através da inserção do projeto Educanvisa nas atividades do Programa Saúde na Escola - PSE, utilizando os Núcleos de Saúde Coletiva como espaço de articulação, buscando a integralidade do cuidado e favorecendo a melhoria da qualidade de vida da população.

3.2 Objetivos específicos

1. Divulgar o PSE e o projeto Educavisa para os profissionais da VeS, APS e da educação;
2. Aproximar os profissionais da VeS com os profissionais das Unidades de Saúde, para conhecimento dos problemas de saúde do território e das práticas realizadas;
3. Inserir os profissionais da VeS nos territórios a partir das ações realizadas nas escolas;
4. Fortalecer os Núcleos de Saúde Coletiva com a inserção dos profissionais da VeS para realização de atividades conjuntas;
5. Divulgar as ações da VeS para os profissionais da APS e da educação;
6. Promover reflexão sobre os riscos associados ao consumo inadequado de produtos sujeitos às ações da vigilância sanitária na comunidade escolar;

7. Incentivar a participação dos profissionais da VeS no planejamento integrado com a APS em ações de educação em saúde,
8. Melhorar o processo de trabalho dos profissionais da VeS.

4. FUNDAMENTAÇÃO

Conforme a Portaria nº 1378 de 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), a Vigilância em Saúde constitui um processo continuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para promoção de saúde.

As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde - SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Estas ações envolvem: a vigilância da saúde da população; detecção e resposta às situações de emergência; vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis; vigilância de doenças crônicas, acidentes e violências; vigilância ambiental; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária. (OLIVEIRA, 2008).

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas da saúde. (OLIVEIRA, 2008). Visando a integralidade do cuidado, a Vigilância em Saúde deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias (MATTOS, R. A., 2006).

Teixeira e Paim (2000) destacam que a operacionalização de propostas inovadoras, como é o caso das ações intersetoriais, exige o desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que consista em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas.

Considerando as ações de promoção à saúde como fator comum entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, e acreditando que este pode ser um elemento integrador entre essas duas instâncias para reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos à saúde da população e fortalecer participação social no cuidado à vida, o grupo coloca a proposta de incluir temas da vigilância em saúde no Programa Saúde na Escola que é desenvolvido na atenção primária.

O Programa Saúde na Escola - PSE constitui-se de três componentes: Componente I monitora a saúde dos educandos individualmente; Componente II refere-se às ações coletivas; Componente III envolve a capacitação dos profissionais da educação e da saúde em vários temas. (BRASIL, 2007)

A adesão do município de Curitiba ao PSE a partir de junho de 2013 foi universalizada, isto é, aderiram todas as escolas municipais, incluindo os Centros Municipais de Educação Infantil – CMEI, as pré-escolas e também 33 escolas estaduais, totalizando 143.735 alunos, de um total de 399 estabelecimentos de ensino. Até o ano de 2012 apenas nove escolas e 14 mil estudantes participavam do programa.

A decisão de universalização do programa representou um passo fundamental da gestão em direção à melhoria da saúde dos escolares, seus familiares e comunidade, e refletirá também em impacto positivo na qualidade do aprendizado. Representou também um desafio para a gestão do SUS Curitiba, porque é necessário motivar os profissionais de saúde para se inserirem no programa participando da avaliação e atendimento aos estudantes, assim como na realização de ações de promoção à saúde, como oficinas e palestras. Os temas sugeridos pelo PSE incluem: alimentação saudável; prevenção de violências e acidentes; prática de atividade física; cultura da paz; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; sexualidade; saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. No intuito de ampliar os temas abordados e inserir outros aspectos da Vigilância Sanitária em suas abordagens o grupo propõe a utilização do Projeto Educanvisa nas atividades do PSE.

O Educanvisa prepara os profissionais de educação da rede pública e de vigilância sanitária dos estados e municípios para que possam disseminar conceitos de saúde relacionados à prevenção aos riscos associados ao consumo de produtos e serviços de interesse à saúde. São realizadas oficinas de trabalho com temas como medicamentos, alimentos, produtos de limpeza entre outros, utilizando materiais didáticos que permitem aos professores dispor de meios para abordar e estimular a discussão dos temas de vigilância

sanitária em sala de aula, para disseminar aos alunos e à comunidade informações sobre os cuidados que a população deve observar no consumo de produtos que apresentam risco sanitário (BRASIL, 2007)

Com o desenvolvimento do projeto Educanvisa, a Anvisa avançou na inserção do tema Vigilância Sanitária de forma transversal no ambiente escolar, em uma abordagem que acaba por difundir para toda a comunidade local conhecimentos pouco divulgados, como as implicações da automedicação para a saúde e o risco das interações medicamentosas. (BRASIL, 2007)

Este Projeto Aplicativo propõe utilizar a metodologia desenvolvida no projeto Educanvisa junto às escolas, assim como os materiais produzidos, para auxiliar nas ações que serão realizadas pelos profissionais de Vigilância em Saúde, da atenção básica e professores no Programa Saúde na Escola.

Dentro da proposta de integração dos diferentes setores da Secretaria Municipal de Saúde, este Projeto Aplicativo sugere a utilização dos Núcleos de Saúde Coletiva como espaço para o planejamento e monitoramento das ações a serem desenvolvidas.

O Núcleo de Saúde Coletiva é um arranjo institucional de apoio às ações de saúde coletiva, com uma equipe multiprofissional, de abrangência local, responsável por articular, conduzir e avaliar ações orientadas à promoção, prevenção de agravos e vigilância em saúde (NASCIMENTO, 2007). No município de Curitiba os NSC estão sendo formados e estruturados com a participação de diferentes atores: Vigilância em Saúde, Promoção, Apoio Institucional, DAPS, Gabinete, Gestão de Pessoas e Planejamento, conceituados como arranjo institucional de apoio às ações de saúde coletiva, de abrangência local, responsável por articular, conduzir e avaliar ações orientadas à promoção, prevenção de agravos e vigilância em saúde.

Neste contexto, o NSC fica definido como um espaço para articular as ações de saúde coletiva entre as áreas da VeS e da atenção primária em todos os níveis de gestão; articular ações entre equipamentos intersetoriais, interinstitucionais, usuário/cidadão; e estabelecer e monitorar ações em saúde coletiva, subsidiando a gestão local com análise do processo de trabalho e mudança de prática, a partir da análise do perfil de produção/produtividade da Unidade de Saúde, perfil epidemiológico, sócio-ambiental e demais indicadores, avaliando riscos e vulnerabilidade locais. (VILELA, 2005)

Este Projeto Aplicativo propõe a utilização do Núcleo de Saúde Coletiva como espaço integrador, para planejar e monitorar todas as ações propostas e realizadas pelos atores envolvidos: profissionais da Vigilância em Saúde, da Unidade de Saúde, dos responsáveis pelo PSE, professores, entre outros.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

A elaboração do Projeto Aplicativo foi realizada através da metodologia ativa, utilizando a problematização ou aprendizagem baseada em problemas - PBL como estratégia de ensino-aprendizagem, cujo foco é trabalhar os problemas/tensões, refletindo sobre eles e, a partir disto, criar possíveis soluções (MITRE, 2008). A problematização tem como objetivo alcançar e motivar o discente, pois diante do problema ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. (BERBEL, 2011).

Conforme Sakai e Lima (1996), ela se desenvolve com base na resolução de problemas propostos, com a finalidade de que o aluno estude e aprenda determinados conteúdos. A esfera cognitiva do PBL deve garantir que o aluno estude situações suficientes para se capacitar a procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema ou um caso clínico. (BERBEL, 2013).

Utilizamos também os referenciais do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Para Carlos Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação, portanto o planejamento e a ação são inseparáveis. Por sua vez, a ação sem cálculo que a preceda e a presida é mera improvisação. O planejamento estratégico é estruturado a partir da identificação de problemas, os quais são sempre vistos nas suas múltiplas dimensões: político, econômica, social, cultural, etc., de forma intersetorial. Os quatro momentos do PES são: explicativo: seleção, descrição e explicação do problema: o que é, o que tende a ser? (análise da situação inicial); normativo: desenho de um plano para enfrentar o problema, proposição de ação em diferentes cenários: o que deve ser? (programa direcional); estratégico: análise e construção da viabilidade política do plano e dos caminhos estratégicos: o que fazer? Com quem? Como? Para que? O que pode ser? (análise de viabilidade) e; tático-operacional: gestão e implementação do plano: fazendo (condução do processo de operacionalização dos módulos do plano) (ARTMANN, 2000).

Para elaboração do projeto aplicativo procuramos levar em consideração os diferentes saberes e práticas de cada integrante da equipe, construindo uma proposta de intervenção em que todos se propuseram a executar, além de considerarmos os recursos, as experiências e conhecimentos necessários para implementação do plano.

5.1 Situação Inicial

A discussão sobre o projeto aplicativo iniciou com a reflexão das especializandas através da seleção de três problemas de seu local de trabalho. Posteriormente esses desconfortos foram agrupados por semelhança nomeando três macroproblemas, que são:
1) Gestão de pessoas (falta de conhecimento técnico, falta de comprometimento técnico, escassez de Rh e equipamentos, relacionamento interpessoal e valorização pessoal);
2) Processo de trabalho (planejamento de ações para melhorar o andamento da equipe, processo de trabalho da VISA, padronização, organização do tempo, julgamento de processos administrativos, grande demanda e indicadores).
3) Desarticulação entre as instancias da SMS (falta de integração das vigilâncias, não ter domínio do todo, falta de feedback, utilização de outros equipamentos da saúde).

Analisando a situação acima descrita o grupo definiu os macroproblemas da seguinte forma:

- Gestão de Pessoas: necessidade de uma política de valorização profissional com ênfase nas dimensões técnico, social e afetiva.
- Processo de trabalho: necessidade de revisão e reestruturação dos processos de trabalho considerando diferentes aspectos como a gestão do risco, a demanda excessiva, falta de padronização das ações, de indicadores e da organização do tempo.
- Desarticulação entre as instâncias da SMS: falta de integração entre os serviços da SMS por ausência de comunicação, desconhecimento da realidade de cada serviço, levando a ações fragmentadas e desordenadas.

5.2 Matriz Decisória

De posse dos macroproblemas elencados previamente, houve a eleição de um desses como um problema a ser trabalhado no projeto aplicativo do grupo, através do uso da matriz decisória para a sua seleção. Esse processo ocorreu em duas etapas sendo a primeira a construção de uma matriz decisória para a seleção de problema 1 considerando valor e interesse, sendo o valor de um problema classificado em alto, médio ou baixo e diz respeito à importância que se dá a solução desse e o interesse sendo expresso pela atitude diante dele, ou seja, manter a realidade, mudar a realidade ou ser indiferente a ele. A

segunda etapa foi a construção da matriz decisória para seleção de problema 2 considerando a importância, a urgência, a capacidade de enfrentamento e a ordem de prioridade. A importância do problema pode ser classificada como muito alta, alta, média, baixa ou muito baixa. (SÍRIO LIBANÊS, 2013)

Para estabelecer a urgência para a solução do problema convencionou-se uma pontuação total para todos os problemas selecionados. A capacidade de enfrentamento diz respeito ao controle do grupo sobre os recursos necessários e relevantes para resolver o problema (dentro, fora e parcial). O problema apontado por estas matrizes para ser trabalhado foi o da falta de integração entre Vigilância em Saúde e a Atenção Primária. Tal escolha se deu pelo fato do grupo possuir maior capacidade de enfrentamento, aliada a maior urgência para sua resolução e ao fato de ser considerado de importância mais alta. Além disso, todos mostraram interesse positivo em relação a esta realidade.

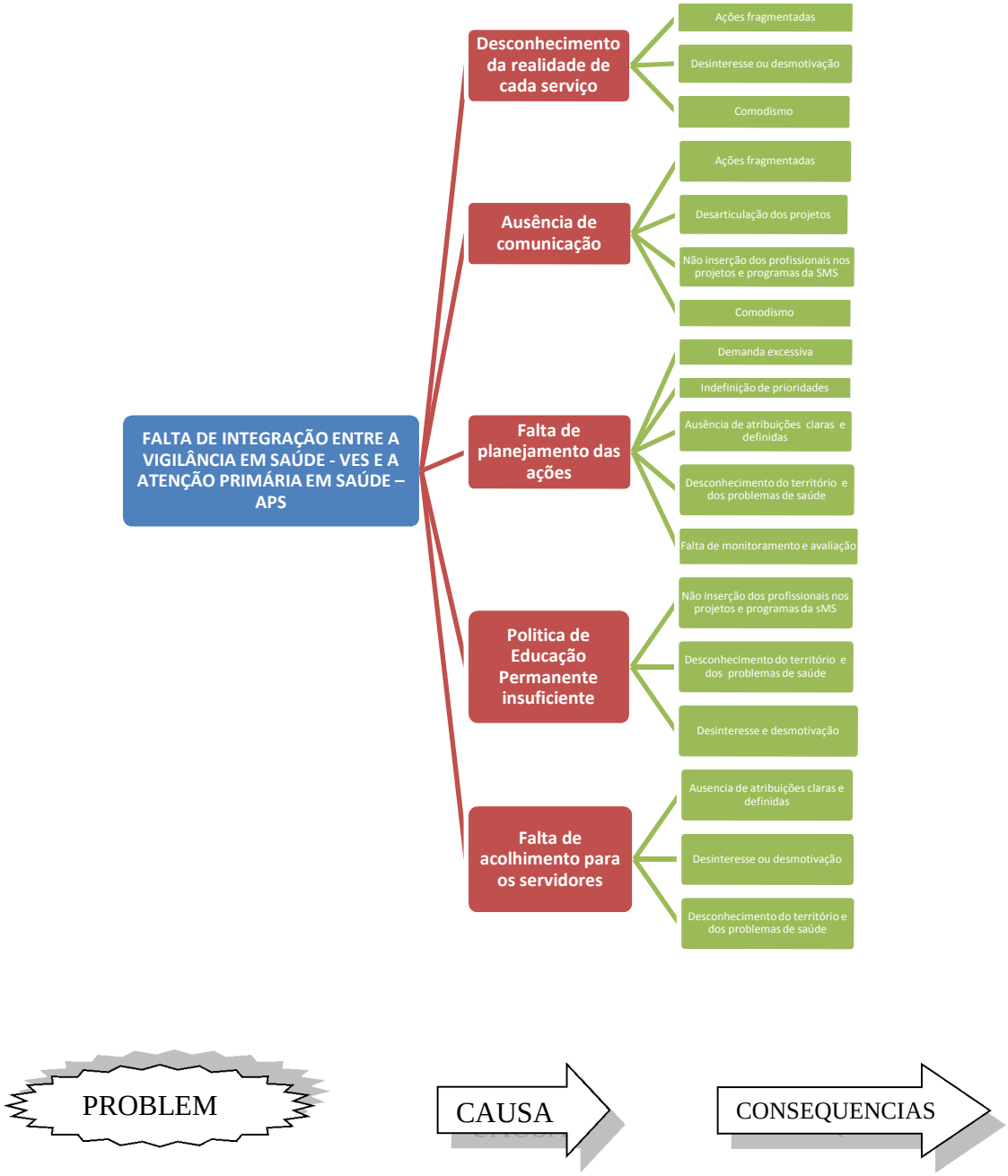
Para uma melhor caracterização do problema a ser estudado, construímos a árvore explicativa do problema (figura 1). Na construção do Projeto Aplicativo, a árvore explicativa é utilizada para a leitura da realidade, identificação de necessidades e/ou problemas. É um diagrama de causa efeito que possibilita a análise do problema priorizado e procura compreender suas relações causais. O objetivo da árvore explicativa é estabelecer as ligações mais importantes visando analisar a realidade que é complexa de uma forma mais simplificada.

As principais causas, os nós críticos, apontadas para a falta de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária da Saúde foram: Desconhecimento da realidade de cada serviço; Ausência de comunicação e; Falta de planejamento das ações. Todos estes fatores contribuem para a falta de articulação entre a Vigilância em Saúde com a APS e com os demais setores da SMS.

As consequências apontadas na árvore explicativa do problema selecionado foram: realização de ações fragmentadas, desinteresse ou desmotivação dos profissionais, falta de acolhimento, comodismo, a não inserção dos profissionais no território, desarticulação dos projetos realizados na SMS, demanda excessiva de atividades, indefinição de prioridades, falta de educação permanente, ausência de atribuições claras e definidas, desconhecimento do território e dos problemas de saúde e a falta de monitoramento e avaliação das ações.

Depois fizemos a discussão sobre a identificação dos nós críticos, que correspondem às causas do problema que, quando atacadas, são capazes de causar impacto no problema principal e efetivamente transformá-lo, algo que está em nosso espaço de agir, em nossa governabilidade, cujo enfrentamento tem possibilidade de ser viabilizado pelos atores que estão planejando (CAMPOS, 2010).

Figura 1. Árvore Explicativa de Problemas



5.4 Identificação de atores sociais

O planejamento estratégico coloca como fundamental a incorporação de um processo participativo, porque possibilita a incorporação de vários atores sociais, incluindo a

população. Desta forma, o planejamento tem mais possibilidade de êxito, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação e dando mais legitimidade e viabilidade política ao plano (CAMPOS, 2010).

Matus (1989; 1993) define ator social como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que este ator tenha: controle de recursos relevantes, uma organização minimamente estável, e um projeto para intervir nesta realidade. De acordo com Mattos (2010), quem planeja, antes de ser o ator social, ou é um indivíduo, ou é um coletivo de pessoas com visões e interesses mais ou menos em comum, que efetivamente se engaja num conjunto de encontros com vistas a construir, seguindo alguns procedimentos acordados entre eles, um conjunto de propostas que, no seu próprio entendimento, permitiria conduzir esta situação rumo ao desenho considerado desejável.

Para a identificação dos atores estratégicos em nosso projeto aplicativo, foi utilizada uma ferramenta (Matriz 1), que estabelecia critérios de valores alto, médio e baixo, referentes ao poder que o grupo afinidade entende ter o ator, para a mudança da situação inicial até a situação desejada. Quanto ao critério interesse este diz respeito a motivação do ator para mudar ou não a realidade existente. Para isso, forem utilizados sinais positivo (tem interesse de mudar) e negativo (quer manter a realidade).

Matriz 1. Identificação de atores relevantes

Ator Social	Valor	Interesse	Pontuação
Secretário de Saúde	Alto	+	10
Diretor de Distrito Sanitário	Alto	+	9
Diretores de VeS	Alto	+	9
Coordenadores de Ves/DS e central	Alto	+	10
Coordenadores US	Alto	+	9
Profissionais dos NSC	Alto	+	10
Demais profissionais da US	Alto	+	9
Profissionais da VeS	Alto	+	10
Diretor da APS	Médio	+	8
Coordenadores de gestão e de atenção	Médio	+	8
Coordenadores do PSE da SMS e SME	Alto	+	10
Professores das escolas participantes	Alto	+	10
Alunos das escolas participantes	Alto	+	10
Conselhos Locais, Distritais e Municipal	Alto	+	9

5.5 Definição do Projeto Aplicativo – PA

Após vários encontros para discussão do PA, optou-se em trabalhar com o Programa Saúde na Escola – PSE como estratégia de integração entre a VeS e a APS, a partir da proposição de temas e atividades a serem desenvolvidas em conjunto entre a VeS, as Unidades de Saúde e as Escolas, sugerindo metodologias e materiais de referência a partir da experiência do Projeto Educanvisa/Anvisa.

Para melhor conhecimento do grupo em relação ao Programa Saúde na Escola - PSE, foi realizada uma reunião com representantes da coordenação do programa na SMS de Curitiba, que apresentaram o histórico do programa no município e materiais de referência. Informaram que, com a ampliação do PSE em 2013 para todas as escolas municipais públicas de Curitiba, foram realizadas no segundo semestre as avaliações dos escolares (estado nutricional, avaliação oftalmológica e saúde bucal), constante no Componente 1 do programa. Quanto às atividades do Componente 2 (atividades de promoção e prevenção de saúde com escolares) e do Componente 3 (capacitação dos profissionais da saúde e educação), elas estão em construção junto com os responsáveis do PSE nas Unidades de Saúde.

O grupo identificou muitas interfaces entre as estratégias de integração do PSE com as propostas de integração entre a VeS e a APS, principalmente nos componentes II e III. Iniciou-se então, a discussão de como integrar a VeS no PSE e identificou-se no Projeto Educanvisa, desenvolvido pela Anvisa desde 2006 mas ainda não realizado nas escolas municipais de Curitiba, uma proposta interessante para ser desenvolvido no Projeto Aplicativo. A partir daí, levantou-se todo o material disponível sobre o Educanvisa e foi realizada uma reunião do grupo com a coordenadora nacional do Educanvisa, Alice Souza que, além de repassar informações e materiais do projeto, se colocou a disposição para colaborar com o projeto aplicativo e na implantação do Educanvisa em Curitiba.

Com base nas informações obtidas nestes encontros, o grupo optou em trabalhar o Educanvisa com o PSE, utilizando como espaço integrador os NSC que já estão em desenvolvimento na SMS Curitiba. Desta forma, amplia-se os espaços de discussão entre a VeS, Atenção Primária e a Educação, possibilitando assim a integração das ações podendo contribuir para a melhoria das condições de saúde da população.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a identificação do problema e da seleção dos nós críticos, refletiu-se sobre as estratégias de intervenção para enfrentamento do problema e elaboração do plano de ação propriamente dito.

O plano de ação é composto de operações selecionadas para impactar nas causas consideradas mais importantes ou nós críticos do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações devem ter prazo para execução, consomem vários tipos de recursos, entre eles econômicos, organizacionais (estrutura física, RH, equipamentos,), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e de poder ou recursos políticos (CORDONI, 2013).

É fundamental ter claro os produtos e resultados esperados das operações, pois ajudam a monitorar o plano de ação (CAMPOS, 2010). Para o alcance e viabilização dos objetivos foram elaboradas as seguintes estratégias:

- Construção de mecanismo de divulgação do PSE e do Educanvisa para os profissionais da Vigilância em Saúde, da assistência e da educação.
- Construção de propostas de ações para os componentes II e III do PSE com a inserção de temas relacionados com a VeS nas ações do PSE;
- Avaliação e monitoramento das ações através da utilização de indicadores previstos no PA;
- Discussão do PSE nos Núcleos de Saúde Coletiva, levantando propostas de ação;

6.1 Descrição do plano

A primeira etapa do projeto aplicativo será a constituição de um grupo gestor da SMS composto por integrantes das áreas de vigilância em saúde, coordenação do PSE/APS e da Promoção em Saúde, que será responsável pela apresentação, acompanhamento e monitoramento do projeto.

Em seguida, o grupo gestor efetuará a apresentação aos gestores da SMS, no colegiado gestor ampliado (secretário da saúde, diretores do nível central e dos distritos sanitários) e no colegiado de Vigilância em Saúde (gestores da VeS do nível central e dos distritos sanitários), elucidando seus objetivos, estratégias e metodologia utilizadas para alcançá-los. Na seqüência, esta conversa acontecerá na reunião do PSE para os gestores da saúde e da educação, para a aprovação e implementação das propostas apresentadas.

Após a aprovação dos gestores, o projeto será apresentado pelas coordenações da VeS Distritais nos colegiados distritais (Diretores dos DS e coordenações das US), para a identificação de um Núcleo de Saúde Coletiva disposto a acolher o projeto. O Núcleo de Saúde Coletiva que participará do projeto deverá, no primeiro momento, selecionar uma escola municipal da sua área de abrangência que já desenvolva ações do PSE de forma mais ativa, a qual indicará professores para participar da oficina do Educanvisa.

Para organização da Oficina do Educanvisa, será necessário que a Secretaria Municipal da Saúde oficialize junto à Anvisa a intenção do município de Curitiba em participar do projeto, informando o nome das nove escolas, relação de professores e quantidade de alunos que serão envolvidos no projeto. Participarão da oficina, além dos professores, representantes dos Núcleos de Saúde Coletiva, da Ves dos Distritos Sanitários e do nível central e do PSE/APS. Outra tarefa do grupo gestor será viabilizar a infraestrutura da oficina, bem como o lançamento e divulgação do projeto no âmbito municipal.

Após a realização da oficina, os participantes se reunirão por Distrito Sanitário para implementação das ações a serem executadas pelo PSE junto às escolas, a partir dos temas e metodologias abordados pelo Educanvisa. As atividades do planejamento serão avaliadas e monitoradas pelo grupo gestor, para identificar os avanços e desafios encontrados na realização do projeto e estratégias para ampliação do referido projeto nas demais escolas municipais de Curitiba.

7. GESTÃO DO PLANO

O grupo gestor será responsável pela implantação do projeto, bem como a avaliação e monitoramento das ações propostas. Segundo Teixeira (2001), o monitoramento de um plano envolve, pelo menos, quatro tipos de controle que são: controle administrativo (compra de materiais, contratação de serviços, etc.); controle gerencial (na perspectiva da eficiência, melhor custo/benefício e da efetividade); controle da qualidade (objetivando a eficácia técnica) e controle social (avaliação do alcance dos objetivos).

7.1 Avaliação e Monitoramento

A avaliação e o monitoramento estão relacionados com o momento tático-operacional do Planejamento Estratégico Situacional – PES (MATUS, 1989; 1993), que tratam da gestão e implementação do plano de ação, do saber fazer no momento oportuno e com eficácia para atingir os resultados e acompanhamento e monitoramento das ações. O

monitoramento e avaliação são faces de um mesmo processo, comparam o desenvolvimento de algo no tempo, monitorar é acompanhar avaliações sucessivas.

A avaliação e o monitoramento acontecerão em etapas, conforme as ações:

1. Composição do grupo gestor pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo avaliada através da análise das áreas de atuação dos componentes deste grupo, com a finalidade de verificar se os setores estratégicos envolvidos no PA estão representados (VeS, PSE/APS e Promoção em Saúde).
2. Apresentação do PA para os gestores da SMS e SME, com avaliação da sua aceitação através de análise das atas dos colegiados, trinta dias após as suas realizações.
3. Levantamento junto às Coordenações Distritais da Vigilância em Saúde das Unidades de Saúde e escolas participantes do projeto, identificando também as referências de cada local.
4. Organização da Oficina do Educanvisa, que será avaliada através da verificação cumprimento do check list, elaborado para a organização da oficina e monitorado em junho de 2015.
5. Realização da Oficina Educanvisa, que será avaliada através de análise das fichas individuais e de reunião de avaliação com os profissionais da SMS e da SME, que acontecerá em junho de 2015.
6. Planejamento das ações locais do PSE cuja avaliação acontecerá através da análise dos planejamentos locais das atividades do PSE com a finalidade de constatar se os objetivos propostos pelo PA foram contemplados e o monitoramento será em junho de 2015.

7.2 Indicadores de avaliação

Os indicadores são utilizados para auxiliar na análise e avaliação da situação de saúde e balizar a tomada de decisão do gestor, por isso a sua seleção deve ter como critério se os mesmos são válidos e confiáveis. Como são medidas dinâmicas, eles mudam com o tempo (evoluem ou regridem) e refletem o estado de saúde da população. Para serem mensuráveis, devem ser operacionalmente factíveis e comparáveis e podem ser expressos em números absolutos, medidas de tendência central (médias) e dispersão, índices, proporção, coeficiente e razão (IEP/HSL, 2013).

Algumas questões relacionadas com cada um dos tipos de indicadores: Indicadores de estrutura (características relativamente estáveis, como estrutura física, equipamentos, recursos humanos, etc.); Indicadores de processo (conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção da saúde entre profissionais e usuários). Indicadores de resultado (refletem as mudanças nas características desejáveis) (IEP/HSL, 2013).

A seguir, apresentamos a matriz com os indicadores que foram construídos para monitoramento das ações do nosso projeto aplicativo.

Matriz 2. Identificação de Indicadores

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO DE INDIC.	FONTES	Período
% de DS participantes do projeto	% de participação dos Distritos Sanitários no projeto	N° DS participantes / N° total de DS x 100	Estrutura	Registro sistematizado	Semestral
% de NSC participantes do projeto	% de participação dos NSC no projeto	N° NSC participantes do projeto / N° total de NSC implantados x 100	Estrutura	Registro sistematizado	Semestral
% de escolas participantes do projeto	% de participação de escolas no projeto	Nº de escolas participantes do projeto / total de escolas municipais X100	Estrutura	Registro sistematizado	Semestral
N° de atividades realizadas nas escolas com participação da VeS e APS	Total de atividades realizadas nas escolas com participação da VeS e APS	N° de atividades realizadas nas escolas com participação da VeS e APS	Processo	Registro sistematizado	Semestral
Nº de alunos participantes nas atividades relacionadas com VeS realizadas nas escolas	Total de participação de alunos nas atividades relacionadas com VeS realizadas nas escolas	Nº de alunos participantes nas atividades relacionadas com VeS realizadas nas escolas	Processo	Registro sistematizado	Semestral
% de satisfação dos participantes da oficina	% de participantes satisfeitos com a oficina	Nº de participantes satisfeitos com a oficina / Nº de participantes da oficina X 100	Resultado	Questionário	Após a oficina
Nº de atividades relacionadas com VeS realizadas nas escolas	Total de atividades realizadas relacionadas com a VeS nas escolas	Nº atividades relacionadas com VeS realizadas nas escolas	Resultado	Registro sistematizado	Semestral

Na sequência, a planilha descreve as operações e ações necessárias, identificando os produtos e resultados para cada operação definida, os atores, os recursos necessários para concretização das operações e a avaliação e monitoramento.

Planilha 1. Descrição das operações do Projeto Aplicativo

Ações (o que?)	Estratégia (Como)	Quando?	Atores (quem?)		Recursos necessários	Avaliação	Monitoramento (prazo)
			Responsável	Atores envolvidos			
Compor o grupo gestor do projeto	1. Indicar os integrantes que irão compor o grupo gestor através de colegiado com os atores envolvidos	2º semestre de 2014	Secretário	Gestores da VeS, PSE/APS e Promoção em Saúde	- Sala de reunião	Análise das áreas de atuação dos componentes do grupo a fim de verificar se os setores estratégicos do PA estão representados	Em novembro de 2014 – verificar a formalização do grupo gestor
Apresentar o Projeto Aplicativo para os Gestores da SMS e da SME Curitiba	1. Pautar e apresentar o PA no Colegiado Gestor Central da SMS 2. Pautar e apresentar o PA para a Coordenação do PSE da SMS e da SME 3. Pautar e apresentar o PA no Colegiado Gestor da VeS	1º semestre de 2015	Grupo Gestor	Gestores da SMS e SME	- Sala de reunião - Equipamentos áudio visuais	Análise das atas dos colegiados para verificar a aceitação do projeto apresentado	Trinta dias após a data do Colegiado Gestor – análise da ata de apresentação do projeto
Identificar nos DS os Núcleos de Saúde Coletiva e as escolas que irão participar do projeto	1. Reunião com gestores dos DS (Diretores e Coordenações) para identificação de 1 NSC 2. Reunião com os NSC para identificação de 1 Escola para participarem do projeto 3. Formalização da participação da escola através da assinatura do termo de adesão	1º semestre de 2015	Grupo Gestor	Gestores da VeS da SMS e SME	- Sala de reunião - Equipamentos áudio visuais	- Levantamento dos NSC participantes junto às Coordenações da VeS dos DS - Levantamento das escolas participantes através dos termos de adesão	Em junho de 2015 - verificar os NSC participantes no projeto e dos termos de adesão assinados pelas escolas

Organização da Oficina do Educanvisa	1.Encaminhamento do ofício de solicitação da oficina para a Coordenação do Educanvisa / Anvisa 2.Reuniãoentre representantes dos NSC, incluindo PSE e da escola indicada para apresentação do PA e convite para participação na Oficina do Educanvisa 3.Encaminhamento dos termos de adesão para a coordenação nacional do Educanvisa 4. Planejamento da oficina	1º semestre de 2015	Grupo Gestor	Anvisa, SMS, SME,	- Sala de reunião Equipamentos áudio visuais - Lanche	Verificação do cumprimento do check-list elaborado para organização da oficina	Análise do check-list antes da oficina
Realizar a Oficina do Educanvisa (componente 3 – PSE)	1. Reunião local no encontro do NSC com participantes da oficina para planejamento das ações	1º semestre de 2015	Grupo Gestor	Anvisa, SMS, SME, NSC, PSE, APS, VeS	- Auditorio - Equipamento áudio visual - Lanche - Papel - Caneta - Materiais do Educanvisa	Avaliação da oficina através de ficha individual e roda de avaliação	Em junho de 2015 - análise das fichas de avaliação individuais e das rodas de avaliação

Planejar as ações locais relacionadas à VeS no PSE	1. Reunião local com os participantes da oficina para o planejamento das ações	1º semestre de 2015	Grupo Gestor	VeS, PSE, APS, SME, NSC	- Sala de reunião - Equipamentos áudio visual	Avaliação dos planejamentos locais das atividades do PSE a fim de constatar se as ações de VeS estão contempladas no PSE.	Em junho de 2015 - verificação se os temas sugeridos sobre VeS foram contemplados no PSE

CONSIDERAÇÕES:

A elaboração deste Projeto Aplicativo foi um desafio para as integrantes do grupo, mas durante todo o processo de construção fomos trazendo elementos importantes discutidos, refletidos e aprofundados durante o Curso de Gestão em Vigilância Sanitária – GVISA, o que ajudou muito para consolidação dos conteúdos desenvolvidos nas diversas etapas do curso.

Nós consideramos este projeto extremamente viável para ser aplicado nos Núcleos de Saúde Coletiva e nas escolas municipais, uma vez que apresenta baixo custo, levando ainda em consideração que o PSE encontra-se implantado em todas as escolas municipais e que o Educanvisa é um projeto nacional já em andamento em outros municípios.

A integração entre os serviços ainda é um desafio para o SUS. Como resultado da implantação deste projeto, através da ampliação dos espaços de discussão entre as vigilâncias, atenção primária, educação e comunidade, espera-se efetivar a integração entre as equipes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, com a redução da vulnerabilidade, dos riscos e danos à saúde e o fortalecimento da participação social no cuidado à vida.

REFERÊNCIAS:

ARTMANN E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. 2000. Disponível em jun/2014: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf

BERBEL, N.A.N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun.2011. Disponivel em jun/2014: <http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf>access on 07 Sept. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório da I Conferência nacional de Vigilância Sanitária**. 2001. Disponível em jun/2014: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/ouvidoria/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwN_Dz8DA09_c19vrwAXAwNDE_2CbEdFADPcr4A!/?1dmy&urile=wcm%3Apath%3A/anvisa+portal/anvisa/ouvidoria/publicacao+ouvidoria/i+conferencia+nacional+de+vigilancia+sanitaria

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2007.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Educanvisa**. Disponível em jun/2014: http://www.anvisa.gov.br/propaganda/educacao_saude/educanvisa.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº** 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Programa Saúde na Escola - PSE**. Disponível em jun/2014: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Institui a Política Nacional de Atenção Básica.** 2011. Disponível em jun/2014: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990. **Institui o Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em jun/2014: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1378 de 09 de julho de 2013. **Institui o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Disponível em jun/2014: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei n**º 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal.** Disponível em jun/2014: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm

CAMPOS, F., FARIA, H.P., SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2ª edição. Belo Horizonte. NESCON/UFMG. 2010.

CORDONI JR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2013. Livro digital. Disponível em jun/2014: http://www.uel.br/editora/portal/pages/ livrosdigitais-gratuítos.php

COSTA, E.A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo, Hucitec/Sobravime, 1999.

CURITIBA, Lei Municipal n° 9000/1996 de 27/12/1996 - **Institui o Código de Saúde de Curitiba.** Disponível em jun/2014: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/sanitaria/leis/lm

EDUARDO, M.B.P. **Projeto Saúde & Cidadania**. 2010. Disponível em jun/2014: http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_08/index.html

MATTOS, R.A, (**Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus**. Ciência & Saúde Coletiva. 2010. Disponível em jun/2014:
http://www.otics.org:8080/otics/estacoes-de-observacao/regionalizacao/acervo/arquivos/textos-politica-e-planejamento/re-visitando-alguns-elementos-do-enfoque-situacional-um-exame-critico-de-algumas-das-contribuicoes-de-carlos-matus/view

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6º Ed., Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. P. 41-66.

MATUS, C. F**undamentos da panificação situacional**. In: Rivera, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez. 1989.

MATUS, C. **Política, planejamento governo**. Brasília: IPEA. 1993.

MILTRE, S.M et al, **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde**: debates atuais- Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

NASCIMENTO, E. S. **A implantação de um núcleo de saúde coletiva em uma unidade básica de saúde em Campinas.** 2007**.** Disponível em jun/2014: http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000344656&fd=y

OLIVEIRA, C.M., CASANOVA, A.O. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciência Saúde Coletiva**, Scielo Public Health.

SAKAI, M. H., LIMA**,** G.Z. **PBL: uma visão geral do método**. Olho Mágico. 1996.

TEIXEIRA, C.F., org. **Planejamento em Saúde** - Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.

TEIXEIRA, C.F., **Planejamento Municipal em Saúde**. Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBa. Salvador. Bahia. 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes, PAIM, Jairnilson Silva. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida**. 2000. Disponível em jun/2014: http://bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-15409

VILELA, M. F. G. **Da 'moça da vigilância' ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas?** 2005. Disponível em jun/2014: http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000374860

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS, DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ASF, COMO MULTIPLICADORES EM BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS EM DOMICÍLIO, NA MICRORREGIÃO 4.1, DO DISTRITO SANITÁRIO IV, DA CIDADE DO RECIFE - PE

PROJETO APLICATIVO: GRUPO AFINIDADE 4
FACILITADORA: Elielete Maria Pires de Azevedo
GESTORA: Maria de Fátima Meinberg Cheade

ESPECIALIZANDOS:

Angela Maria Suliano Monteiro Novaes
Azenath Helena da Silva
Carlos Alberto Bezerra Gurgel
Eder Ferreira de Oliveira e Silva
Hozilma Costa Cavalcanti
Lúcia Maria de Brito Tiago
Maria Lygia Teixeira Ferreira Barros
Marcos Antônio Lisboa de Oliveira
Simone Andréa Bezerra Barbosa
Valéria Maria da Silva Teixeira

Recife,
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....3

2 JUSTITICATIVA.....6

3 OBJETIVOS.....9
3.1 Objetivo Geral.....9
3.2 Objetivos Específicos.....9

4 REFERENCIAL TEÓRICO.....10
4.1 O Papel Educativo da Vigilância Sanitária.....10
4.2 Doença transmitidas por Alimentos.....11

5 REFERENCIAL EMPÍRICO.....15

6 PERCUSO METODOLOGICO.....16

7 VIABILIDADE FINANCEIRA.....20

8 CRONOGRAMA.....22

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....23

REFERÊNCIAS.....24

1. INTRODUÇÃO

A educação sanitária, a prática da intersetorialidade e a melhoria contínua na prestação de serviços de saúde constituem os fundamentos desse Projeto Piloto. Promover a saúde levando conhecimento ao cidadão, no interior do seu domicílio, sobre práticas corretas para manipulação dos seus alimentos, e, dessa forma, contribuir para minimizar as possibilidades de contaminação e, consequente, acometimento de enfermidades associadas à alimentação.

A cidade do Recife, como município escolhido para realização do trabalho, é a capital do Estado de Pernambuco. Constitui-se como centro de negócios e atividades governamentais do Estado, ocupando posição de destaque no litoral do nordeste do Brasil. Situa-se a 800 km das metrópoles regionais de Salvador e Fortaleza. É o núcleo da Região Metropolitana do Recife, limitando-se ao norte com os municípios de Olinda e Paulista; ao sul, Jaboatão dos Guararapes; a leste com o oceano Atlântico e a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe. Concentra 41,67 % da população estadual, grande parte das atividades econômicas e de fluxos de deslocamentos pendulares.

A população do Recife (2010) é de 1.537.704 habitantes. A taxa média geométrica de crescimento da população (2000/2010) é de 0,78 % a.a. Ocupa uma área de 218,50 km². A densidade Demográfica é de 7.037,61 hab./ km²

A cidade do Recife está dividida em seis Regiões Político-Administrativas: RPA 1 Centro, 2 Norte, 3 Nordeste, 4 Oeste, 5 Sudoeste e 6 Sul (Lei Municipal nº 16.293 de 22.01.1997). Cada RPA é subdividida em três Microrregiões que reúne um ou mais dos seus 94 bairros.

Figura 1. Bairros que compõem as Microrregiões Político-Administrativas do Recife por Regiões Político-Administrativa (RPA)

RPA	Microrregião	Bairros
1	1.1	Recife, Santo Amaro
	1.2	Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Soledade
	1.3	Coelhos, Ilha Joana Bezerra
2	2.1	Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torrão
	2.2	Água Fria, Alto Santa Teresinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira
	2.3	Beberibe, Dois Unidos, Linha do Tiro
3	3.1	Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Tamarineira, Sítio dos Pintos
	3.2	Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama
	3.3	Brejo da Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro
4	4.1	Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi
	4.2	Engenho do Meio, Torrões
	4.3	Caxangá, Cidade Universitária, Várzea
5	5.1	Afogados, Bongi, Mangueira, Mustardinha, San Martin
	5.2	Areias, Caçote, Estância, Jiquiá
	5.3	Barro, Coqueiral, Curado, Jardim São Paulo, Sancho, Tejipió, Totó
6	6.1	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep, Pina
	6.2	Ibura, Jordão
	6.3	Cohab

Fonte: Lei nº 16.293 de 22/01/1997 Diário Oficial. Recife, 1997.

A Secretaria de Saúde, como gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital, tem sob sua responsabilidade a articulação e o planejamento de ações desenvolvidas na rede de policlínicas, maternidades, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e centros médicos distribuídos em seis Distritos Sanitários.

O Distrito Sanitário IV - composto pelos bairros do Cordeiro; Ilha do Retiro; Iputinga; Madalena; Prado; Torre; Zumbi; Engenho do Meio; Torrões; Caxangá; Cidade Universitária e Várzea - foi o escolhido entre os seis Distritos Sanitários da cidade do Recife.

A estrutura organizacional dos Distritos é bastante semelhante a da Secretaria de Saúde em si, constituindo-se em verdadeiras mini secretarias de saúde. Neste projeto, duas secretarias distritais foram visitadas:

- SEVS distrital (Secretaria Executiva de Vigilâncias em Saúde distrital): responsável por planejar, coordenar, implementar e avaliar a política de Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário de forma integrada com a assistência à saúde, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população. Responsável pelas: Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Ambiental (SOVA) e Vigilância Epidemiológica (SOVE).
- Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS) responsável pelas politicas de Atenção à Saúde no território do DS IV que possui uma cobertura de PSF de 49%.

As três microrregiões do Distrito Sanitário IV – 4.1, 4.2 e 4.3, abrangem os bairros a seguir especificados e apresentados na Figura 1:

- 4.1: CORDEIRO, ILHA DO RETIRO, IPUTINGA, MADALENA, PRADO, TORRE E ZUMBI.
  População: 162.185 habitantes
- 4.2: TORRÕES E ENGENHO DO MEIO
  População: 46.038 habitantes
- 4.3: CAXANGÁ, CDU, E VARZEA.
  População: 82.472 habitantes

Figura 2. Divisão das Microrregiões da RPA 4

4.1

4.2

4.3

2. JUSTIFICATIVA

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define a Vigilância Sanitária pelo artigo 6º, § 1º, (BRASIL, 1990): “Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes 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;
>
> II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A educação sanitária está entre as ações previstas para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. Apoiando-se nessa atribuição da VISA, com a parceria da Atenção Básica, através dos Agentes de Saúde, o Projeto busca desencadear ações educativas com a finalidade de reduzir os índices de Doenças Transmitidas por Alimentos – DTAS com contaminação nos domicílios.

No final da década de 1980 foram realizadas importantes mudanças na forma de intervenção sobre as práticas e problemas de saúde, decorrente do movimento de reforma sanitária.

A Criação do Sistema Único de Saúde-SUS, por meio da Lei nº 8080 de 19 de novembro de 1990, reformulou o modelo assistencial utilizado, baseando-se, a partir de então, nos princípios na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação, princípios estes doutrinários, legitimados na Constituição de 1988. Neste novo modelo de reorganização dos serviços de saúde as ações de baixa complexidade passaram a ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS.

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde tem como objetivo substituir o modelo tradicional de atenção básica.

A ESF é um modelo de prestação de serviço operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde - UBS. O site do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica determina a nova organização da prestação dos serviços:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo

Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV**) agentes comunitários de saúde.** Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

A integralidade das ações e serviços de saúde é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos que compreendem a promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência à saúde e, exigidos para cada caso na rede de atenção à saúde".(Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP, Cláusula Quinta das Ações e Serviços Públicos de Saúde na Região).

Compondo as equipes das UBS, o Agente Comunitário de Saúde - ACS, com atribuições regulamentadas pela Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, tem, no seu exercício profissional, atividades diretamente relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde além de ações de educação para a saúde individual e coletiva, mediante visitas domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS.

Nesse contexto, configura-se que os agentes comunitários desempenham um papel fundamental na comunidade, em especial, pela facilidade de acesso aos usuários no território de atuação, o que possibilita a comunicação com as famílias. Percebe-se então a importância da capacitação e educação permanente dos ACS, direcionada para a realidade social que o cerca como forma de identificar as suas necessidades.

A alimentação e a nutrição constituem requisitos primordiais para a promoção e proteção da saúde, possibilitando o potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania.

A incidência de doenças relacionadas ao consumo de alimentos cresce anualmente, e a maioria das DTAS não são notificadas, visto que muitos organismos

patogênicos presentes nos alimentos causam sintomas, mas a vítima não busca auxílio médico. Alimento contaminado normalmente tem aparência, odor e sabor normais e a população não tem o esclarecimento suficiente sobre os perigos quanto a esses tipos de alimentos. No caso de intoxicação alimentar, a identificação do alimento contaminado ingerido nas últimas refeições é o maior dificultador.

Parte significativa dos surtos alimentares resulta do consumo de alimentos contaminados pela manipulação inadequada e conservação em condições impróprias. Os alimentos preparados nos domicílios têm uma grande contribuição na ocorrência de surtos de DTAS, tendo como principal causa a falha higiênica na sua manipulação.

Caracteriza-se, portanto a necessidade de um treinamento para os ACS atuarem como multiplicadores do conhecimento sobre boas práticas de manipulação junto à comunidade na sua área de atuação.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- ✓ Formar multiplicadores em boas práticas de manipulação de alimentos para atuarem junto à comunidade da microrregião 4.1 do Distrito Sanitário IV de Recife, Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Capacitar os ACS em Contaminantes alimentares, Doenças transmitidas por alimentos e Boas Práticas em Manipulação Higiênica dos Alimentos;

- ✓ Esclarecer quanto aos riscos do acometimento das DTA e mostrar a importância do ACS como fonte notificadora.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O Papel Educativo da Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária tem, além das atribuições de eliminação ou controle de riscos, a responsabilidade de desenvolver ações de promoção à saúde (Lei Orgânica da Saúde). Desse modo, o objetivo das ações de Vigilância Sanitária é mais abrangente do que garantir que os produtos, assim como serviços prestados, tenham um nível de qualidade que elimine ou minimize a possibilidade de ocorrência de efeitos nocivos à saúde provocados pelo consumo de bens e da prestação de serviços impróprios.

As ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária são de caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador), fiscalizador e em última instância, punitivo. Elas são desenvolvidas nas esferas federal, estadual e municipal e ocorrem de forma hierarquizada de acordo com o estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), na Portaria Ministerial 1565/94 – GM/MS, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e na Lei Federal 9.782, de 26 de Janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

Até os primeiros anos da década de 90, a vigilância sanitária era conhecida pela sua natureza fiscalizatória e policialesca, coibindo as práticas que estivessem em desacordo com a legislação, através de punições. A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde como meio de assegurar o direito social à saúde, onde a vigilância sanitária é integrante desse sistema (SUS). A nova concepção de tais ações fez com que a Vigilância Sanitária adquirisse um caráter preventivo, o qual representa a consolidação do papel educativo e do controle social das atividades. É atribuído à VISA o uso do “PODER DE POLÍCIA” que consiste em considerar o exercício dos direitos da coletividade em detrimento aos direitos individuais. Em algumas situações o exercício de tal poder se faz necessário, para desta forma ser assegurada a proteção da saúde pública. Essas ações deverão ser realizadas quando as orientativas e educativas não promoverem o efeito esperado ou então houver risco iminente à saúde pública, não sendo possível, para o bem-estar da coletividade, aguardar resultados não imediatos.

As ações da Vigilância Sanitária estão presentes no dia a dia de toda a população brasileira, sejam nos alimentos consumidos, na água utilizada, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene e limpeza e na prestação de serviços

tais como clínicas e consultórios médicos e odontológicos, escolas, academias, salões de beleza e outros.

A Vigilância Sanitária constitui também um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde, pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos, função que é exigida para o adequado gerenciamento do risco sanitário.

Desta forma, o binômio Educação X Vigilância Sanitária é de importância ímpar devendo ser visto como inseparável, sendo inclusive ratificada a sua importância no Art. 7º da Portaria Ministerial nº 1.565 de 26 de agosto de 1994.

A equipe da VISA tem um papel muito importante na prevenção de agravos à saúde e pode, em parceria com a Atenção Básica, através dos ACS, multiplicar os conhecimentos, pois eles participam do dia a dia da população através de visitas domiciliares.

A implementação de ações educativas em Vigilância Sanitária por parte das equipes de saúde da família pode ser considerada um fator de grande importância na formação de consciência sanitária da coletividade. A estratégia saúde da família pode ser uma grande aliada considerando a grande territorialidade, atividades e capilaridade.

A educação é um processo dinâmico e, como tal, exige ações continuadas que abrangem vários atores: os gestores, técnicos representantes da instituição pública e o consumidor. Tal processo precisa ser elaborado e aperfeiçoado por todos que desejam fazer do SUS um sistema que, efetivamente, contribua para a proteção e promoção da saúde no Brasil.

4.2 Doença transmitidas por Alimentos

Desde a antiguidade tem-se que a higienização das mãos é considerada um ato de limpeza e purificação, porém, somente após a descoberta dos microrganismos nas superfícies corporais, é que a preocupação da higienização das mãos foi tida como forma de combate à transmissão de doenças.

Estima-se que milhões de pessoas de todo o mundo estejam acometidas por doenças transmitidas por alimentos o que representa um importante problema de saúde pública. Quaisquer intervenções feitas por profissionais da saúde devem levar em conta a adoção de hábitos alimentares saudáveis, estando inseridas em um amplo contexto de promoção de saúde e adaptadas à realidade social.

As síndromes originadas pela ingestão de alimentos e/ou água, que contenham agentes etiológicos em quantidades tais que afetem a saúde do consumidor a nível individual ou a grupos de pessoas (festas,eventos, escolas...), podem ser causadas por bactérias, vírus, toxinas, parasitas, substâncias tóxicas e príons.

CLASSIFICAÇÃO

•INFECÇÕES: causadas pela ingestão de microorganismos patogênicos, denominados invasivos, com capacidade de invadir tecidos. Ex: Salmonela.

• TOXI-INFECÇÕES: causadas por micro-organismos toxigênicos, cujo quadro é provocado por toxinas liberadas quando eles se multiplicam, esporulam ou sofrem lise na luz intestinal. Ex: Clostrídio.

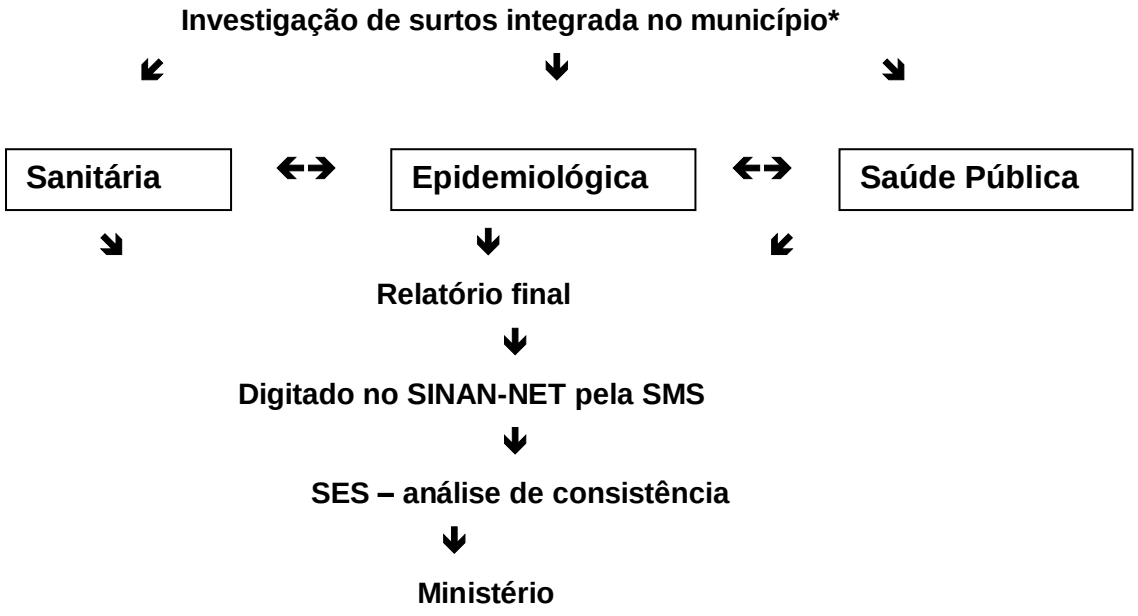
• INTOXICAÇÕES: causadas pela ingestão de toxinas pré-formadas no alimento devido a multiplicação dos micro-organismos patogênicos. Ex: Estafilococos aureus.

Os sintomas, geralmente, são náuseas, vômitos, e/ou diarréia, acompanhada ou não de febre. Em algumas situações, a depender do agente causador, da idade do paciente, das condições de saúde, sistema imune, o quadro pode evoluir para complicações, desidratação, atingir o sistema nervoso central, coma, com risco de morte.

SURTO E DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (DTA)

Episódio no qual duas ou mais pessoas apresentam uma doença semelhante depois de ingerir alimentos, inclusive água de mesma origem e onde a evidência epidemiológica ou análise de laboratório implica os alimentos e/ou água como veículo da mesma.

A identificação de casos suspeitos de DTA que possam caracterizar um “surto” obriga o profissional que os atende, mesmo em serviços de emergência, a acionar de imediato o sistema de vigilância epidemiológica para que possam ser adotadas medidas de controle precocemente, evitando danos maiores a comunidade.



*Em alguns surtos, também participam a vigilância ambiental, assistência e outros

Fonte: CEVS (Centro Estadual de Vigilância em Saúde)

5. RESULTADOS ESPERADOS:

- ✓ ACS instrumentalizados para atuarem como Multiplicadores das Boas Práticas de Manipulação de Alimentos em ambiente domiciliar, da microrregião 4.1 do DS-IV, Recife;
- ✓ ACS estimulados quanto à importância de disseminar, na sua prática diária, o conhecimento adquirido na capacitação para a população adscrita;
- ✓ Diminuição do número de casos de morbimortalidade DTA's na microrregião 4.1 do DS-IV, Recife.

6. REFERENCIAL EMPÍRICO

Programa de Boas Práticas em Domicílios da Cidade de Santa Maria – RS-Barbara Cecconi DeonI, *; Luiza Helena HecktheuerII; Mariana Araújo EtchepareIII; Maritiele NaissingerIV; Silvana SacoolV – O estudo foi realizado em 615 domicílios da cidade de Santa Maria-RS, no ano de 2011, e foi dividido em três etapas: diagnóstico; elaboração e aplicação do programa educativo; avaliação do acesso ao programa.

Na primeira etapa, o diagnóstico, no período de março a julho de 2011, aplicou-se um formulário ao responsável pela manipulação de alimentos nos domicílios, abrangendo dados pessoais e específicos de boas prática na manipulação dos alimentos. Para enriquecer a pesquisa, foi realizada uma avaliação visual nas cozinhas domiciliares por meio da aplicação de uma Lista de Avaliação das Boas Práticas nos Domicílios.

Nos meses de agosto a outubro de 2011, a segunda etapa, com base nas informações coletadas e nas principais dificuldades dos manipuladores nos domicílios, foi realizado o programa educativo, através dos meios de comunicação de maior acesso relatados durante a aplicação do formulário, como: rádio, palestras nos bairros, televisão, jornal e pela internet (facebook e e-mails). Como material facilitador de aprendizagem, foi elaborada a Cartilha do Manipulador de Alimentos nos Domicílios, a qual foi construída levando-se em consideração as práticas de manipulação de alimentos seguros.

Na terceira e última etapa da pesquisa, no mês de novembro de 2011, após aplicação do programa educativo, foi avaliado o acesso desse programa, retornado a um terço dos entrevistados de cada bairro, totalizando 205 domicílios.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

Etapas de construção:

Identificação de necessidades sociais de saúde:

Utilizando-se o instrumento Tempestade de Ideias foi usado como disparador a questão sobre os principais desconfortos do grupo enquanto trabalhadores da VISA, criou-se uma lista com os seguintes desconfortos:

1. Valorização do exercício profissional da VISA;
2. Infraestrutura inadequada da vigilância;
3. Educação sanitária incipiente da população;
4. Número insuficiente de capacitação para os profissionais da VISA;
5. Recursos humanos insuficientes na VISA.

Seleção e priorização de problemas:

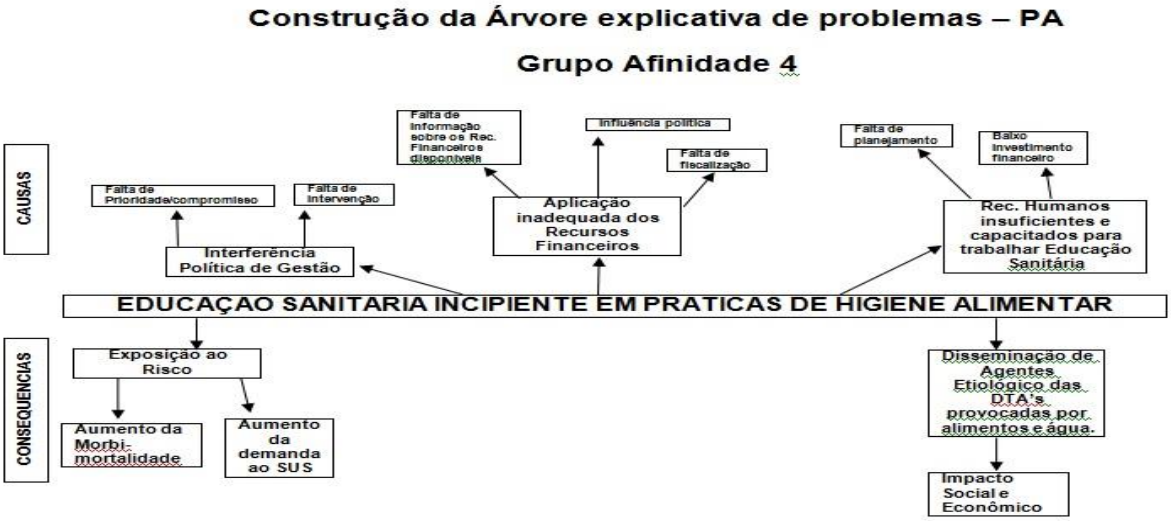
Tendo como base a lista de problemas usamos a matriz decisória que é uma ferramenta que possibilita tomar decisão entre algumas alternativas, ponderando diferentes critérios de avaliação. Forma-se uma matriz de decisão que vai revelar os pontos fortes e fracos de cada alternativa.

Matriz Decisória para Seleção dos Problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
RH insuficiente na VISA	Muito alta	15	Fora	3
Valorização do exercício profissional da VISA	Muito alta	10	Dentro	4
Nº insuficiente de capacitação dos profissionais da VISA	Alta	5	Parcial	5
Educação sanitária incipiente da população	Muito alta	15	Dentro	1
Infraestrutura inadequada da VISA	Muito alta	15	Parcial	2

Criação da árvore explicativa de problemas, com identificação do nó crítico.

É um diagrama de causa-efeito, porque possibilita uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais.



Identificação de Indicadores de saúde

Vistos em conjunto, os indicadores, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos determinada doença até o cálculo de índices mais sofisticados. Partindo dessa afirmação construímos os seguintes indicadores de processo:

Matriz 1 - Indicadores

Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Categorias	Fontes
1 - Percentual ACS capacitados em boas praticas de manipulação de alimentos	Quantitativo	Nº de ACS capacitados em BPM de alimentos _____x100 Nº de ACS	Distrito Sanitário IV micro região X	Atenção Básica\Primaria
2 – Proporção de surtos de DTA no Distrito Sanitário VI do município do Recife no ano X	Quantitativo	Nº de surtos de DTA no Distrito Sanitário IV do município do Recife no ano X _____x10^n Pop. Do DS IV Micro região X	Distrito Sanitário IV micro região X	SINAN, SIVEP-DDA
3 – Percentual de casos de diarréia por SE notificado pelo Distrito Sanitário IV do município do Recife no ano X	Quantitativo	Nº de casos de diarréia por SE _____ x 100 Nº de notificações de agravos Agudos do DS IV microrregião 4.1	Distrito Sanitário IV microrregião 4.1	SINAN, SIVEP-DDA

Identificação dos atores sociais/parceiros envolvidos

São definidos como um grupo de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Utilizando-se a matriz abaixo, identificamos a motivação dos atores importantes para aperfeiçoamento das estratégias relativas ao nosso projeto aplicativo.

Matriz 2 – Identificação e relevância dos atores sociais

Ator	Valor	Interesse	Pontuação
Equipe da VISA DS IV	Alto	+	08
Gestor do DS IV	Alto	+	08
Coordenação de Atenção Básica do DS IV	Alto	+	08
Profissionais ACS do DS IV	Alto	+	09
Gestor da Epidemiologia	Alto	+	08
Escola de Governo da PCR	Alto	+	10

7. VIABILIDADE FINANCEIRA

Curso: Capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos em ambiente domiciliar.
Carga Horária do curso: 20h
Público alvo: 77 ACS do Distrito Sanitário IV, microárea 4.1 da Cidade do Recife/PE.
Conteúdo Programático/Carga horária:

- Educação popular em saúde; (1h)
  - Conceitos, importância e práticas de comunicação intersubjetiva e em educação popular;
- Equipamentos, móveis e utensílios que entram em contato com os alimentos; (1h)
- Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios; (1h)
- Controle integrado de vetores e pragas urbanas; (1h)
- Potabilidade da água; (1h)
- Manejo de resíduos; (1h)
- Higiene e saúde dos manipuladores: (3h)
  - Higiene pessoal;
  - Lavagem das mãos;
  - Prática de hábitos que podem contaminar os alimentos;
- Matérias-primas, ingredientes e embalagens:(3h)
  - Critérios de seleção da matéria-prima;
  - Armazenamento;
  - Prazo de validade;
- Preparação dos alimentos: (8h)
  - Manipulação higiênica dos alimentos
  - Contaminação cruzada
  - Temperatura dos alimentos
  - Tempo de exposição do alimento preparado
  - Contaminantes alimentares
  - Doenças transmitidas por alimentos – DTA
  - Instrução na notificação compulsória das DTA;

Profissionais docentes envolvidos no curso/Carga horária:

02 Profissionais Especializados

Tabela de custo

De acordo com titulação	Valor hora-aula (R$)
Doutorado	60,00
Mestrado	50,00
Especialização	40,00
Graduação	30,00

Profissionais auxiliares envolvidos no curso/Carga horária:

01 Coordenador Geral

01 Apoio Administrativo/Financeiro

Tabela de custo

Recursos humanos	Valor dia (R$)
Coordenador Geral	60,00
Coordenador Pedagógico	50,00
Apoio Administrativo/Financeiro	40,00
Supervisor	30,00

Plano de Aplicação

Especificação	**Total por natureza de gasto (R$)**
Serviços de terceiros – Pessoa Física	
Coordenador Geral	300,00
Coordenador Pedagógico	--
Apoio Administrativo/Financeiro	200,00
Supervisor	--
Docentes	1.600,00
Sub-Total (a)	**2.100,00**
Serviços de terceiros – Pessoa Jurídica	
Locação do espaço	500,00
Serviços Gráficos	770,00
Material de consumo	385,00
Coffee Brack	810,00
Sub-Total (b)	**2.465,00**
Total Geral (a+b)	**4.565,00**

8.CRONOGRAMA

Atividades	2013				2014				
	Set	Out	Nov	Dez	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Identificação de necessidades sociais de saúde	X								
Seleção e priorização de problemas;	X								
Criação da árvore explicativa de problemas, com identificação do nó crítico;	X	X							
Identificação de Indicadores de saúde;			X	X					
Identificação dos atores sociais/parceiros envolvidos;			X	X					
Planejamento da capacitação contemplando as atividades diversificadas;					X	X	X	X	
Estudo de viabilidade financeira da execução da capacitação;					X	X	X	X	
Identificação da equipe de apoio pedagógico para o ACS, visando a melhoria da aprendizagem;							X	X	
Apresentar a estruturação da capacitação aos Gestores, buscando o apoio para a execução;									X

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução desse Projeto Aplicativo inicia, efetivamente, uma experiência de integração entre Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde, através da equipe do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária e da Coordenação de Atenção Básica do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife. A articulação desses atores iniciou um processo que permite ao grupo, inclusive aos Agentes Comunitários de Saúde, o aperfeiçoamento das práticas profissionais por meio da educação permanente.

A ação proposta, como Projeto Piloto, pressupõe o envolvimento da Escola de Governo do município do Recife, como instituição parceira, na estruturação e realização do Curso de BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS EM DOMICÍLIO, cabendo à equipe mentora a elaboração e o encaminhamento do conteúdo programático.

Com a aplicação dos conhecimentos higiênico-sanitários nos domicílios será alcançada uma melhora nos hábitos de manipulação dos alimentos nos domicílios e, como consequência natural, acontecerá a redução dos casos de DTA na microrregião selecionada contemplando, dessa forma, um dos objetivos do Projeto (Diminuição do número de casos de morbimortalidade DTA na microrregião 4.1 do DS-IV, Recife).

Além dos atores mencionados, vale salientar a relevância da participação da Equipe da VISA do DS IV, Gestor do DS IV, Gestor da Vigilância Epidemiológica do DS IV o que representa, na aplicação do Projeto, uma dinâmica Inter setorial.

O monitoramento desta ação dar-se-á através dos indicadores propostos, o que permitirá, se for o caso, a tomada de novas decisões para sua adequação e viabilidade. Espera-se que o sucesso dos resultados deste Projeto estimule e viabilize a sua aplicação nos demais Distritos da cidade do Recife e outros municípios do Estado de Pernambuco.

10.REFERÊNCIAS

AERTS, Denise et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Aug.2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000400017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 de Abril de 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000400017.

ANDRADE, GM. Infecção hospitalar: mitos e verdades, velhos hábitos, novas atitudes. Brasília méd. 2002; 39(1/4): 57-9.

BLEIL, S .I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. Cad Debates 1998;6:1-24.

BUSS, P. M, Ferreira JR. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência Saúde Coletiva 2000; 5:163-77.

COSTA, Roberta K. S.; MIRANDA, Francisco A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 503-517, nov.2008/fev.2009

KÃFERTEIN, E. K, Motarjemi Y, Bettcher D. W. Foodborne disease control: a transnational challenge. Emerg Infect Dis 1997; 3:503-10.

LINHARES, Maria Socorro Carneiro et al . Programa de Educação para o Trabalho e Vigilância em Saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Dec. 2013. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 de Abril de 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000300012.

LUCCHESE, Geraldo. A vigilância sanitária no sistema único de saúde. Disponível em:http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf. Acesso em: 28. Mar.2014.

MATUS, C.O método PES. Roteiro de análise teórica. Fundap, convênio com a Fundación Altadir.

MENDONÇA, A. P; FERNANDES, M. S. C; AZEVEDO, J. M. R; SILVEIRA, W. C. R; SOUZA, A. C. S. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Acta scientiarum. Health sciences. 2003; 25(2): 147-53.

MOYSES, S; WATT, R. Promoção de saúde bucal definições. In: Buischi YP, organizador. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2000. p. 1-21.

MOUTINHO, Flavio Fernando Batista Moutinho; CAMPOS, Magda Garcia ; JESUS, Petrônio Barros Ribeiro de. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família. Disponível em: http:// www.aps.ufjf.emnuvens.com.br. Acessado em: 28 de Março de 2014.

NOLLA, Alexandre Costa; CANTOS, Geny Aparecida. Relação entre a ocorrência de enteroparasitoses em manipuladores de alimentos e aspectos epidemiológicos em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, Apr. 2005 .
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200033&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 de Abril de 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200033.

OLIVEIRA, Roberta G. (Org.) *Qualificação de gestores do SUS.*Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 219-262.

PONTES, Tatiana Elias et al . Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 27, n. 1, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822009000100015&ln

g=en&nrm=iso>. access on 28 Apr. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000100015.

RICCIO, Maria da Conceição Queiroz Oliveira e outros. Manual de Procedimentos Técnicos em Ações Básicas de Vigilância Sanitária.
Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/divisa/arquivos. Acesso em: 28. Mar.2014.

SANTOS, Manoela e FONTOURA, Josiane Portugal Portella. O papel educativo da vigilância sanitária. Prefeitura Municipal de Curitiba/Distrito sanitário da Santa Felicidade.
Disponível em: http://voticscxs1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE0409-1.pdf. Acesso em: 28. Mar.2014.

SANTOS, J. N; RODRIGUES, A. L. V.; SILVA, A. F. G.; MATOS, E. F.; JERÔNIMO, N. de S.; TEIXEIRA, L. C. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica - Rev. soc. bras. fonoaudiol. vol.17 no. 3 São Paulo 2012

SETA, Marismary H., REIS, Lenice G. C. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho. In: OLIVEIRA, Roberta G. (Org.) *Qualificação de gestores do SUS.* Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 219-262.

SILVA, Francielle Maciel et al . HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO. Cienc. enferm., Concepción , v. 19, n. 2, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 28 abr. 2014. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200010.

TADDEI, J. A; BRASIL, A. L; PALMA, D; MORAES, D. E; RIBEIRO, L. C; LOPEZ, F. A *et al*. Manual crechEficiente: guia prático para educadores e gerentes. São Paulo: Manole; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.

EDY CARLOS CARDOSO
LEONOR CRISTINA TOCCHETTO SILVEIRA
LUCIANA MORAIS SAUCEDO
PATRÍCIA ALEIXO FERREIRA
PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA
PAULA MARQUES RIVAS
RICARDO AMADO KOVALICK
VÂNIA KOBER BIFFIGNANDI

GUIA DE BOLSO: ORIENTAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS VIAJANTES HOSPEDADOS EM PORTO ALEGRE/RS DURANTE A COPA DO MUNDO 2014

Porto Alegre
2014

EDY CARLOS CARDOSO
LEONOR CRISTINA TOCCHETTO SILVEIRA
LUCIANA MORAIS SAUCEDO
PATRÍCIA ALEIXO FERREIRA
PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA
PAULA MARQUES RIVAS
RICARDO KOVALICK AMADO
VÂNIA KOBER BIFFIGNANDI

GUIA DE BOLSO: ORIENTAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS VIAJANTES HOSPEDADOS EM PORTO ALEGRE/RS DURANTE A COPA DO MUNDO 2014

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

Facilitadora: Jussara Elaine Sabado Figueiredo

Porto Alegre
2014

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Edy Carlos Cardoso, Leonor Cristina Tocchetto Silveira, Luciana Morais Saucedo, Patrícia Aleixo Ferreira, Patrícia Silva da Silva Rosa, Paula Marques Rivas, Ricardo Amado Kovalick, Vânia Kober Biffignandi

Gestão da Vigilância Sanitária: Projeto Aplicativo/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. – Porto Alegre, 2014. 28 p.

Descritores: 1. Vigilância em Saúde. 2. Comunicação em Saúde. 3.Saúde do Viajante. 4. Promoção em Saúde. 5. Prevenção de Doenças.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. IV. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. V. Guia de Bolso: Orientações de Vigilância em Saúde para os Viajantes Hospedados em Porto Alegre/RS durante a Copa do Mundo 2014.

EDY CARLOS CARDOSO
LEONOR CRISTINA TOCCHETTO SILVEIRA
LUCIANA MORAIS SAUCEDO
PATRÍCIA ALEIXO FERREIRA
PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA
PAULA MARQUES RIVAS
RICARDO KOVALICK AMADO
VÂNIA KOBER BIFFIGNANDI

GUIA DE BOLSO: ORIENTAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA OS VIAJANTES HOSPEDADOS EM PORTO ALEGRE/RS DURANTE A COPA DO MUNDO 2014

Aprovado por:

Maria Lecticia M. de Pelegrini

Jussara Elaine Sabado Figueiredo

Porto Alegre

2014

RESUMO

Sediar eventos de massa traz inúmeros desafios. Para o setor saúde, os eventos de massa representam um desafio que exige muito planejamento e convergência de esforços do setor público e privado. O Brasil entrou definitivamente na agenda dos megaeventos mundiais com a realização da Copa do Mundo FIFA 2014. Enfrentar os desafios que megaeventos trazem, buscando oferecer segurança sanitária aos turistas e à população em geral, pode servir como canal para investir nas tecnologias de informação e comunicação em saúde. O grande aporte de turistas em curto período de tempo reflete maior preocupação relacionada à prevenção à saúde e a promoção de ações em saúde relacionadas com a Vigilância em Saúde. Porto Alegre será uma das sedes da Copa do Mundo FIFA 2014. Considerando todas as discussões realizadas em cada encontro, baseado nos passos para o movimento de construção do projeto aplicativo, o grupo utilizou as seguintes ferramentas de trabalho: árvore explicativa, matriz decisória e identificação de atores sociais. Definindo, assim, o percurso metodológico para execução do projeto. O tema escolhido deveria contemplar as três esferas de governo e ser direcionado à Copa do Mundo 2014. O tema do projeto foi escolhido entre os macroproblemas apresentados como assuntos disparadores e optou-se, então, por aprofundar os conhecimentos em "Comunicação em Visa insuficiente". Constatou-se a necessidade de disseminar diversas informações de saúde com relevância para eventos de massa, assim, os integrantes decidiram elaborar um guia de bolso informativo, podendo ser futuramente utilizado em qualquer outro evento de massa. O guia de bolso contém orientações de vigilância em saúde, tais como cuidado com os alimentos, medicamentos, hospitais de referência, bem como informações de interesse aos turistas (hotéis, hospitais, endereços e telefones úteis, e outros), e será disponibilizado em português e inglês. Entende-se que o referido projeto tem papel fundamental na disseminação do conhecimento para a população em geral, contribuindo com a educação em saúde, socializando as informações voltadas para a ampliação da consciência sanitária. Outro sim, atuando de forma preventiva para a proteção e promoção da saúde em evento de massa.

Descritores: Vigilância em Saúde, Comunicação em Saúde, Saúde do Viajante, Promoção em Saúde, Prevenção de Doenças.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVOS	08
	2.1 Objetivo Geral	08
	2.2 Objetivo Específico	08
3	REFERENCIAL TEÓRICO	08
	3.1 Comunicação em Saúde/Comunicação em Vigilância Sanitária	08
	3.2 Saúde do Viajante	09
	3.3 Medicamentos	10
	3.4 Alimentos	11
	3.5 Influenza A (H1N1) e Higienização das Mãos	13
	3.6 Disque Vigilãncia e Sistema Fala Porto Alegre	15
4	ANÁLISE SITUACIONAL: COPA DO MUNDO 2014 NO BRASIL	16
5	PROJETO PILOTO	16
	5.1 Árvore Explicativa	16
	5.2 Matriz Decisória do Projeto Aplicativo	17
	5.3 Matriz de Indicadores	18
6	Plano de Ação	19
	6.1 Gestão do Plano	19
	6.1.1 Orçamento	20
	6.1.2 Previsão de Equipe e Monitoramento	20
	REFERÊNCIAS	21
	ANEXO 1 – Árvore de Problemas	23
	ANEXO 2 – Matriz Decisória	24
	ANEXO 3 – Matriz de Indicadores	25
	ANEXO 4 – Matriz de Identificação dos Atores	26
	ANEXO 5 – Lista de Hotéis Credenciados pela FIFA em Porto Alegre	27
	ANEXO 6 – Questionário de Aplicação aos Hóspedes Participantes da COPA	28
	ANEXO 7 – Modelo de Guia de Bolso no idioma Português (frente e verso)	29
	ANEXO 8 – Modelo de Guia de Bolso no idioma Inglês (frente e verso)	31

1. INTRODUÇÃO

O Brasil entrou definitivamente na agenda dos eventos de massa mundiais, com a realização da Copa das Confederações Brasil 2013, Jornada Mundial da Juventude, Copa do Mundo da FIFA Brasil 2014 e dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos Rio 2016.

Sediar eventos de massa traz inúmeros desafios, mas é uma das maiores oportunidades que um país tem para organizar a casa e, esperando receber visitas, apresentar ao mundo seu povo e sua história, sua cultura, suas belezas naturais, conquistas e lutas sociais que poderão ser demonstradas para centenas de milhares de pessoas que se deslocarem ao país ou que acompanharem o evento pelos meios de comunicação (ANVISA, 2013).

Para o setor saúde, os eventos de massa também representam um desafio que exige muito planejamento e convergência de esforços do setor público e privado. Nesse contexto, a Vigilância em Saúde se organiza de acordo com os problemas de saúde da sociedade, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva, baseando-se em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (MENDES, 1996 *apud* VIDAL; DIAS; OLIVEIRA; MENEGHEL, 2008).

A estruturação de ações voltadas ao controle dos riscos associados à saúde da população, que tendem a aumentar substancialmente em eventos dessa magnitude, é elemento incondicional desse planejamento. O sucesso do evento é diretamente condicionado pela capacidade de planejamento e execução dos planos de ação e, muito além dessa perspectiva, essa capacidade determina a extensão do legado construído pelos países que sediam esses eventos (ANVISA, 2013).

Diante do exposto, a elaboração do Projeto Aplicativo, como item de avaliação do curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária de 2013/2014, iniciou com a definição de um tema de relevância pelo grupo afinidade número dois (GAF 2), constituído por servidores das Vigilâncias Sanitárias dos níveis federal, estadual e municipal. O tema do projeto foi escolhido entre os macroproblemas apresentados como assuntos disparadores a serem abordados no decorrer do curso. Optou-se, então, por aprofundar os conhecimentos em “Comunicação em Visa insuficiente”.

Conforme orientações do curso, o tema deveria contemplar as três esferas de governo e ser direcionado à Copa do Mundo 2014. Após algumas reuniões, constatou-se a necessidade de promover melhorias na insuficiência de orientações sanitárias à população para evento de massa. Por esta razão, os integrantes do grupo decidiram elaborar um informativo sob a forma de Guia de Bolso, que futuramente poderá ser utilizado em qualquer outro evento de massa, com as devidas alterações.

O trabalho foi desenvolvido conforme a espiral construtivista do processo de ensino aprendizagem a partir da exploração de um disparador, com a elaboração da árvore explicativa, matriz decisória, matriz de identificação dos atores, matriz dos indicadores e plano de ação, que são etapas necessárias para o desenvolvimento do assunto, os quais foram discutidos durante o curso.

A proposta do guia de bolso contém orientações de vigilância sanitária, tais como medicamentos e cuidados com os alimentos, bem como lavagem de mãos e localização de hospitais referência da FIFA, resultando num guia com informações em Saúde. Além de outras informações de interesse ao viajante (endereço do aeroporto, da rodoviária, hotéis, centros de informações turísticas, entre outros). Este guia será disponibilizado nos idiomas Português e Inglês (ANEXOS 7 e 8).

Entende-se que o referido projeto tem papel fundamental na disseminação do conhecimento para a população em geral, contribuindo com a educação em saúde, socializando as informações voltadas para a ampliação da consciência sanitária. Igualmente, atuando de forma preventiva para a proteção e promoção da saúde em evento de massa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Propor um meio de comunicação sobre Vigilância em Saúde que facilite o acesso a informação ao cidadão participante de eventos de massa.

2.2 Objetivo Especifico

Desenvolver um instrumento, guia de bolso, para auxiliar os viajantes hospedados nos hotéis de Porto Alegre credenciados pela FIFA durante a Copa do Mundo 2014, com orientações essenciais quanto a prevenção e promoção à saúde e informações úteis.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Comunicação em Saúde - Comunicação em Vigilância Sanitária

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções

educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada (CANDEIAS, 1997).

A Vigilância Sanitária tem com responsabilidade “o conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde”, sendo motivo de preocupação das Vigilâncias municipais, estadual e federal difundirem informações sanitárias para os participantes que estejam na capital. É grande o desafio da comunicação na vigilância sanitária. Estudos são necessários para melhor compreender os problemas da comunicação em seus diversos âmbitos e delinear estratégias de comunicação. Os desafios da comunicação no trabalho da vigilância sanitária podem ser vistos tanto internamente quanto em sua relação com os segmentos com os quais atua externamente (COSTA, 2009).

3.2 Saúde do Viajante

A saúde do viajante é uma área que trata dos riscos, individuais e coletivos, ocasionados pela movimentação de pessoas e por sua interação com diversos ambientes. As questões de saúde em viagens vêm sendo, cada vez mais, abordadas por setores de governo, empresas aéreas e marítimas e agências de viagem. A maioria dessas ações trata de recomendações de vacinação antes da viagem e a descrições sobre riscos. Segundo as políticas tradicionais de vigilância epidemiológica e sanitária, é justificada a utilização de medidas de prevenção em viajantes, visto que essas medidas podem diminuir o risco de epidemias. Existem diferentes perfis de viajantes: turistas, profissionais, migrantes, refugiados, soldados e voluntários. Esses viajantes se diferenciam quanto à origem e aos destinos da viagem, objetivos durante a viagem e características individuais. Dessa maneira, o viajante não pode ser encarado como unidade; deve ser reconhecido de acordo com a sua diversidade. Portanto, são necessárias estratégias diferenciadas de atuação para o enfrentamento desse desafio nos sistemas de saúde (MATOS; BARCELLOS, 2010).

Os riscos ao viajante serão diferentes se comparados aos enfrentados pelo migrante, refugiado, voluntário e outros que apresentam características distintas de perfil e de tipo de viagem. Pode-se dizer que a saúde do turista é vista sob dois aspectos, primeiro quanto à preocupação com a saúde individual do turista e segundo sob o ponto de vista de impactos na saúde pública resultantes da intensificação do fluxo de turistas e da interação do turista com o ambiente. (MATOS; BARCELLOS, 2010)

O turista freqüentemente é visto como uma vítima preferencial de problemas de saúde, pelos seguintes motivos: não possui imunidade para infecções; tem um comportamento que o expõe mais e não domina os códigos locais; o sistema de saúde no local de destino não está preparado para atendê-lo; o sistema de saúde no local de origem não tem políticas específicas de prevenção; o turista não detém as informações necessárias

sobre os riscos a que poderá se expor na viagem. É essencial abordar a saúde do turista com um conjunto de ações que deve abranger os governos, as agências de viagem e outras empresas do ramo e também os indivíduos, tanto os próprios turistas quanto aqueles que irão recepcioná-los (SILVA, 2006).

3.3 Medicamentos

A origem da palavra farmácia vem do grego *pharmakón* que, na Grécia Antiga, designava substância capaz de provocar transformações, para o bem e para o mal. Podia ser remédio ou veneno, dependendo da dose tomada. Das ervas dos curandeiros, dos chazinhos da vovó, até os produtos da ciência de nossos dias, os medicamentos não param de nos surpreender. Antigamente, remédios milagrosos para acabar com todos os males num piscar de olhos eram oferecidos pelos mascates – vendedores ambulantes – em suas carroças (ANVISA, 2008).

Os medicamentos são essenciais quando receitados e usados adequadamente para diagnosticar, prevenir e curar doenças. Utilizados de maneira incorreta ou consumidos sem orientação médica, podem causar efeitos indesejáveis e oferecer sérios riscos à saúde.

A visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é afirmada pela medicina, como tem orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico. A educação, a paz, a moradia, a alimentação, a renda, o meio ambiente e a justiça social são alguns dos fatores capazes de garantir a melhoria das condições de vida e saúde (FONSECA, 2007).

A avaliação de um médico é importante. Ela serve para identificar a doença, indicar o medicamento adequado e a dosagem necessária - quantidade, horário, freqüência. Todos esses dados devem estar claros na receita, mas só o especialista, que é o médico ou o farmacêutico, poderá orientar, em caso de dúvida.

Mesmo os medicamentos que podem ser comprados sem prescrição médica podem causar efeitos indesejáveis ao organismo. Por isso, o uso de qualquer medicamento exige a orientação de um médico ou de um farmacêutico.

A automedicação pode ser prejudicial à saúde, pois nenhum medicamento é inócuo ao organismo (SOUZA, 2008). A administração de medicamentos sem prescrição médica ou, até mesmo com prescrições muito antigas, pode acarretar diversas reações graves, intoxicação e até mesmo a morte. A aparente melhoria nos sintomas disfarça a gravidade da doença e atrasa o início do correto tratamento. A população deve ser alertada sobre estes riscos.

Os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) também oferecem riscos à saúde quando utilizados de forma inadequada e sem a orientação do profissional farmacêutico. O MIP não está isento de causar intoxicações e efeitos adversos, e a facilidade em adquiri-lo favorece a automedicação Como não recebe as orientações médicas iniciais de um medicamento prescrito, a atuação do farmacêutico na informação ao paciente, no momento da aquisição do MIP, é imprescindível como oportunidade única para a comunicação de riscos.

Neste contexto, as informações inseridas no guia desenvolvido pelo grupo visam contribuir para o uso racional de medicamentos. O desenvolvimento de atividades educacionais de caráter público constitui um dos meios de alcançar o uso racional de medicamentos, grande desafio estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (LAGE et al., 2005).

SILVA et al. (1997), destaca que a disponibilidade de fontes de informação técnico-científica sobre medicamentos e sua utilização apropriada, as quais sejam confiáveis, atualizadas e independentes, são requisitos indispensáveis para garantir o uso racional de medicamentos.

A receptividade das informações inseridas no guia sobre os cuidados e advertências no uso de medicamentos deve ser avaliada, especialmente a qualidade da informação veiculada e de sua assimilação. A credibilidade da fonte informadora é um fator relevante para a aceitação destas orientações pelos leitores e pode interferir no processo de consumo de medicamentos, além de promover o nível de consciência sanitária necessário para prevenir o uso inadequado (LAGE et al. 2005).

Os especializandos acordaram inserir apenas as informações necessárias à utilização ou aquisição de medicamentos durante a Copa do Mundo, partindo do princípio que o viajante ao ingressar no país já possui o medicamento na bagagem.

3.4 Alimentos

A ocorrência de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) vem aumentando de modo significativo em nível mundial. Vários são os fatores que contribuem para a emergência dessas doenças, entre os quais se destacam: o crescente aumento das populações; a existência de grupos populacionais vulneráveis ou mais expostos; o processo de urbanização desordenado e a necessidade de produção de alimentos em grande escala. Contribui, ainda, o deficiente controle dos órgãos públicos e privados no tocante à qualidade dos alimentos ofertados à população. Acrescentam-se outros determinantes para o aumento na incidência das DTA, tais como a maior exposição das populações a alimentos destinados ao pronto consumo coletivo – *fast foods*, o consumo de alimentos em vias públicas, a utilização de novas modalidades de produção, o aumento no uso de aditivos e a mudanças

de hábitos alimentares, sem deixar de considerar as mudanças ambientais, a globalização e as facilidades atuais de deslocamento da população, inclusive no nível internacional (BRASIL, 2010).

As DTAs caracterizam-se por uma síndrome causada pela ingestão de alimentos e/ou água que contenham agentes microbianos e/ou suas toxinas em quantidades suficientes para afetar a saúde do consumidor ou grupo de consumidores. Os eventos de massa retratam bem essa tendência, e tanto os órgãos competentes quanto a população devem estar atentos aos riscos envolvendo a manipulação, comercialização e consumo dos alimentos, no sentido de prevenir a ocorrência das DTAs. O que observar antes de comprar:

Quanto ao estabelecimento: limpeza e organização, higiene e adequação dos uniformes dos funcionários, organização de balcões e prateleiras, indícios de insetos ou roedores, temperatura dos balcões e a temperatura marcada (deve estar no máximo a 5°C quando refrigerado ou acima de 60°C quando aquecidos). Na dúvida em relação a alguns desses itens, não comprar.

Quanto aos alimentos, na apresentação do produto observar rotulagem e embalagem: nome do fabricante e endereço, data fabricação e validade, carimbo de inspeção sanitária (SIF, CISPOA ou SIM para os produtos de origem animal), apresentação do produto (se resfriado ou congelado, se fatiado ou inteiro), modo de conservação, integridade das embalagens, temperatura de exposição dos alimentos quentes e frios, alimentos exposto em *buffet* quente, estufas ou outros equipamentos de calor devem estar bem quentes (acima de 60°C), alimentos expostos em *buffet* frio, balcões refrigerados ou outros equipamentos refrigerados devem estar bem frios (abaixo de 5°C). Na ausência de informações no rótulo, os alimentos de origem animal devem ficar acima de 60°C ou abaixo de 5°C.

Fazendo as refeições em restaurantes e lancherias: Pedir para visitar a cozinha do estabelecimento, é um direito do consumidor. (PORTO ALEGRE, 1996). Observar a limpeza do local e se há indícios de insetos ou roedores. A apresentação dos garçons e cozinheiros também dá uma boa ideia sobre o local: uniformes limpos, mãos sem lesões, unhas curtas, limpas e sem esmalte, sem anéis. No salão analisar a higiene e como os alimentos estão expostos em *buffet* quentes, estufas, balcões refrigerados ou com gelo. Observar a limpeza de equipamentos e as temperaturas. Não esquecer: alimentos quentes devem estar bem quentes e os refrigerados bem gelados. Esta regra também serve para as sobremesas à base de leite e ovos, saladas com maionese e carnes e também salgados em geral que não devem ficar expostos à temperatura ambiente.

Nas carrocinhas ambulantes, observar se a carrocinha, veículo ou barraca estão limpos. Ver se o manipulador está com o uniforme limpo, usa proteção para cabelos e está com as mãos limpas, unhas curtas e sem esmalte. Observar se o gás está ligado: as

salsichas e o molho devem estar constantemente em aquecimento para evitar crescimento das bactérias que causam doenças. Não aceitar maionese em tubos. Os ambulantes não possuem equipamentos de refrigeração e, por isso, só podem fornecer a maionese em pequenos envelopes individuais industrializados.

3.5 Influenza A (H1N1) e Higienização das mãos

A Influenza ou gripe ocorre mundialmente como surto localizado ou regional, em epidemias e também como pandemias, a doença manifesta-se durante o ano todo, com sazonalidade intensificada no final do outono e durante o inverno É uma infecção viral que afeta o sistema respiratório, mais precisamente o nariz, garganta e brônquios. O contágio ocorre principalmente por meio das secreções das vias respiratórias da pessoa infectada ao falar, tossir ou espirrar.

O vírus da influenza A (H1N1) está apresentando uma dinâmica de transmissão semelhante à da influenza sazonal. As duas formas reconhecidas de transmissão são:

- Direta: através das secreções das vias respiratórias de uma pessoa contaminada ao falar, espirrar ou tossir.
- Indireta: por meio das mãos que, após contato com superfícies recentemente contaminadas por secreções respiratórias de um indivíduo infectado, pode carrear o agente infeccioso diretamente para a boca, nariz e olhos. (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Nenhuma ação isolada fornece proteção completa, mas uma combinação dos seguintes passos pode auxiliar a diminuir a possibilidade de transmissão:

- Higienizar as mãos com frequência;
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Não partilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar aperto de mãos, abraços e beijo social;
- Reduzir contatos sociais desnecessários e evitar, dentro do possível, ambientes com aglomeração;
- Manter distância (mínimo de 1 metro) de indivíduos com sintomas gripais;
- Ventilar os ambientes.

A higienização das mãos com água e sabonete é essencial quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com secreções respiratórias. Tem a função de remover

os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas. Deve ser realizada antes e após o contato direto com pessoas com doença respiratória e seus pertences e a duração recomendada para o procedimento é de 40 a 60 segundos. (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

A lavagem das mãos deve ser executada principalmente nas seguintes ocasiões:

- Antes de manipular ou consumir alimentos
- Antes e depois de se entrar em contato com pessoas doentes ou acamadas
- Depois de ir ao banheiro
- Depois de espirrar, tossir ou assoar o nariz
- Após manipular objetos potencialmente sujos ou contaminados
- Após entrar em contato com animais
- Sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas

O vírus da influenza sazonal é rapidamente inativado em 30 segundos após antissepsia das mãos com gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina. A sua utilização pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, reduzindo a carga microbiana presente nas mãos. O tempo preconizado para o procedimento é de 20 a 30 segundos. Antes de iniciar qualquer uma dessas técnicas, é necessário retirar joias (anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

No caso de higienização das mãos com água e sabonete, enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e secar as mãos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Depois de higienizar as mãos com preparação alcoólica, deixe que elas sequem completamente (sem utilização de papel-toalha).

Medidas de prevenção e controle:

- Higienizar as mãos com água e sabonete/sabão antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz após tossir, espirrar ou usar o banheiro;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e nariz ao tossir ou espirrar, para evitar disseminação de gotículas das secreções; na impossibilidade de serem usados lenços, recomenda-se proteger a face junto à dobra do cotovelo ao tossir ou espirrar;

- Indivíduos com síndrome gripal devem evitar entrar em contato com outras pessoas suscetíveis;
- Indivíduos com síndrome gripal devem evitar aglomerações e ambientes fechados;
- Manter os ambientes ventilados;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Indivíduos com suspeita ou confirmação de gripe devem ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos.

3.6 Disque-Vigilância e Sistema Fala Porto Alegre

O Centro de Informação Estratégica e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS, é um núcleo de trabalho do Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS, e integra uma rede nacional que tem a finalidade de fomentar a captação de notificações de situações de risco à saúde coletiva, visando a responder oportunamente às emergências em saúde pública, de relevância nacional e estadual, congregando-se mecanismos de comunicação avançados. O Disque-Vigilância (o número do telefone é 150) é um importante canal de comunicação do CIEVS, fazendo com que todas as notificações sejam comunicadas imediatamente às secretarias municipais de saúde e as áreas técnicas do CEVS/RS. Possui um serviço que funciona 24 horas, sete dias da semana, colocado à disposição da comunidade gaúcha, e que é uma das portas de entrada do sistema de vigilância em saúde. Esse canal recebe notificações e dúvidas provenientes de profissionais de saúde e da comunidade em geral, agilizando a solução dos problemas e de situações de risco, além de promover informação em saúde. Presta atendimento aos técnicos de serviços públicos e privados, que buscam orientação sobre medidas de controle, conduta, tratamento ou para notificação de doenças e agravos (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O sistema Fala Porto Alegre unifica o atendimento telefônico de demandas e reclamações diversas da população pelo número 156, disponível todos os dias da semana nas 24 horas, conforme o serviço. Para pessoas que estejam fora do Município e que necessitam registrar uma reclamação, poderá ser realizada através do número (51) 3289 0156. O número do protocolo no Fala Porto Alegre é a garantia do cidadão de que a solicitação terá um fluxo de resolução dentro dos canais da Prefeitura. Todas as solicitações de serviços de trânsito, água, esgoto sanitário, iluminação pública, pavimentação de ruas, coleta de lixo, informações turísticas, vigilância sanitária entre outras, podem ser encaminhadas via 156. A unificação dos serviços de atendimento garante que os serviços solicitados sejam prestados com mais agilidade e de forma transparente.

4. ANÁLISE SITUACIONAL: COPA DO MUNDO 2014 NO BRASIL

Enfrentar os desafios que megaeventos trazem, buscando oferecer segurança sanitária aos turistas e à população em geral, pode servir como canal para investir na formação dos profissionais e na qualificação de serviços de saúde na área de urgência e emergência, bem como para implantar as tecnologias de informação e comunicação em saúde para monitoramento e resposta a situação de emergência de saúde pública: benefícios que podem ficar como legados permanentes para a organização do sistema de saúde (MASSUDA, 2012).

O grande aporte de turistas em curto período de tempo reflete maior preocupação relacionada à prevenção à saúde e a promoção de ações em saúde relacionadas com a Vigilância em Saúde.

Porto Alegre fica no extremo sul do Brasil e é o centro geográfico do Mercosul, sendo também o centro econômico, financeiro, político, cultural das 31 cidades-satélites da Região Metropolitana de Porto Alegre, com 3,9 milhões de habitantes, apresentando uma população aproximada de 1,5 milhões de habitantes. A cidade será uma das sedes da Copa do Mundo FIFA 2014, onde serão realizados cinco (05) jogos, tais como: França x Honduras, Austrália x Holanda, Nigéria x Argentina, Coréia x Argélia, entre outras.

5. O PROJETO PILOTO

Considerando todas as discussões realizadas em cada encontro, baseado nos passos para o movimento de construção do projeto aplicativo, o grupo utilizou as seguintes ferramentas de trabalho: árvore explicativa, matriz decisória e identificação de atores sociais, definindo, assim, o percurso metodológico para execução do projeto.

5.1 Árvore Explicativa

As causas dos problemas podem ser decompostas em toda sua complexidade, constituindo elas mesmas subproblemas. Explicar significa, neste caso, manifestar uma intencionalidade concreta, “explico para mudar as causas”. A identificação das causas é essencial, pois não se atua sobre as consequências ou descritores (sintomas) de um problema. O principal produto deste momento é o que se denomina “Árvore do Problema” onde todos podem visualizar toda a rede causal que envolve determinado problema e quais são aquelas causas fundamentais sobre as quais será fundamentada a vontade de mudança, as operações e ações do plano. Estas causas fundamentais do problema foram denominadas de “Nós Críticos”. (DE TONI et al, 2008).

Conforme orientação fornecida em aula, foi construída a “árvore de problemas” (ANEXO 1) considerando como problema de raiz a “insuficiência de orientações sanitárias à população para eventos de massa”. A escolha foi baseada nos macroproblemas apresentados no início do curso, no âmbito da Proteção: “Comunicação em Vigilância Sanitária insuficiente”.

A construção das inquietudes em relação aos eventos de massa identificou como os principais problemas relacionados às ações da vigilância sanitária: inexistência de padronização de postura de fiscalização, deficiência dos sistemas de informação, deficiência na comunicação entre as esferas e insuficiência de orientações sanitárias à população para eventos de massa. Sendo a última considerada como de importância muito alta, maior urgência e primeira prioridade.

5.2 Matriz Decisória do Projeto Aplicativo

Segundo De Toni (2004), em seu artigo de planejamento estratégico “Mediação entre o presente e o futuro, todas as decisões que tomamos hoje tem múltiplos efeitos sobre o futuro porque dependem não só da minha avaliação dos fatos presentes, mas da evolução futura dos processos que não controlamos...”. Eventos de massa incluem muitas etapas, e falando-se em Copa do Mundo o amadurecimento das ações em relação à Vigilância em Saúde para os participantes faz presente, pois não há uma ideia precisa de aporte de turistas, deslocamento de viajantes na região, permanência e comportamento em relação a hábitos de consumo e uso de serviços de saúde.

A matriz decisória (ANEXO 2) permitiu ao grupo definir quais os critérios utilizados para classificar os principais problemas levantados e priorizar aquele que apresentasse, na avaliação do grupo, a maior importância, urgência, prioridade e a capacidade de enfrentamento. Nesta avaliação, foi definido que o problema Insuficiência de Orientações Sanitárias à População para Eventos de Massa foi o que obteve maior relevância no processo.

Para a definição dos atores envolvidos no projeto, foi construída a matriz de identificação de atores (ANEXO 4), definidos os órgãos, as pessoas que participantes do projeto, conforme classificação do valor, interesse e pontuação atribuída. Nessa atividade, foi possível identificar a importante participação das três esferas da Vigilância Sanitária: Município, Estado e União, além de outros atores que foram identificados como importantes na participação do projeto.

Após a construção da árvore de problemas, da matriz decisória, e matriz de identificação de atores envolvidos, considerando a viabilidade de execução, tempo hábil,

recursos disponíveis, concluiu-se que a alternativa para enfrentamento mais factível seria trabalhar com educação em saúde em eventos de massa através da elaboração de um guia de bolso (ANEXO 7) para os participantes da Copa, com informações a respeito da Vigilância em Saúde. Apesar da identificação de vários atores que poderiam estar envolvidos no projeto, optou-se por trabalhar apenas com o sindicato de hotéis e as três esferas da VISA, ou seja, Município, Estado e União. Devido à preparação para a Copa 2014, o município de Porto Alegre, através de pactuação com a Secretária Estadual de Segurança Pública, realizou vistorias nos 31 hotéis credenciados pela FIFA, onde serão hospedados: delegação da FIFA, imprensa e demais integrantes participantes da Copa. No sentido de focar a execução do projeto aplicativo, a capacidade dos atores envolvidos, a acessibilidade aos hotéis, abrangência e a necessidade de avaliação do projeto através dos indicadores escolhidos (ANEXO 3), optou-se por trabalhar o guia de bolso apenas nestes hotéis credenciados. A partir dos resultados da avaliação final deste projeto, considerado piloto, poderão ser incluídos, nos próximos eventos, outros participantes, conforme matriz de identificação dos atores envolvidos.

O guia de bolso será distribuído nessa rede hoteleira credenciada pela FIFA (ANEXO 5).

5.3 Matriz de Indicadores

Os saberes e ações de monitoramento e avaliação estão presentes na área da saúde, assim como na história do sistema de saúde. Pode-se afirmar que o núcleo de qualquer avaliação consiste em verificar, medir e determinar o valor de algo a partir de parâmetro. Neste contexto, utiliza-se medidas, calculadas em determinado ponto de um período mais espaçado de tempo, expressas por indicadores quantitativos e/ou qualitativos (REIS,1981).

Os indicadores podem ser a expressão do nexo entre a saúde e o ambiente e serem expressos de forma a facilitar a interpretação dos problemas para uma tomada de decisão efetiva (FILHO,1999). O mesmo autor ainda define o indicador “como valor agregado a partir de dados e estatísticos, transformados em informação para o uso direto dos gestores. Deste modo, podem contribuir e aprimorar o gerenciamento e a implementação de políticas”.

Para os serviços de saúde, podem ser utilizados componentes de avaliação de estruturas e processos e resultados. Compreendem-se como indicadores de estrutura às características relativamente estáveis, como condições físicas, organizacionais, equipamentos, recursos humanos. Já os indicadores de processo referem-se como conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção em geral e, no caso de saúde, entre profissionais e usuários. Indicadores de resultados correspondem às conseqüências da

atividade do estabelecimento ou profissional, para saúde dos indivíduos ou população: Satisfação da clientela, Morbidade, Mortalidade.

Os indicadores são instrumentos usados para avaliar uma situação ou a consecução de objetos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados de ações e comparar resultados. Os indicadores podem ser úteis para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações em saúde, havendo, no entanto, discordâncias quanto ao significado destes termos, sugerindo para a avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica o uso de indicadores operacionais e indicadores epidemiológicos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. Este processo, por sua vez, leva mudanças favoráveis no nível de saúde da população. Assim, a avaliação de resultados é enfim, aquela que realmente capta mudanças no estado de saúde da população. Na medida em que o objetivo da atenção a uma população é a melhoria da sua condição de saúde, a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir o cumprimento desse objetivo (ROZENFELD, 2000).

Com a finalidade de organizar e avaliar o projeto, foi utilizada a Matriz de identificação dos indicadores (ANEXO 3). Os indicadores fornecerão elementos para operacionalização de tomada de decisão do gestor municipal, estadual e federal em relação às informações contidas no guia e a forma de dispersão deste entre os viajantes.

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 Gestão do Plano:

6.1.1 Orçamento:

Conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Orçamento

Descrição produto/ serviço	Quantidade	Valor Unitário (R$)	Valor total do produto/serviço (R$)
Produção e Arte gráfica do guia	1	500,00	500,00
Impressão em dupla face A4 papel *couche*	10.000	0,10	1.000,00
Tradução para inglês (por palavra)	2	100,00	100,00
Pen drive	4	20,00	80,00
TOTAL			**1.680,00**

6.1.2 Previsão de Equipe e Monitoramento

Conforme descrito na Tabela 2

Tabela 2 – Equipe de monitoramento

Tipo de Indicador	Denominação	Equipe	Como/Quando
Processo	Proporção de guias distribuídos por hospedes nos 31 hotéis credenciados pela FIFA em Porto Alegre no período da copa.	Patricia/ Ricardo	Contatar com a gerência dos hotéis semanalmente, solicitando o número de guias distribuídos por hospedes
Processo	Número de capacitações ministradas para os 31 hotéis da Rede Hoteleira Credenciada pela FIFA	Equipe de Vigilância de alimentos do município de Porto Alegre em conjunto com o Sindipoa e GAF 2.	Capacitar as gerencias dos 31 hotéis credenciados da FIFA, previamente ao evento da COPA, com carga horária mínima de 4horas. A capacitação terá os seguintes pontos abordados: 1) objetivo do projeto, 2) informações contidas no guia, 3) importância do acesso ao guia 4) preenchimento do questionário
Resultado	Qualidade e eficiência da informação prestada	Edy/ Vânia/ Patty/ Luciana/ Leonor	Aplicar questionário aos hóspedes durante o *check out*. Compilar semanalmente as informações obtidas através do questionário aplicado.

REFERÊNCIAS

1. _____. **A informação é o melhor remédio**, 2008. Disponível em:< http://www.anvisa.gov.br/propaganda/educacao_saude/cartilha_campanha.pdf> Acesso em: 30 de Abril de 2014.

2. _____.**Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2007.

3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Categorização dos Serviços de Alimentação**, 2013. Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/bWY7> Acesso em: 13 de Maio de 2014.

4. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 158p.

6. CANDEIAS, N.M.F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde**: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 31:209, 1997.

7. COSTA, EA., org. **Vigilância Sanitária**: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 12 de Maio de 2014.

8. DE TONI, J. **O que é o Planejamento Estratégico Situacional?** Revista Espaço Acadêmico. N. 32, ISSN 1519.6186, jan. 2004.

9. DE TONI, J., SALERNO, G., and BERTINI, L. **Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos**: o Método Altadir de Planejamento Popular — MAPP. In JACQUES, MGC., et al. org. Relações sociais e ética [*online*]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 140- 150. ISBN: 978-85-99662-89-2. Disponível em: <http://books.scielo.org> Acesso em: 23 de Abril de 2014.

10. FILHO, A. MACIEL, A. **Indicadores de Vigilância Ambiental em Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS,1999.

11. FONSECA, A.F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

12. LAGE, E. A.; FREITAS, M. I.F.; ACURCIO, F.A. **Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional**. Cien Saúde Colet, v. 10, n. Supl, 2005.

13. MASSUDA, A. **Megaeventos no Brasil**: oportunidades e desafios da Copa do Mundo FIFA 2014 para o Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Cardiologia, v. 25, n. 5, 2012.

14. MATOS V, BARCELLOS C. **Relações entre turismo e saúde**: abordagens metodológicas:<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n2/a09v28n2> Acesso em 01 de maio de 2014.

15. MATUS, C. **Estratégias políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. FUNDAP, 2ª impressão, São Paulo, 2007.

16. PORTO ALEGRE. **Cuidado com os Alimentos.** Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1996.

17. PORTO ALEGRE. Decreto Municipal 11487/96. Regulamenta a Lei 7766/96, Sobre Visitação dos Usuários às Cozinhas de Estabelecimentos Fornecedores de Alimentos. **Diário Oficial de Porto Alegre**, 1996.

18. REIS A. T., OLIVEIRA, P.T. R. SELLERA, P. E. **Sistema de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde** (SUS).RECISS, Vol.6 n° 2 – Temático – Suplemento, 2012.

19. RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS. **Disque Vigilância**. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/lista/180/Centro_Estadual_de_Vigil%C3%A2ncia_em_Sa%C3%BAde >Acesso em 15 de Abril de 2014.

20. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Medidas de prevenção e precaução para a Comunidade Influenza A H1N1**. 2009.

21. ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde***.* 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

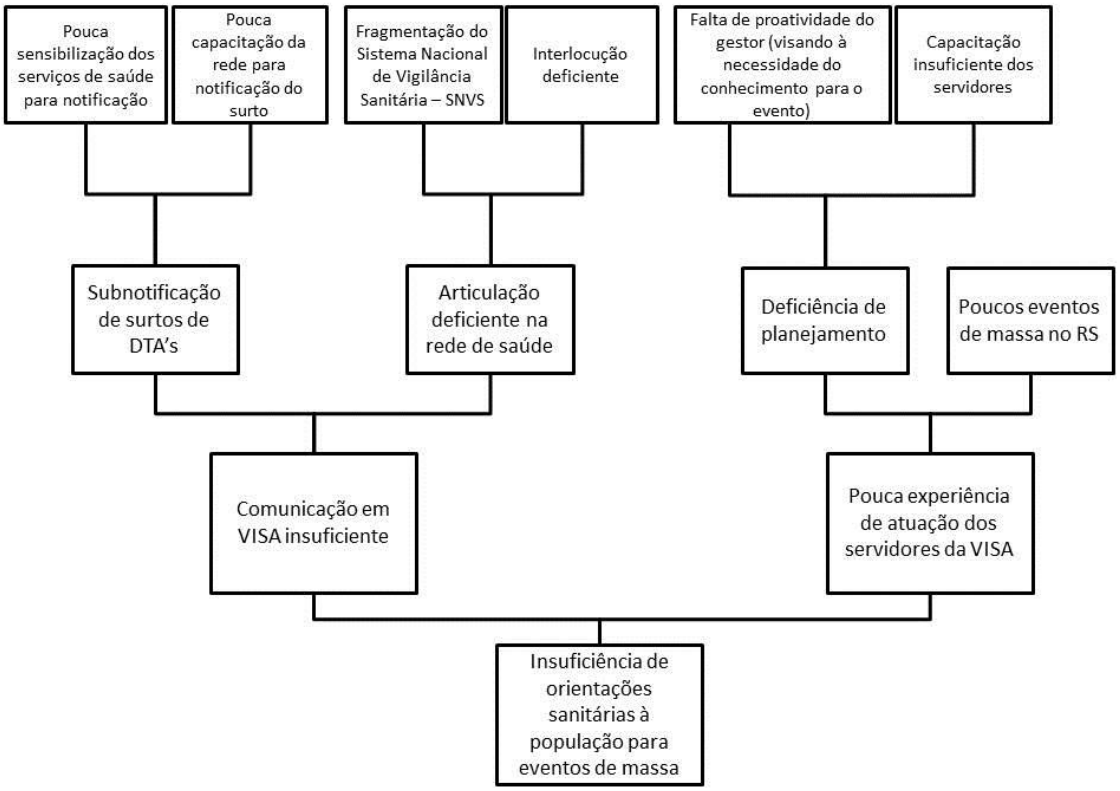
22. ROZENFELD, Suely. (Org). **Fundamentos da vigilância sanitária***.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

23. SILVA C D C, Coelho H L L, Arrais P S D, Cabral F R. **Centro de informação sobre medicamentos: contribuição para o uso racional de fármacos**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):531-535, jul-set, 1997.

24. SILVA, V. **A Saúde do Viajante no contexto do Turismo**: Análise e Reflexões; Dissertação de Mestrado em Hospitalidade; São Paulo, 2006.

25. SOUZA, H. W. O. et al./**Revista Eletrônica de Farmácia** Vol 5 (1), 67-72, 2008.

ANEXO 1 - ÁRVORE DE PROBLEMAS



ANEXO 2 - MATRIZ DECISÓRIA

Tabela 3: Matriz decisória do Projeto Aplicativo

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Ordem de Prioridade
Inexistência de Padronização de Postura de Fiscalização	Alta	10	Dentro	2
Deficiência dos Sistemas de Informação (SIVISA)	Alta	10	Parcial	4
Deficiência na Comunicação entre Esferas	Alta	10	Parcial	3
Insuficiência de Orientações Sanitárias à População para Eventos de Massa	Muito Alta	20	Parcial	1

ANEXO 3 - MATRIZ DE INDICADORES

Tabela 4: Matriz de identificação dos indicadores

Tipo de Indicador	Denominação	Método de Cálculo	Fontes	Metas	Utilidade do Indicador	Contribuição da VISA para o alcance da meta do indicador
Processo	Proporção de guias distribuídos por hospedes nos hotéis credenciados pela FIFA em Porto Alegre no período da copa.	Número total de guias distribuídos/número total de turista hospedado x 100	Informações prestadas pelos hotéis	Um guia/ hospede	Abrangência das informações prestadas através do guia de bolso	Elaboração do guia de bolso
Processo	Número de capacitações ministradas para a Rede Hoteleira Credenciada pela FIFA	N° absoluto	VISA Municipal, Estadual e Federal	Capacitar 100% dos hotéis credenciados pela FIFA	Sensibilização e conscientização dos funcionários dos hotéis quanto a importância das informações contidas no guia, para o hóspede	Organizar e ministrar as capacitações
Resultado	Qualidade e eficiência da informação prestada	N° questionários aplicados durante o check out do público alvo (ANEXO6)	Questionários aplicados	Atingir o maior número de hóspedes possíveis com as informações do guia	Avaliar a efetividade do guia	Avaliação dos resultados obtidos pelos questionários

ANEXO 4 – MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES

Tabela 5: Matriz de identificação dos atores

Ator	Valor	Interesse	Pontuação (0 a 10)
Sindicato dos hotéis	Alto	Positivo	10
CEVS/ SES/ RS	Alto	Positivo	10
CGVS/ SMS/ PMPA	Alto	Positivo	10
ANVISA	Alto	Positivo	10
Cia Aéreas	Alto	Positivo	10
Sindicato dos Taxistas	Médio	Médio	05
EPTC/ PMPA	Médio	Médio	05
Secretaria de turismo/ PMPA	Alto	Positivo	05
Secretaria de comunicação/ PMPA	Alto	Positivo	10
FIFA	Baixo	Baixo	0
Cia de ônibus	Médio	Médio	0

ANEXO 5 – Lista hotéis credenciados pela FIFA em Porto Alegre, conforme ofício 89/2012-COESGE/RS

1. Arvoredo House Hotel (Rua Coronel Fernando Machado, 347)
2. Blue Tree Milenium Porto Alegre (Av. Borges de Medeiros, 3120)
3. Blue Tree Tower Porto Alegre (Av. Cel. Lucas de Oliveira, 995)
4. Hotel Deville Porto Alegre (Av. dos Estados, 1909)
5. Hotel Express Mauá (Av. Júlio de Castilhos, 342)
6. Everest Porto Alegre (Rua Duque Caxias, 1357)
7. Master Palace Express e Suítes (Rua Senhor dos Passos, 221)
8. Master Express Perimetral (Av. Loureiro da Silva. 1840)
9. Master Express Alberto Bins (Av. Alberto Bins, 618)
10. Quality Porto Alegre (R. Comendador Caminha, 42)
11. Piazza Navona Flat (Av. Independência, 813)
12. Mercure Apartments Porto Alegre Manhattan (Rua Miguel Tostes, 30)
13. Mercure Apartments Porto Alegre II Giardino (Rua Jardim Cristófel, 155)
14. Intercity Premium Porto Alegre (Av. Borges de Medeiros, 2105)
15. Comfort Porto Alegre (Av. Loureiro da Silva, 1660)
16. Residence Hotel (R. André da Rocha, 131)
17. Plaza São Rafael Hotel e Centro de Convenções (Av. Alberto Bins, 514)
18. Máster Express Grande Hotel (Rua Riachuelo, 1070)
19. Novotel Porto Alegre (Av. Soledade, 575)
20. Porto Alegre Ritter Hotel (Largo Vespasiano Julio Veppo, 55)
21. Hotel Continental Porto Alegre (Largo Vespasiano Julio Veppo, 77)
22. Íbis Porto Alegre Aeroporto (Av. Indústrias, 1342)
23. Swan Molinos (Rua 24 Outubro, 1611)
24. Harbor Hotel Regente (R. Vigário José Inácio, 700)
25. Holiday Inn Porto Alegre (Av. Carlos Gomes, 565)
26. Plaza Porto Alegre Hotel (Rua Senhor dos Passos, 154)
27. Máster Express Cidade Baixa (Rua Sarmento Leite, 865)
28. Intercity Express Porto Alegre (R. Prof. Sarmento Barata, 360)
29. Mercure Berverly Hills (R. Ramiro Barcelos, 1373)
30. Sheraton Porto Alegre Hotel (Rua Olavo Barreto Viana, 18)
31. Milão Turis Hotel (Av. Assis Brasil, 7675)

ANEXO 06 - Questionário de aplicação aos hóspedes participantes da COPA 2014

1. Você recebeu o guia de bolso contendo informações de vigilância em saúde?
2. Você leu este guia? ( ) SIM ( )NÃO
3. As informações contidas no guia foram relevantes? ( ) SIM ( )NÃO
4. O guia foi utilizado em algum momento? ( ) SIM ( )NÃO. Se SIM, Qual?

ANEXO 7 – Modelo do Guia de Bolso no idioma Português (frente e verso)

ALIMENTOS

Um problema comum em viagem é a diarréia causada pela ingestão de alimentos ou água contaminados.

Observe as medidas básicas de higiene e as seguintes recomendações:

Esteja sempre atento à natureza e à qualidade daquilo que você ingere e oferece às crianças;

Dar preferência à ingestão de alimentos bem cozidos ou fervidos, fritos ou assados, preparados na hora do consumo e servidos ainda quentes, saindo fumaça;

Lave as mãos com água e sabão ou higienize-as com álcool gel antes de ingerir alimentos;

Evite o consumo de frutos do mar crus;

Moluscos e crustáceos podem conter toxinas que permanecem ativas mesmo após a cocção;

Não consuma leite nem seus derivados crus;

Não consuma preparações culinárias que contenham ovos crus;

Somente utilize maionese acondicionada em pequenos envelopes individuais industrializados (sache);

Lave bem as frutas e verduras antes de consumir;

Quando for consumir alimentos exóticos, seja prudente e não exagere;

Alimentos embalados devem conter no rótulo a identificação do produtor, data de validade e a embalagem deve estar íntegra;

Dê preferência ao consumo de alimentos comercializados por estabelecimentos licenciados;

Beba água mineral engarrafada preferencialmente, certificando-se que o lacre esteja íntegro;

Evite adicionar gelo e limão/laranja em rodelas nas bebidas.

Observação: O município de Porto Alegre apresenta água tratada para consumo Humano atendendo aos padrões de potabilidade da legislação vigente.

O que observar nos estabelecimentos de alimento:

Limpeza e organização, higiene e adequação dos uniformes dos funcionários;

Organização de balcões e prateleiras;

Ausência de indícios de insetos ou roedores;

Peça para visitar a cozinha do estabelecimento, é um direito seu. Lembre-se que nem sempre um salão bonito significa cozinha limpa.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Pode parecer exagero, mas você sabia que as mãos são o principal veículo de transmissão de micro-organismos de um indivíduo para outro? Assim sendo, o simples ato de lavar as mãos de forma correta torna-se a principal medida de controle no desenvolvimento de infecções, pois reduz significativamente a transmissão de patógenos.

Quando devemos lavar as mãos?

A lavagem das mãos deve ser executada principalmente nas seguintes ocasiões:

Antes de manipular ou consumir alimentos

Depois de ir ao banheiro

Após utilizar conduções públicas ou visitar mercados ou locais de muito fluxo de pessoas

Depois de espirrar, tossir ou assoar o nariz

Após manipular objetos potencialmente sujos ou contaminados

Após entrar em contato com animais

Sempre que as mãos estiverem visivelmente suja.

ATENDIMENTO AO CIDADÃO

FALA PORTO ALEGRE - 156 (Prefeitura de Porto Alegre)
www2.portoalegre.rs.gov.br/sms
DISQUE VIGILÂNCIA - 150 (Estado do Rio Grande do Sul)
www.saude.rs.gov.br

TELEFONES ÚTEIS

118 - Trânsito e Transporte

3358-2000 - Aeroporto Internacional Salgado Filho - Av. Severo Dullius, 90010

3363-8000 - Estação Rodoviária Largo Vespasiano Júlio Veppo nº 11, Centro Histórico

ESTÁDIO BEIRA RIO - Avenida Padre Cacique, 891, Praia de Belas - 3230-4600

3288 2400 - Polícia Civil

192 - Serviço de Atendimentos Móveis de Urgência - SAMU (ligação gratuita, atendimento 24 horas)

0800 721 3000 - Centro de Informações Toxicológicas - CIT (plantão 24 horas)

193 - Bombeiros

190 - Brigada Militar

3363-8000 - Trensurb

PRODUÇÃO

GAF 2 / G-VISA / ISL

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA PORTO ALEGRE

GUIA DE BOLSO

PORTO ALEGRE

ORIENTAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Brasil 2014

HOST CITY

FIFA WORLD CUP Brasil

PORTO ALEGRE

MEDICAMENTOS E RECEITAS

- Medicamentos classificados **com tarja preta** (psicotrópicos: antidepressivos, ansiolíticos, antiepilépticos): obrigam a apresentação do receituário padronizado no Brasil para obtê-lo, o viajante deverá consultar um médico brasileiro.
- Medicamentos classificados **com tarja vermelha** (antibióticos, antifúngicos, antiparasitários, hormônios e bloqueadores hormonais, corticosteroides, anti-histamínicos, betabloqueadores, anti-hipertensivos, antidiabéticos orais, e outros).

- Não tome medicamento sem o conhecimento de seu médico, pode ser perigoso para a sua saúde.
- A utilização de qualquer medicamento deve ser feita exclusivamente com orientação médica.
- A aquisição de antibióticos e medicamentos controlados em drogarias e farmácias é realizada somente com receita médica específica.

INFORMAÇÕES TURÍSTICAS

1.CIT Mercado do Bom Fim Mercado do Bom Fim, loja 11, Parque Farroupilha

2.Acampamento Farroupilha - Parque Maurício Sirostky Sobrinho, Praia de Belas;

3.Brique 24 horas - Parque Farroupilha s/nº (Redenção);

4.Casa de Cultura Mário Quintana Rua dos Andradas, 736, Centro Histórico;

5.Usina do Gasômetro - Av. Pres. João Goulart, 551.

6.FAN FEST Anfiteatro Por do Sol - Avenida Edvaldo Pereira Paiva- s/nº

Locais de Exibição

7.Canteiro da Av. Tronco (esquina com Av. Caixa Econômica);

8.Centro Cultural Bom Jesus Rua Marta Costa Franzen;

9.Praça México Av. Juscelino K. de Oliveira esquina com Rua Sgt Delmar K. Silva;

10.Centro cultural Lomba do Pinheiro Estrada João de Oliveira Remião, 5450;

11.Esplanada Restinga- Estrada João Antônio da Silveira, S/nº

HOSPITAIS

Hospitais de referencia Sistema Único de Saúde (SUS) rede pública:

1.Instituto de Cardiologia - Av. Princesa Isabel, 395, Santana, Porto Alegre - 3230-3600

2.Hospital São Lucas da PUCRS - Avenida Ipiranga, 6690, Jardim Botânico - 3320-3000

3.Grupo Hospitalar Conceição - Rua Francisco Trein, 596, Cristo Redentor - 3357-2000

4.Santa Casa de Misericórdia - Rua Professor Anes Dias, 295, Centro Histórico - 3214-8080

5.Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Rua Ramiro Barcelos, 2350, Santa Cecília - 3359-8000

6.Hospital de Pronto Socorro - Av.Venâncio Aires, 1116, Bonfim - 3289-7999

7.Hospital Banco de Olhos - Rua Engenheiro Valter Bohel, 285, Vila Ipiranga - 3018-3100

Hospitais de referencia FIFA / rede privada

8.Hospital Mãe de Deus - Rua José de Alencar, 286, Menino Deus - 3230-6000

9.Hospital Moinhos de Vento - Rua Ramiro Barcelos, 910, Bairro Moinhos de Vento - 3314-3434

REDE HOTELEIRA FIFA

1.Arvoredo House Hotel - R. Cel.l Fernando Machado, 347- (51) 3027-5199

2.Blue Tree Millenium - Av. Borges de Medeiros, 3120-(51) 3026-2200

3.Blue Tree Tower - Av. Lucas de Oliveira, 995 -(51)333-0333

4.Hotel Deville - Av. dos Estados, 1909 - (51)3373-5000

5.Hotel Express Mauá - Av. Júlio de Castilhos, 342- (51) 3029-1000

6.Everest - R. Duque de Caxias, 1357 - (51) 8119-5532

7.Master Palace Express e Suítes - R. Senhor dos Passos, 221- (51) 3027-5711

8.Master Express Perimetral - Av. Loureiro da Silva, 1840 - (51) 3023-9503

9.Master Express Alberto Bins Av. Alberto Bins, 618 - (51) 3025.4000

10.Quality - R. Com. Caminha, 42- (51) 3275-1555

11.Piazza Navona - Av. Independência, 813 - (51) 3311-2581

12.Mercure Apartments Manhattan - R. Miguel Tostes 30 (51)3024-3030

13.Mercure Apartments II Giardino- R.Jardim Cristofel, 155, (51) 4009-6800

14.Intercity Premium Porto Alegre - Av.Borges de Medeiros, 2105 - (51) 3325-7797

15.Comfort - Av.Loureiro da Silva, 1660 - (51) 2117-9000

16.PoA Residence Hotel - R.Duque de Caxias, 1454 - (51) 3085.1077

17.Plaza São Rafael Hotel - Av. Alberto Bins, 514 - (51) 3220-7000

18.Master Express Grande Hotel - R. Riachuelo, 1070 - (51) 3287-4411

19.Novotel - Av. Soledade, 575 - (51) 3327-9292

20.Ritter Hotel - L. Vespasiano Julio Veppo, 55- (51) 3228-4044

21.Hotel Continental - L. Vespasiano Júlio Veppo, 77, - (51) 3433-1900

22.Ibis Aeroporto - Av. das Industrias, 1342 - (51)3018-1800

23.Swan Molinos - R. Vinte e Quatro de Outubro, 1611 - (51) 3388-6788

24.Harbor Hotel Regente - R. Vigário José Inácio, 700, - (51) 3025-3200

25.Holliday Inn- Av. Carlos Gomes, 565 -(51) 3378-2727

26.Plaza Porto Alegre Hotel - R. Senhor dos Passos, 154 - (51) 3220-8000

27. Master Express Cidade Baixa - R. Sarmento Leite, 865 - (51) 3018-3636

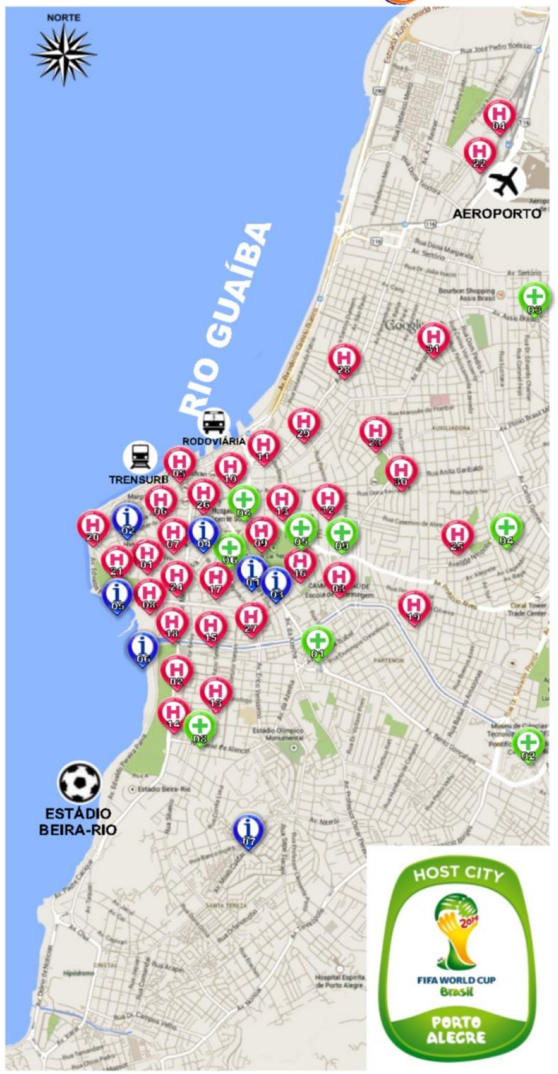
28. Intercity Express - R. Professor Sarmento Barata, 360 - (51) 3325-7700

29.Mercure - R. Ramiro Barcellos, 1373- (51) 4009-7300

30.Sheraton - R. Olavo Barreto Viana, 18 - (51) 2121-6000

31.Milão Turi Hotel - Av. Assis Brasil, 7675 - (51) 3076-3600

Porto Alegre



ANEXO 8 – Modelo do Guia de Bolso no idioma Inglês (frente e verso)

FOODS

Travelers' diarrhea (TD) is the most common illness affecting travelers. It is usually caused by ingestion of contaminated food or water.
Observe basic hygiene and some recommendations:
Always be aware of the nature and quality of what you eat and offers children.
Give preference to eating well cooked or boiled, fried or roasted, freshly prepared and served still hot foods.
Wash your hands with soap and water or sanitize them with alcohol gel before eating.
Avoid consumption of raw seafood.
Molluscs and crustaceans may contain toxins that remain active even after cooking.
Do not consume raw milk or its derivatives
Do not consume food preparations containing raw eggs
Only use mayonnaise wrapped in small industrialized individual envelopes (sachet)
Wash fruits and vegetables before consuming
When consuming exotic foods, be careful and do not overdo it.
Packaged foods must be labeled with the the identification of the producer, expiry date and the package must be intact.
Give preference to consuming food marketed by licensed establishments.
Drink bottled mineral water preferably, making sure that the seal is intact.
Avoid adding ice and lemon / orange slices in beverages.

Note: The municipality of Porto Alegre has treated water for human consumption meeting the standards of potability of legislation

What to watch in food establishments:

Cleaning and organization, hygiene and suitability of employees uniforms;
Absence of evidence of insects or rodents;
Ask to visit the kitchen of your establishment, is your right. Remember that not always a beautiful hall means a clean kitchen.

HAND HYGIENE

It may seem an exaggeration, but you know that the hands are the main vehicle of transmission of microorganisms from one individual to another? Therefore, the simple act of washing hands correctly becomes the primary measure of control in the development of infections, because significantly reduces the transmission of pathogens.

When should you wash your hands?

Hand washing should be performed primarily on the following occasions:
Before handling or consuming food;
After going to the bathroom;
After using public conveyances or visit local markets or very flow of people;
After sneezing, coughing or blowing your nose;
After handling contaminated or potentially contaminated objects
After contact with animals;
Whenever hands are visibly dirty.

CITIZEN SERVICE

FALA PORTO ALEGRE - 156 (Prefeitura de Porto Alegre)
www2.portoalegre.rs.gov.br/sms
DISQUE VIGILÂNCIA - 150 (Estado do Rio Grande do Sul)
www.saude.rs.gov.br

IMPORTANT PHONE NUMBERS

118 - Trânsito e Transporte

3358-2000- Aeroporto Internacional Salgado Filho - Av. Severo Dulius, 90010

3363-8000 - Estação Rodoviária
Largo Vespasiano Júlio Veppo nº 11, Centro Histórico

ESTÁDIO BEIRA RIO - Avenida Padre Cacique, 891, Praia de Belas - 3230-4600

3288 2400 - Polícia Civil

192 - Serviço de Atendimentos Móveis de Urgência - SAMU (ligação gratuita, atendimento 24 horas)

0800 721 3000 - Centro de Informações Toxicológicas - CIT (plantão 24 horas)

193 - Bombeiros

190 - Brigada Militar

3363-8000 - Trensurb

PRODUCTION

GAF 2 / G-VISA / ISL

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PREFEITURA PORTO ALEGRE

POCKET GUIDE

PORTO ALEGRE CITY

GUIDELINES FOR HEALTH SURVEILLANCE

MEDICINES AND PRESCRIPTIONS

Drugs classified as "black stripe"(psychotropic substances antidepressants, anxiolytics, antiepileptics) require the submission of the Brazil's standard prescription, so the traveler should consult with a Brazilian doctor.

Drugs classified with "red stripe" (antibiotic, antifungal, antiparasitic, hormones and hormone blockers, corticosteroids, antihistamines, beta-blockers, antihypertensives, oral antidiabetics, among others.

Do not take medication without your doctor's knowledge, it can be dangerous to your health.
The use of any drug should be taken only under medical guidance.

The acquisition of antibiotics and controlled medicines in pharmacies are only performed with specific prescription.

TOURIST INFORMATION

1.CIT Mercado do Bom Fim Mercado do Bom Fim, loja 11, Parque Farroupilha

2.Acampamento Farroupilha - Parque Maurício Sirostky Sobrinho, Praia de Belas;

3.Brique 24 horas - Parque Farroupilha s/nº (Redenção);

4.Casa de Cultura Mário Quintana Rua dos Andradas, 736, Centro Histórico;

5.Usina do Gasômetro - Av. Pres. João Goulart, 551.

6.FAN FEST Anfiteatro Por do Sol - Avenida Edvaldo Pereira Paiva- s/nº

Free Public Viewing Event

7.Canteiro da Av. Tronco (esquina com Av. Caixa Econômica);

8.Centro Cultural Bom Jesus Rua Marta Costa Franzen;

9.Praça México Av. Juscelino K. de Oliveira esquina com Rua Sgt Delmar K. Silva;

10.Centro cultural Lomba do Pinheiro Estrada João de Oliveira Remião, 5450;

11.Esplanada Restinga- Estrada João Antônio da Silveira, S/nº

HOSPITALS

Hospitais de referencia Sistema Único de Saúde (SUS) rede pública:

1.Instituto de Cardiologia - Av. Princesa Isabel, 395, Santana, Porto Alegre - 3230-3600

2.Hospital São Lucas da PUCRS - Avenida Ipiranga, 6690, Jardim Botânico - 3320-3000

3.Grupo Hospitalar Conceição - Rua Francisco Trein, 596, Cristo Redentor - 3357-2000

4.Santa Casa de Misericórdia - Rua Professor Anes Dias, 295, Centro Histórico - 3214-8080

5.Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Rua Ramiro Barcelos, 2350, Santa Cecília - 3359-8000

6.Hospital de Pronto Socorro - Av.Venâncio Aires, 1116, Bonfim - 3289-7999

7.Hospital Banco de Olhos - Rua Engenheiro Valter Bohel, 285, Vila Ipiranga - 3018-3100

Hospitais de referencia FIFA / rede privada

8.Hospital Mãe de Deus - Rua José de Alencar, 286, Menino Deus - 3230-6000

9.Hospital Moinhos de Vento - Rua Ramiro Barcelos, 910, Bairro Moinhos de Vento - 3314-3434

HOTEL NETWORK

1.Arvoredo House Hotel - R. Cel.l Fernando Machado, 347- (51) 3027-5199

2.Blue Tree Millenium - Av. Borges de Medeiros, 3120-(51) 3026-2200

3.Blue Tree Tower - Av. Lucas de Oliveira, 995 -(51)333-0333

4.Hotel Deville - Av. dos Estados, 1909 - (51)3373-5000

5.Hotel Express Mauá - Av. Júlio de Castilhos, 342- (51) 3029-1000

6.Everest - R. Duque de Caxias, 1357 - (51) 8119-5532

7.Master Palace Express e Suítes - R. Senhor dos Passos, 221-(51) 3027-5711

8.Master Express Perimetral - Av. Loureiro da Silva, 1840 - (51) 3023-9503

9.Master Express Alberto Bins Av. Alberto Bins, 618 - (51) 3025.4000

10.Quality - R. Com. Caminha, 42-(51) 3275-1555

11.Piazza Navona - Av. Independência, 813 - (51) 3311-2581

12.Mercure Apartments Manhattan - R. Miguel Tostes 30 (51)3024-3030

13.Mercure Apartments II Giardino- R.Jardim Cristofel, 155, (51) 4009-6800

14.Intercity Premium Porto Alegre - Av.Borges de Medeiros, 2105 - (51) 3325-7797

15.Comfort - Av.Loureiro da Silva, 1660 - (51) 2117-9000

16.PoA Residence Hotel - R.Duque de Caxias, 1454 - (51) 3085.1077

17.Plaza São Rafael Hotel - Av. Alberto Bins, 514 - (51) 3220-7000

18.Master Express Grande Hotel - R. Riachuelo, 1070 - (51) 3287-4411

19.Novotel - Av. Soledade, 575 - (51) 3327-9292

20.Ritter Hotel - L. Vespasiano Julio Veppo, 55- (51) 3228-4044

21.Hotel Continental - L. Vespasiano Júlio Veppo, 77, - (51) 3433-1900

22.Ibis Aeroporto - Av. das Industrias, 1342 - (51)3018-1800

23.Swan Molinos - R. Vinte e Quatro de Outubro, 1611 - (51) 3388-6788

24.Harbor Hotel Regente - R. Vigário José Inácio, 700, - (51) 3025-3200

25.Holliday Inn- Av. Carlos Gomes, 565 -(51) 3378-2727

26.Plaza Porto Alegre Hotel - R. Senhor dos Passos, 154 - (51) 3220-8000

27. Master Express Cidade Baixa - R. Sarmento Leite, 865 - (51) 3018-3636

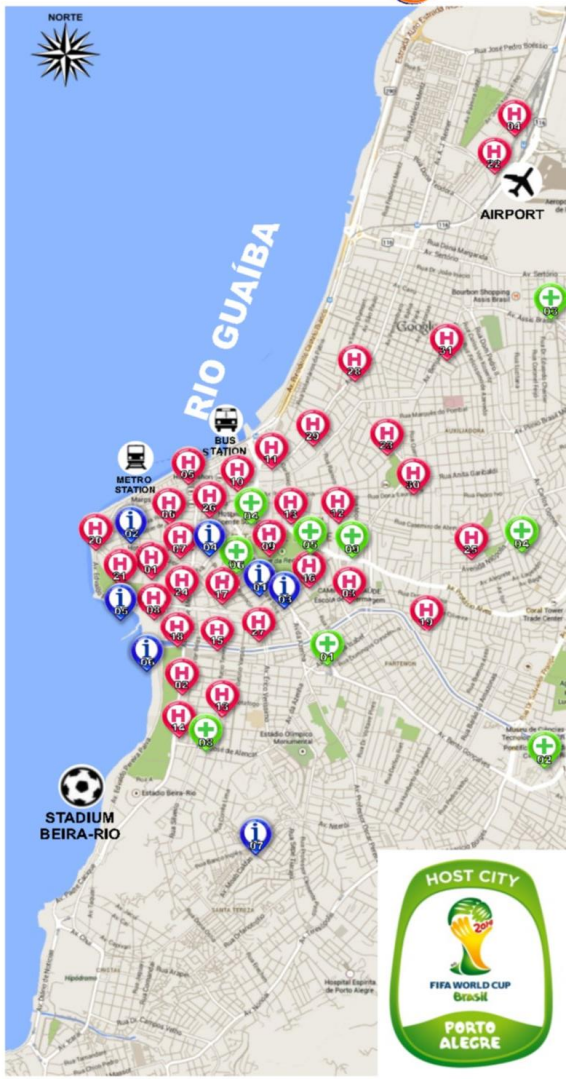
28. Intercity Express - R. Professor Sarmento Barata, 360 - (51) 3325-7700

29.Mercure - R. Ramiro Barcellos, 1373- (51) 4009-7300

30.Sheraton - R. Olavo Barreto Viana, 18 - (51) 2121-6000

31.Milão Turi Hotel - Av. Assis Brasil, 7675 - (51) 3076-3600

Porto Alegre



ÁLVARO LUIZ SABOIA ANTUNES
CLÁUDIA P. LACERDA DE AZEVEDO
FABIANA ECKHARDT
MARIA ROSANA MEDEIROS
ROXANA NISHIMURA

LANCHERIA LEGAL

Porto Alegre, 2013-2014

ÁLVARO LUIZ SABOIA ANTUNES
CLÁUDIA P. LACERDA DE AZEVEDO
FABIANA ECKHARDT
MARIA ROSANA MEDEIROS
ROXANA NISHIMURA

LANCHERIA LEGAL

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária.
Orientadora: Jussara Elaine Sábado Figueiredo

Porto Alegre 2013-2014

SUMÁRIO

SUMÁRIO 3
RESUMO 4
CONTEXTUALIZAÇÃO 5
OBJETIVO 8
FUNDAMENTAÇÃO 9
METODOLOGIA 15
AVALIAÇÃO DO IMPACTO 16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 17
ANEXO I 18

RESUMO

A partir do evento Copa do Mundo da FIFA™, a ser realizado no Brasil, foi demandado o planejamento de um projeto aplicativo, tendo em vista toda uma preparação nacional. Cria-se dentro do país uma urgente necessidade de receber uma massa de estrangeiros em quantidade significativa, com sua cultura, seus hábitos, talvez doenças, mas de um modo geral existe a visão unânime de que boa parte dos eventos adversos que possam acometer estes indivíduos tem sua origem na alimentação.

Utilizando como base os macro-problemas da Vigilância Sanitária que foram abordados no decorrer do curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária, aliado a construção da matriz decisória, foi pontuado o grau de importância, urgência e capacidade, optando-se então por trabalhar com o tema, Informação insuficiente e subutilizada em Vigilância Sanitária (VISA).

A informação deficiente sobre os riscos do consumo de alimentos para a população aliada ao desconhecimento por parte do gestor das atribuições em VISA, provocadas também por recursos humanos insuficientes e pouca infraestrutura nos setores públicos, promovem uma cobertura de fiscalização insuficiente. Sob estes aspectos, o risco da ocorrência de surtos de Doença Transmitida por Alimentos (DTAs), devido ao consumo de alimentos não fiscalizados pela VISA deve ser atentamente observado.

Segundo bibliografia consultada Amson et al (2006), Farias et al (2009). Feijó et al (1997), Gottardi et al (2003), Hobbs (1998) E Nascimento (2013), a faixa etária com maior número de comensais doentes foi a que envolve indivíduos com idades entre 15 e 50 anos, sendo este o público alvo escolhido.

A disseminação da informação da melhor temperatura de conservação dos alimentos aos consumidores será feita através de um adesivo afixado em estabelecimentos de comércio de alimentos, em local visível ao publico, e também em redes sociais na Internet.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Copa do Mundo é o maior evento mundial voltado exclusivamente para o futebol e vem sendo realizado desde 1930 pela FIFA a cada quatro anos, historicamente com poucas exceções, tendo em vista que não ocorreu no período da segunda grande guerra. Em 1939, as federações da Alemanha, Brasil e Argentina se ofereceram para sediar a Copa do Mundo de 1942. O Presidente da FIFA, o francês Jules Rimet, viajou para a América do Sul para avaliar os projetos de Brasil e Argentina. Enquanto ele estava no Rio de Janeiro, as tropas alemãs atacaram a Polônia em 1º de setembro de 1939 e a Segunda Guerra Mundial começou. Os preparativos para a Copa do Mundo foram interrompidos antes da escolha do país anfitrião. Devido à Segunda Guerra, não houve Mundial em 1942 e 1946[1].

A Copa do Mundo é o segundo evento esportivo mais assistido no mundo, atrás apenas dos Jogos Olímpicos. Economicamente, a competição tem efeitos positivos sobre o crescimento de certos setores e para o desenvolvimento do país-sede. Instalações desportivas, incluindo os estádios, são construídos ou reformados para a ocasião. Estradas, aeroportos, hotéis e infraestrutura de um modo geral, também são melhorados para receber a competição. Entretanto, um país menos desenvolvido, de "Terceiro Mundo", pode sofrer mais que o esperado para organizar um Mundial.

A Copa do Mundo tem aspectos políticos. Enquanto pode transmitir os valores da paz e universalismo, a competição pode ser também, a ocasião de brigas generalizadas e violência em torno das partidas, ou até mesmo desencadear uma guerra entre países. Há várias adversidades para se organizar um Mundial.

O evento global também está presente na cultura popular, em vários filmes e documentários, e é uma oportunidade para criar canções ou hinos. Jogos eletrônicos e álbuns de figurinhas dos futebolistas, por exemplo, são colocados à venda antes da Copa do Mundo e geram uma excelente oportunidade econômica.[2]

A Fédération Internationale de Football Association (FIFA) é uma associação regida pela legislação suíça, fundada em 1904 e sediada em Zurique. É composta por 208 federações nacionais e tem como objetivo, de acordo com os seus Estatutos, a melhora contínua do futebol. A FIFA conta com aproximadamente 310 colaboradores procedentes de 35 países.[3] Tem como Lema: “Pelo esporte. Pelo mundo” e como Missão: “Desenvolver o futebol em todos os lugares e para todos”.

O objetivo primário da FIFA é “aprimorar constantemente o futebol e promovê-lo

[1] http://pt.wikipedia.org/wiki/Copa_do_Mundo_FIFA
[2] http://pt.wikipedia.org/wiki/Copa_do_Mundo_FIFA
[3] http://pt.fifa.com/aboutfifa/organisation/index.html

globalmente através dos seus valores unificadores, educacionais, culturais e humanitários, especialmente através de programas de desenvolvimento e para jovens".

Através do evento Copa do Mundo da FIFA™, a entidade apoia projetos de desenvolvimento do futebol em 209 associações-membro em todo o mundo, o que tem servido como alavanca para o futebol se desenvolver como esporte global.

O segundo objetivo da associação é organizar competições internacionais de futebol. "O objetivo da FIFA é tocar, unir e inspirar o mundo através de suas competições e eventos". Organiza a maior competição de esporte único no mundo: a Copa do Mundo da FIFA™[4].

Em 2014 o Brasil sediará pela segunda vez o maior campeonato mundial de futebol e Porto Alegre será uma das capitais a sediar os jogos da Copa do Mundo da FIFA™.

A Copa do Mundo da FIFA™ pode ser classificada como um Evento de massa, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são aquelas atividades coletivas que por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentem e/ou atraiam um elevado contingente de pessoas vindas de várias partes do país e do mundo.

O intenso trânsito de pessoas durante um Evento de Massa aumenta o consumo de produtos e serviços; eleva o risco de disseminação de patógenos, na sua maioria de natureza infecciosa; amplia o risco de transmissão de doenças pela vinda de viajantes mais susceptíveis e/ou doentes; leva a maior probabilidade de ocorrer eventos de saúde exóticos e/ou que fogem ao padrão epidemiológico local; aumento de surtos de DTA's, aumenta a ocorrência de acidentes e outros tipos de lesões, contaminação com agentes químicos, biológicos, radiológicos, nucleares e explosivos; atentados; efeitos relacionados a condições ambientais como calor, chuvas e frio, elevando as demandas dos serviços de saúde.

Para a escolha do Projeto Aplicativo, utilizamos como base os macro-problemas da Vigilância Sanitária que foram abordados no decorrer do curso de Gestão da Vigilância Sanitária. Também foram utilizados como ferramentas a Matriz Decisória e a Árvore Explicativa de Problemas. Através da construção da Matriz Decisória, os componentes do grupo pontuaram o grau de importância, urgência e capacidade, decidindo trabalhar com o tema Informação Insuficiente e/ou Subutilizada em Vigilância Sanitária (VISA).

A Árvore Explicativa de Problemas possibilita precisar os problemas identificados, apoiando a construção de planos/projetos de intervenção. Esta ferramenta nada mais é do que um diagrama de causa-efeito, pois possibilita uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais. Na construção da árvore de problemas, observou-se que a cultura de promoção e prevenção em saúde, através da educação em VISA é praticamente inexistente e as ações educativas que existem apresentam deficiências no planejamento.

---

[4] http://pt.fifa.com/aboutfifa/organisation/mission.html

A informação deficiente sobre os riscos do consumo de alimentos para a população aliada ao desconhecimento por parte do gestor das atribuições em VISA, provocadas também por recursos humanos insuficientes e pouca infraestrutura, promovem uma cobertura de fiscalização escassa. Sob estes aspectos, o risco da ocorrência de surtos de Doença Transmitida por Alimentos (DTA´s), devido ao consumo de alimentos não fiscalizados pela VISA é iminente.

Considerando-se a escolha de um publico alvo para o PA, entendeu-se que os adolescentes representariam a população de maior vulnerabilidade, devido aos hábitos alimentares extradomiciliares ao tipo de alimentação consumida; Junk food, termo utilizado para referir numa tradução literal do inglês "comida lixo", também coloquialmente, "porcaria" ou "besteira". É uma expressão pejorativa para alimentos com alto teor calórico, mas com níveis reduzidos de nutrientes. Acredita-se que a expressão tenha sido criada por Michael Jacobson, diretor do Center for Science in the Public Interest, em 1972. Desde então, seu uso tornou-se disseminado. Esta vulnerabilidade tende ao agravamento em eventos de massa, pois a maioria de alimentos ofertados nestes eventos enquadra-se nesta categoria.

Estudos direcionados ao padrão alimentar dos adolescentes se revestem de importância na medida em que nesta faixa etária são adotados padrões de dieta que constituem abase do hábito alimentar no futuro. O estilo de vida, caracterizado por um conjunto de comportamentos adotados no dia-a-dia, representa um dos principais moduladores dos níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas.

Isso se deve ao fato de que a infância e a adolescência representam períodos críticos nos quais vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e, possivelmente, transferidos à idade adulta, tornando-se mais difíceis de serem alterados. Além disso, neste período o jovem é muito vulnerável a influências externas (moda, linguagem, comportamento e alimentação), quando se pode constatar que lanches e alimentos industrializados ocupam um espaço cada vez maior no aporte calórico diário dos adolescentes.

Segundo Gottardi (2003) a partir do levantamento de ocorrência de surtos de DTA's ocorridos no período de 1995 a 2002 no município de Porto Alegre, corroborado por Nascimento (2013), ao constatar a repetitividade dos dados em série histórica dos surtos investigados no período de 2003 a 2011, a faixa etária com maior número de comensais doentes (76, 46%) foi a que envolveu indivíduos entre 15 e 50 anos. Por esses motivos, o grupo decidiu elencar como público alvo, adolescentes e população até 50 anos de idade.

OBJETIVO

Promover ações educativas para minimizar os riscos de ocorrência de surtos alimentares em eventos de massa.

FUNDAMENTAÇÃO

Por trás deste momento esportivo e também político vivenciado por nosso País, podemos situar que as situações de risco a serem enfrentadas pelo público em geral incluindo-se os estrangeiros, proveniente do consumo de bens e produtos de interesse à saúde são reguladas pela própria Constituição Federal, expressas no direito que a população tem com relação à saúde.

Assim, em consonância com a Constituição Federal, a intenção deste projeto aplicativo é promover atividades educativas para minimizar os riscos de ocorrência de DTA's decorrentes do consumo de alimentos armazenados em condições inadequadas.

Extrai-se da própria Constituição Federal, em seu Artigo 196:

> *"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".* (CF/1988)

E também:

> Art. 197: "*São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado*".
>
> Art. 198: "*As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*
>
> *I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
>
> *II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
>
> *III - participação da comunidade".*

No intuito de promover ações que visem à redução de riscos e agravos à saúde por intermédio da VISA, o Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro instituiu a Portaria 1.139,

de 10 de junho de 2013[5] definindo, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistênciaà Saúde em Eventos de Massa.

Esta Portaria tem por finalidade prevenir e mitigar os riscos à saúde a que está exposta a população envolvida em eventos de massa, a partir da definição de responsabilidades dos gestores do SUS, da saúde suplementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação durante todas as fases de desenvolvimento dos eventos com foco nas ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à Saúde.

Para efeito desta Portaria, são adotados os seguintes conceitos para Evento de Massa (EM): atividade coletiva de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional, e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exijam a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão municipal, estadual e federal e requeiram o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados (Sinonímia: grandes eventos, eventos especiais, eventos de grande porte).

Segundo a referida Portaria, “os riscos associados a um evento de massa podem variar de acordo com as características intrínsecas e extrínsecas ao próprio evento. Na Figura 1, são ilustradas como as características do evento podem impactar na saúde do público envolvido”.

[5] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1139_10_06_2013.html

Figura 1 - Relação entre a característica do evento com o risco.

Característica do evento	Consideração sobre o impacto à saúde
Condições ambientais	Temperatura ambiental (muito alta ou muito baixa) Umidade ambiental e precipitações (chuvas favorecem acidentes)
Tipo e quantidade de público	Alta concentração de pessoas, favorecendo a transmissão de doenças e ocorrência de acidentes. Tipo do público (concentração de grupo mais suscetível a doenças ou mesmo grupos com tendências a atos violentos). Relação entre a população do município e o público estimado que pode estressar a capacidade de resposta e atendimento instalada.
Duração do evento	Eventos longos aumentam a exposição a riscos.
Tipo de evento	Externo (Aumento do tempo exposição ao sol ou temperaturas baixas) Interno (concentração de pessoas e aumento de exposição)
Consumo de alimentos e bebidas alcoólicas	O consumo de alimentos inclui o risco de surtos de doenças transmitidas por alimentos e o uso de álcool pode favorecer comportamentos violentos, além de outrosriscos inerentes.
Condições de trabalho	Excesso de tempo de trabalho, sem descanso. Área de aguardo inadequada. Exposição por longos períodos de tempo a fatores ambientais desfavoráveis (altas temperaturas ou temperaturas muito baixas). Estresse por cobrança no cumprimento de metas.

No processo de avaliação devem ser listados todos os riscos associados aos eventos de massa, incluindo aqueles com baixa probabilidade de ocorrência. Exemplos de riscos associados a eventos de massa estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Principais riscos associados a eventos de massa.

Categoria do risco	Risco à saúde
Doenças Infecciosas	Doenças Transmitidas por Alimentos. Doenças endêmicas. Doenças respiratórias.
Danos físicos	Fraturas, cortes e queimaduras.
Danos associados a terrorismo	Danos decorrentes do uso de substâncias químicas, agentes biológicos e material radioativo.
Danos relacionados ao comportamento ou condições do público	Danos associados ao consumo de álcool. Danos associados ao consumo de drogas. Ataques cardíacos. Crises de asma.
Danos relacionados ao ambiente	Danos associados à exposição solar ou baixas temperaturas. Picadas ou ferimentos associados a animais. Reações alérgicas.
Danos relacionados às atividades laborais	Desenvolvimento de atividades laborais sem o devido uso de EPC e EPI. Exposição do trabalhador a riscos de qualquer natureza para desempenho das atividades laborais. Danos associados a acidentes graves e fatais. Danos associados a acidentes envolvendo crianças e adolescentes. Danos associados ao uso de álcool e drogas. Danos associados a assédio moral e sexual.

Depois de sua identificação, os riscos devem ser classificados segundo a sua probabilidade de ocorrência e severidade. Correlacionando-se a probabilidade e severidade, pode-se obter a relevância do risco para o evento de massa em análise.

Considera-se a avaliação de risco e a probabilidade de ocorrência de surto de DTA's em eventos de massa analisando dados, como, por exemplo, os compilados por Nascimento (2013) indicando que no Rio Grande do sul, no período de 1980 a 2010, ocorreram 3.819 surtos alimentares com 349.128 pessoas expostas envolvendo 47.965 doentes com um total de 11 óbitos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2011, ocorreram no Brasil 8.623 surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), envolvendo 163.425 doentes e 112 óbitos.

Também segundo o Manual Integrado de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimentos do Ministério da Saúde, em 2010, a conservação dos alimentos em temperatura inadequada, é, na maioria das vezes, a principal causa de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos.

Segundo Gottardi (2003), em Surtos de Toxinfecção Alimentar Notificados e Investigados no Município de Porto Alegre no Período de 1995 a 2002:

> *"dentre os onze fatores predisponentes relacionados a surtos de DTA's os mais prevalentes foram a refrigeração inadequada (33,33%) e a manutenção em temperatura ambiente por um período superior a duas horas (28,30%).*

A partir destas informações e com o intuito de promover ações educativas a fim de minimizar a ocorrência de surtos de Doenças Transmitidas por Alimento (DTA), focaremos nossa intervenção no modo de conservação dos alimentos, priorizando o controle de temperatura.

Existe uma expectativa muito grande entre o próprio meio da Vigilância em Saúde e também mais especificamente, dentro da própria Vigilância Sanitária sobre o papel sociale atividades desenvolvidas.

A educação em saúde se constitui num exercício de recuperar as práticas existentes e construir conhecimentos coletivamente, para a prevenção e controle das doenças. Todo processo educativo precisa ser criativo, participativo e contínuo para mobilizar os indivíduos a atuarem organizadamente no desenvolvimento de ações efetivas que permitam a diminuição do impacto dos agravos na população, podendo ser considerado como:

- Um saber que deve ser apropriado pelos indivíduos e grupos sociais aos quais ele se destina;
- Um exercício de reflexão e luta por melhores condições de vida e saúde;

- Um conjunto de conhecimentos a ser construído entre os atores sociais e não simplesmente transferência de conhecimentos;
- A troca de experiências entre os que dela participam estando condicionada à capacidade de dialogar.

O foco desse processo está direcionado para a especificidade dos grupos e localidades, visando a uma orientação estratégica intersetorial. Exige parcerias e articulações desde o planejamento, a execução, a monitorização até a avaliação das ações.

As atividades de educação em saúde voltadas a prevenção de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) devem abranger a população em geral e grupos sociais, que devem ser instrumentalizados para compreensão e domínio sobre suas condições de saúde e de vida; as equipes de profissionais, envolvendo-as no processo educativo da comunidade; os grupos de produtores, comerciantes e manipuladores de alimentos, através da orientação para a reavaliação de suas práticas no processo de produção, comercialização, armazenamento e transporte dos alimentos, a fim de garantir a salubridade dos mesmos; os serviços envolvidos, reorientando suas práticas para as necessidades expressas pelos grupos sociais; e as instâncias de gestão do SUS, para acompanhamento no processo de educação em saúde.

Nessa perspectiva, os conhecimentos precisam estar disponíveis para serem incorporados pelos gestores e pela população em geral. Apesar do grande espectro de conteúdos a ser abordado, no caso das DTAs, merecem destaque outros fatores de risco, além da qualidade da alimentação oferecida nas escolas, creches, asilos e hospitais, ressalta-se ainda, os que dizem respeito ao produto e seus insumos tais como: o tempo e a temperatura adequados de cozimento, o aspecto, o odor, a consistência, a procedência de carne, ovos, leite e derivados, assim como, as questões relacionadas a embalagens e seus riscos de migrações e toxicidade.

Os relacionados ao preparo dos alimentos**,** como exemplo citamos os riscos na transmissão de doenças por parte das mãos dos manipuladores, potabilidade da água utilizada na produção, higienização dos utensílios, equipamentos e instalações. Os que dizem respeito à conservação, distribuição e armazenamento do produto pronto, por exemplo; congelamento, reaquecimento de cada tipo de alimento; a proteção dos alimentos após o preparo e o descongelamento dos produtos prontos e prazo de validade na aquisição de alimentos.

Os referentes ao público consumidor e suas características são indicados pelos riscos dos viajantes na adaptação das práticas alimentares locais, as suscetibilidades dos grupos específicos de idade avançada e os portadores de doenças crônicas (celíacos, diabéticos, hipertensos entre outros).

A alimentação saudável, a valorização dos alimentos da região com ênfase no

universo alimentar próprio da cultura do município, os riscos de cada tipo de alimento na transmissão de doenças, a disposição adequada dos dejetos e dos resíduos sólidos, os de irrigação, a utilização de subprodutos do tratamento de esgotos como adubos, a alimentação, ao preparo e consumo dos alimentos, orientação da população em risco sobre o tratamento apropriado no domicílio e sobre situações em que a unidade de saúde deve ser procurada imediatamente, assim como orientação aos indivíduos com diarréia, para que não manipulem água ou alimentos sem os devidos cuidados também fazem parte, direta ou indiretamente de uma visão de prevenção ao risco de doenças, inserida neste projeto e cremos estar incluída de forma subjetiva neste contexto global mundializado; na copa do mundo e sua infraestrutura.

METODOLOGIA

Será afixado um adesivo “Lancheria Legal” (Anexo I) em estabelecimentos de comércio de alimentos, em local visível ao publico, que deverão ser entregues pelos Fiscais Sanitários, no momento da inspeção para credenciamento do serviço nos pontos de venda de alimentos durante a Copa do Mundo da FIFA™, em Porto Alegre.

Os estabelecimentos serão orientados a manter uma planilha com os registros de temperatura de conservação dos alimentos atualizados a cada 1 hora, garantindo com isto uma maior segurança para os consumidores.

A divulgação do adesivo também será realizada em rede social, utilizando como parceiros a comunicação social da Secretaria Estadual de Saúde (Face book[6] e site[7]) além de jornais de grande circulação.

Durante a divulgação será entregue um questionário no qual constará a seguinte pergunta: Você verifica a temperatura do alimento que está consumindo? Tendo como opções de resposta os itens 1. Sim2. Não.

[6] https://www.facebook.com/SecretariadaSaudeRS?fref=ts
[7] http://www.saude.rs.gov.br/

AVALIAÇÃO DO IMPACTO

Verificar o número de acessos e curtidas nas redes sociais e páginas de órgãos oficiais.

Avaliar as respostas obtidas na aplicação do questionário, quantificando a ocorrência de Sim e Não, durante a realização do evento.

Verificar através de monitoramento dos serviços de saúde a ocorrência de Surtos de DTA's durante a realização do evento e no período pós-evento (96 horas).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMSON, G. V. et al., 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. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/cagro/v30n6/a16v30n6.pdf
- ANVISA. Guia de Alimentos e Vigilância Sanitária. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/alimentos/guia_alimentos_vigilancia_sanitaria.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.139, de 10 de Junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1139_10_06_2013.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.158 p: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- FARIAS et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n4/09.pdf
- FEIJÓ et al. Estudo de hábitos alimentares em uma amostra de estudantes secundaristas de Porto Alegre. Disponível em: http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/284/body/06.htm
- FORSYTHE, S.J. Microbiologia da Segurança alimentar. Artmed. 2002. Porto Alegre. 424p.
- GERMANO, P.M.L.; GERMANO, M.I.S. Higiene e Vigilância Sanitária de Alimentos. São Paulo: Varela. 2001.629p.
- GOTTARDI, Carina Philomena Thebich. Surtos De Toxinfecção Alimentar Notificados E Investigados No Município De Porto Alegre No Período De 1995 A 2002.
- HOBBS, B.C.; ROBERTS, D. Toxinfecções e Controle Higiênico Sanitário de alimentos. São Paulo:Varela.1998.376p.
- NASCIMENTO, Carla Batista do. Surtos de Toxinfecção Alimentar notificados e investigados no Municipio de Porto Alegre no período de 2003 a 2011. 2013. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72697/000884572.pdf?sequence=1
- TONDO et al. Cinética de crescimento de Salmonella Enteritidis envolvida em surtos alimentares no RS: uma comparação com linhagens de outros sorovares. Ciênc. Tecnol. Aliment., Campinas, 27(4): 751-755, out.-dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-20612007000400013&script=sci_arttext
- http://pt.fifa.com/aboutfifa/organisation/index.html
- http://pt.fifa.com/aboutfifa/organisation/mission.html

ANEXO I

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
lancheria legal
Depois de pronto, o lanche deve ser conservado corretamente.
Cuidado!
Temperatura ambiente favorece o crescimento de microrganismos.
Abaixo de 5ºC
OK
Acima de 60ºC
OK
Somos parceiros do Vigilância Sanitária
CEVS
13
CONASS

ANA MARIA SOARES E SOUZA
CÁSSIA NUNES RIOS
CARLOS ROBERTO LIMA DOS SANTOS
DINAH HASTRI MENDES PEREIRA
MARCIA REGINA SHIMODAIRA
MARCOS LUIZ GROSSI
MICHELE CASTRO
PATRICIA FONTES
RODRIGO ALAVER
TATIANA LOPES DE MACEDO

MOTIVAÇÃO DO PROFISSIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONSTRUINDO UMA PROPOSTA DE AÇÃO

CURITIBA
2014

ANA MARIA SOARES E SOUZA
CÁSSIA NUNES RIOS
CARLOS ROBERTO LIMA DOS SANTOS
DINAH HASTRI MENDES PEREIRA
MARCIA REGINA SHIMODAIRA
MARCOS LUIZ GROSSI
MICHELE CASTRO
PATRICIA FONTES
RODRIGO ALAVER
TATIANA LOPES DE MACEDO

MOTIVAÇÃO DO PROFISSIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONSTRUINDO UMA PROPOSTA DE AÇÃO

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas em Gestão de Vigilância Sanitária.
Orientadora: Izabel Schamne

CURITIBA
2014

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

© reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

Ana Maria Soares e Souza; Cássia Nunes Rios; Carlos Roberto Lima dos Santos; Dinah Hastri Mendes Pereira; Marcia Regina Shimodaira; Marcos Luiz Grossi; Michele Castro; Patricia Fontes; Rodrigo Alaver; Tatiana Lopes de Macedo

Gestão da Vigilância Sanitária: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2013.

xxp.

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Regiões de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Gestão da clínica. 5. Regulação em Saúde. 6. Formação de Preceptores. 7. Educação em Saúde.

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

G333

AGRADECIMENTOS

Às Prefeituras Municipais de Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais, à 2ª Regional de Saúde e à ANVISA Paranaguá, pela oportunidade de participar deste curso, contribuindo assim para nossa qualificação profissional.

À nossa orientadora metodológica, facilitadora Izabel Schamne, pela dedicação, apoio e atenção.

À facilitadora Lucineia, pelo empenho dedicado na revisão e apoio deste Projeto Aplicativo.

Aos colegas de equipe e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“Mais do que servidores motivados precisamos de servidores com saúde”. (Autor desconhecido)

RESUMO

A escolha do tema deste Projeto Aplicativo foi realizada a partir de uma matriz decisória utilizada para seleção dos problemas levantados pelo grupo na sua rotina de trabalho dentro da Vigilância Sanitária. O grupo priorizou o problema “Falta de Motivação no Trabalho”. A partir deste levantamento, com as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional, foram selecionados os nós críticos que nortearam as ações de intervenção: falta de conhecimento do trabalho desenvolvido pela VISA por parte da sociedade, falta de uniformização das rotinas de trabalho e ausência de momentos para discussão e reflexão sobre o cotidiano de trabalho na VISA. Para fundamentação, foi utilizado referencial teórico relacionado à qualidade de vida e motivação no trabalho, planejamento estratégico, comunicação e normatização de processo de trabalho. Como plano de intervenção foram propostos a sensibilização dos gestores sobre o trabalho dos técnicos em vigilância sanitária, a criação de meios de comunicação sobre a atuação e a importância do trabalho da vigilância sanitária com as diferentes esferas da sociedade; a criação de espaços para a discussão e troca de experiências entre os próprios técnicos e gestores e a elaboração de um protocolo de trabalho em vigilância sanitária com o objetivo de uniformizar e melhorar o processo de trabalho.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária, Comunicação, Motivação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO....08
2. OBJETIVOS....09
2.1 OBJETIVO GERAL....09
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS....09
3. JUSTIFICATIVA....09
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA....10
4.1 UM OLHAR SOBRE O TRABALHO....10
4.2 A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO....11
4.3 MOTIVAÇÃO NO TRABALHO....12
4.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL....14
4.5 COMUNICAÇÃO COM O SETOR REGULADO....15
4.6 UNIFORMIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO....16
5. PERCURSO METODOLÓGICO....17
5.1 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS....20
5.2 LEITURA DA REALIDADE....20
6. PLANO DE INTERVENÇÃO....21
6.1 SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES....21
6.2 SOCIALIZAÇÃO DO TRABALHO DA VISA....22
6.3 DISCUSSÃO DO TRABALHO DA VISA....24
6.4 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE TRABALHO DA VISA....24
7. GESTÃO DO PLANO: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES....26
8. CONCLUSÃO....28
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....29
ANEXO I....31
ANEXO II....37
ANEXO III....59

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado a partir da proposta construtivista do Curso Gestão da Vigilância Sanitária, utilizando as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional, e propõe ações estratégicas que servirão para estimular os profissionais de Vigilância Sanitária a desenvolver suas atividades.

O trabalho é fundamental na vida de qualquer ser humano, mas em diversas partes do mundo vem sendo limitado pelas várias condições sociais estabelecidas. O comportamento do trabalhador é influenciado pelo seu ambiente organizacional, e tudo que acontece no seu dia a dia pode influenciar na satisfação ou não com seu trabalho. A motivação no desenvolvimento de suas atividades diárias pode facilitar ou dificultar o alcance dos objetivos pessoais. Se trouxer satisfação, o ânimo para o trabalho será positivo, entretanto se trouxer frustração poderá contribuir para o estresse, prejudicando assim sua qualidade de vida no trabalho (MARSON, 2011).

FERREIRA et al. (2006) afirmou que as pessoas são motivadas por três necessidades: realização, poder e associação. A necessidade de realização está associada à ultrapassagem de padrões de excelência; a de poder se relaciona ao desejo de ser forte e influenciar as demais pessoas e a de associação está ligada a relacionamentos interpessoais agradáveis e a busca pela cooperação.

Ao ingressar no serviço público, o indivíduo normalmente estabelece um vínculo de longa duração, onde permanecerá, na maioria dos casos, até sua aposentadoria. Neste cenário onde geralmente os servidores são estáveis e as chances de reconhecimento e crescimento são reduzidas, especialmente por questões de cunho político, manter servidores motivados passa a ser um grande desafio para o gestor. Desta forma, antes de se pensar em qualquer atitude ou ação que possa contribuir para a mudança deste cenário, é primordial que o gestor conheça os fatores que interferem na motivação dos servidores.

Optar por esta abordagem também significou ousar adentrar no universo político e, de um modo bastante apreensivo, reconhecer estas lacunas existentes em nossa prática profissional. Para tanto, observou-se e identificou-se que a situação potencial é representada pela falta de motivação dos profissionais da Vigilância Sanitária, frente ao consenso em todos os integrantes do grupo.

O presente trabalho foi elaborado a partir da abordagem construtivista do Curso Gestão da Vigilância Sanitária, desenvolvido com a utilização das ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional, e propõe ações estratégicas que servirão para estimular os profissionais de Vigilância Sanitária a desenvolverem ações de proteção à saúde pública, através da criação de espaços de discussão e reflexão com as próprias equipes de trabalho e com a sociedade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este projeto aplicativo tem o objetivo principal de proporcionar ao profissional de Vigilância Sanitária condições que estimulem a sua motivação e qualidade de vida no trabalho, propondo soluções que melhorem não somente a qualidade do seu trabalho, como também a saúde da população.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover o (re)conhecimento do trabalho realizado pela Vigilância Sanitária a outros setores e órgãos, incluindo a comunidade, aproximando as relações e ampliando a comunicação.
- Promover momentos para discussões e reflexões dos problemas cotidianos que emergem da prática profissional das equipes de Vigilância Sanitária.
- Proporcionar a uniformização da conduta dos profissionais das equipes de Vigilância Sanitária, a fim de melhorar o processo de trabalho.

3. JUSTIFICATIVA

Este trabalho desenvolve-se com base na qualidade das relações entre instituição pública e seus funcionários, verificando se estes se sentem satisfeitos por estarem ali, de fazerem seu trabalho e se recebem o retorno devido pelo desempenho de suas atividades.

Para os recursos humanos, este trabalho tem uma relevância, pois permitirá analisar a motivação dos servidores públicos e assim detectar a capacidade de elaborar planos de ação coerentes e com perspectivas de sucesso que motivem tanto os gestores como os próprios funcionários, estabelecendo um paralelo com a bibliografia estudada.

Para o órgão público, a pesquisa se torna importante pelo fato de analisarmos os fatores que motivam ou desmotivam os funcionários e assim quando a motivação não se fizer satisfatória, que os gestores procurem meios adequados para que possam acertar os erros e satisfazer a instituição por completo.

O trabalho terá impacto para a gestão da saúde, pois a melhoria da qualidade de vida no trabalho do servidor proporcionará melhor otimização do serviço e resultará na melhoria dos níveis de motivação dos servidores, refletindo em qualidade dos serviços prestados à comunidade, sendo este um desafio que não pode ser ignorado pelo gestor

público e servindo de indicador de satisfação do servidor.

A construção da intervenção deste trabalho faz com que possamos esperar a melhoria da motivação e consequente melhora da qualidade de vida no trabalho dos servidores da VISA, reconhecimento profissional, redução nos índices de absenteísmo dos servidores e por fim propor melhorias para motivação dos servidores.

A proposta deste trabalho é, pois, abordar a Vigilância Sanitária como uma oportunidade capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas, não somente através de sua capacidade de intervir na qualidade dos produtos e serviços oferecidos à população, mas como uma melhoria a motivação dos funcionários através do reconhecimento da população dos colegas e do setor regulado.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foi realizada fundamentação teórica através de procedimento bibliográfico, assim definido aquele elaborado a partir de material já publicado, constituído principalmente de artigos de periódicos, livros e materiais disponibilizados na Internet.

4.1 UM OLHAR SOBRE O TRABALHO

Nos dias atuais, o trabalho humano é, sobretudo, obrigatório. Diferente de alguns animais, o trabalho na espécie humana não é instintivo. Trata-se de uma atividade convencional e algumas vezes sofisticada (considerando a era tecnológica em que vivemos) proporcionando posição ou status ao ser humano. Além disso, é obrigatório como meio e recurso de sobrevivência, uma vez que fornece ao indivíduo, como compensação, uma remuneração ou salário com o qual pode prover seu sustento. Entretanto, o indivíduo não trabalha apenas pelo salário que recebe, mas também pela satisfação emocional e pessoal que sente com a realização e os resultados obtidos (SILVA, 2007, p. 91).

Podemos dizer que o trabalho humano é um ato de transformação da natureza. Mas, ao se produzir mercadorias e serviços, são também produzidas alterações físicas, químicas e biológicas secundárias na própria natureza, que podem desequilibrar o ecossistema, tornando-o nocivo às espécies vivas, incluindo o próprio homem. Portanto, ao trabalhar, o ser humano transfere parte de sua energia vital para seu produto, ao mesmo tempo em que o próprio trabalho promove alterações físicas, químicas e biológicas em seu organismo.

Além disto, o trabalho produz transformações no corpo dos trabalhadores, tanto a nível físico como mental. Estes efeitos podem ser relativamente positivos, em decorrência da utilização saudável do corpo e do prazer de criar. Por outro lado, podem ser

profundamente maléficos à vida do trabalhador, quando exposto a condições insalubres, esforços exaustivos, estressantes, gerando alienação, tensão e desgaste.

No mundo atual, a divisão técnica do trabalho ainda predomina e soma-se à divisão social do trabalho. Divide-se o trabalho em tarefas cada vez mais específicas, e mais do que tudo, separa-se o trabalho físico e manual do trabalho intelectual. De um lado, alguns têm a tarefa de pensar coisas cada vez mais fragmentadas. De outro, estão os que devem repetir fisicamente as mesmas tarefas, sem nunca ver o todo, gerando alienação do trabalhador em relação ao seu trabalho.

O ideal é uma gestão que integre o homem no seu contexto produtivo, percebendo o processo do início ao fim, e contribuindo para o seu aprimoramento.

Algumas vezes, o trabalho pode propiciar uma maior dificuldade de cooperação e comunicação, levando ao isolamento, o que faz com que o trabalhador se envolva com a monotonia dos procedimentos, levando-o ao cansaço, ao mesmo tempo em que exige um alto grau de concentração e respostas rápidas. Essas condições contraditórias criam no trabalhador certo número de sintomas que devem ser avaliados e valorizados, pois são todos da esfera psicossomática e se enquadram na chamada fadiga psíquica, e que se não considerados corretamente, levarão a coronariopatias, hipertensão, gastrite, diabetes e alterações mentais.

O trabalho em si não é uma tortura. São as condições de exploração em que o mesmo é realizado que lhe dão esta característica. Todos conhecem os prazeres já experimentados, decorrentes de um trabalho que agrada feito de acordo com o ritmo biológico, criativo, transformador, ao nível físico ou ao intelectual. Sem trabalho não haveria a possibilidade de se desfrutar do “não trabalho”. O direito ao lazer, ao descanso, a cultura, somente podem existir no momento em que exista o trabalho que proporcione condições sociais, materiais e espirituais para tal.

4.2 A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) consiste em desenvolver e manter uma satisfação no trabalho. Isso não quer dizer, necessariamente, apenas salários mais altos, mas também questões de qualidade de vida, tais como: tempo com a família, saúde, razoabilidade quanto às horas e carga de trabalho, controle sobre a carreira e sensação de segurança no emprego a partir do comprometimento mútuo entre colaboradores e organizações, para que a satisfação ocorra nos dois sentidos (ROSSI, 2008). Corresponde a uma área de competência relevante para as organizações, nas quais um conjunto de programas e ações, que interferem no ambiente organizacional, deve ser implantado tendo

como público alvo o cliente interno (FERREIRA, 2010).

Para LIMONGE-FRANÇA (2009) “a QVT é identificada como uma competência específica” e “está associada a questões de saúde, lazer e nutrição – nessa ordem. Também estão contidas nessa nova competência as habilidades relacionadas à responsabilidade social e relações do trabalho, as quais são interfaces pertencentes às esferas psicossocial e organizacional”.

Dessa forma, a QVT engloba não só o gerenciamento de riscos à saúde, na sua dimensão física, mas também as condições de trabalho, tais como o ambiente e as relações com chefes e colegas, além de segurança, motivação e adaptação das expectativas dos colaboradores quanto à realização pessoal.

4.3 MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

Para PEREIRA (2004), a motivação está realmente ligada àquilo que caracteriza o conteúdo do trabalho: o gostar da atividade desenvolvida, o interesse, o grau de responsabilidade, de iniciativa e de autonomia atribuída a cada um. Acima de tudo, as vantagens que o indivíduo tira do trabalho devem ter um valor real para aquele que trabalha. Explorar ao máximo as potencialidades humanas significa dar ao homem oportunidade de se desenvolver, sob o ponto de vista profissional e pessoal, e receber em troca o máximo de seu desempenho e da sua produtividade.

PEREZ-RAMOS (1990) analisou as principais teorias sobre motivação no trabalho e dividiu-as em dois grupos, as teorias de conteúdo e as teorias de processo. No que se refere às Teorias de Conteúdo coloca como principal a Teoria da Hierarquização das necessidades de MASLOW (1954), que dividiu as necessidades do ser humano e as classificou conforme a escala ascendente de hierarquização, cada tipo de necessidade deve ser satisfeito suficientemente antes que outros aspectos colocados em níveis hierárquicos superiores. A escala inicialmente era composta por sete níveis, porém uma revisão posterior reduziu para cinco, sendo: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e necessidades de auto realização. Suas proposições teóricas vêm possibilitando a organização de programas de desenvolvimento de recursos humanos nas organizações, baseados no conhecimento das capacidades e das necessidades de seus empregados. Já a teoria de HERZBERG (1997), Teoria Bifatorial de motivação – Higiene propõe a existência de fatores de ordem intrínseca denominados motivadores e de ordem extrínseca chamados de fatores de higiene. Os fatores motivadores incluem variáveis de caráter mais pessoal, como realização, reconhecimento, responsabilidades, possibilidade de progresso, entre outras. Os fatores extrínsecos são

relacionados diretamente com o trabalho em si, as normas administrativas, o sistema de salários, o relacionamento entre os membros da organização, entre outros. A diferença entre estes dois autores fica no fato de que MASLOW (1954) centraliza a atenção nas necessidades humanas e HERZBERG (1997) refere-se também aos incentivos utilizados para a satisfação das mesmas.

Figura 2: A hierarquia das necessidades, segundo Maslow. Fonte: Chiavenatto (2001, p. 113)

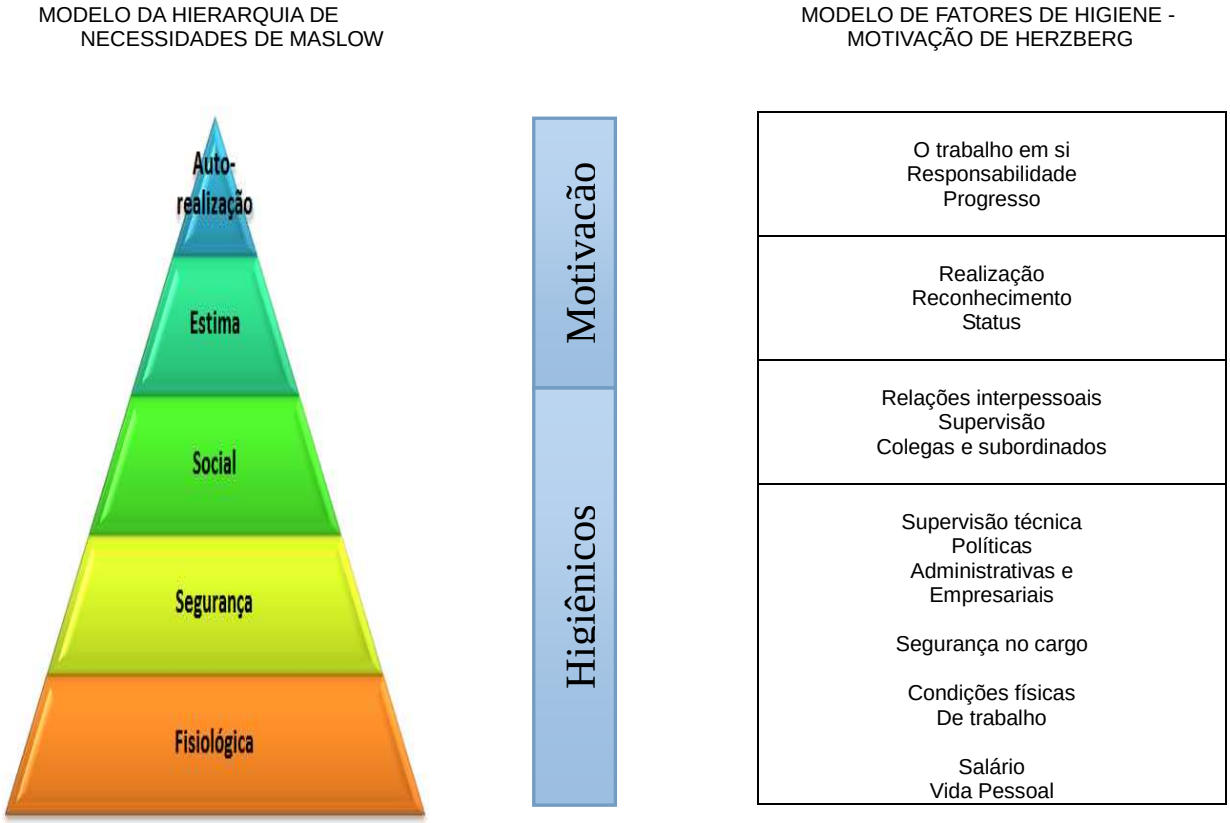


Figura 3: Comparação dos modelos de motivação de Maslow e de Herzberg. Fonte: Chiavenatto (2001, p. 113)

Através da **Figura 3** é possível perceber a correspondência entre os fatores

higiênicos de HERZBERG (1997) e as necessidades primárias de MASLOW (1954), assim como dos fatores motivacionais com as necessidades secundárias.

4.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Conforme ARTMANN (1993) o Planejamento Estratégico Situacional foi sistematizado originalmente por MATUS (2007), diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. O planejamento é o calculo que precede e preside a ação, intrinsecamente vinculado à ação e aos resultados e impactos e não somente ao cálculo que precede a ação. MATUS (2007) postulou que o problema nunca é solucionado definitivamente, a intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas, há a necessidade de que seja definido e declarado como problema por um ator, disposto e capaz de enfrentá-lo. O ator deve ter três critérios: ter base organizativa, ter um objeto definido e controlar variáveis importantes para a situação. O sujeito que planeja está incluído no objeto planejado, que por sua vez é constituído por outros atores que também fazem planos e desenvolvem estratégias.

Os problemas se classificam em: bem estruturados, quase estruturados ou mal estruturados. Os bem estruturados referem a problemas regidos por leis ou regras claras, invariáveis ou comportamentos previamente conhecidos, cujas soluções podem ser normatizadas, os últimos se caracterizam por situações problemáticas de incerteza, aonde não se podem determinar todas as variáveis envolvidas, só podendo ser tratados por modelos probabilísticos ou intervenções criativas. Os semi estruturados têm as seguintes características: fazem parte de problemas envolvendo vários atores e propostas de intervenção; âmbito sócio-político, não sendo possível uma abordagem objetiva; não são facilmente isoláveis, pois dependem na sua geração e no seu enfrentamento de outros problemas, com os quais se entrelaçam, as fronteiras entre eles são difusas e a solução de um problema pode criar dificuldades à solução de outros; dependem do contexto maior aonde se inserem, possuem grau de incerteza; supõem um enfoque de enfrentamento caracterizado pelo julgamento estratégico reflexivo; seu enfrentamento depende de uma abordagem multissetorial.

Os problemas podem ser classificados em: finais ou intermediários ou em atuais e potenciais. Os finais são os que justificam a existência de uma instituição ou organização; os intermediários não se relacionam diretamente com o produto final, mas seu enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações e qualidade do produto final. Problemas atuais se manifestam no presente, os potenciais são tendências de problemas futuros, os quais precisam de uma atuação preventiva. O PES é dividido em quatro

momentos:

- Momento explicativo: seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir.
- Momento normativo: momento aonde é desenhado o plano de intervenção, define-se a situação objeto ou situação futura desejada e as operações e ações concretas que visam resultados.
- Momento estratégico: construindo a viabilidade do plano. Neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa.
- Momento tático-operacional, a gestão do plano: é um compromisso de ação que visa resultados, impacto nos problemas selecionados, que se traduzem em novas situações mais favoráveis do que a situação inicial.

4.5 COMUNICAÇÃO COM O SETOR REGULADO

Para RANGEL (2009) é notório que interesses de ordem econômica e de ordem sanitária entram em conflito, pois, interesses de preservação da saúde muitas vezes esbarram com aqueles de crescimento econômico que, necessariamente, requerem expansão do mercado de consumo. Então, a Vigilância Sanitária se defronta com a necessidade de regular a oferta de bens e produtos nocivos à saúde, tendo em conta os interesses econômicos, políticos e sociais.

Ainda de acordo com o autor, há pouca integração entre as Vigilâncias Sanitárias no âmbito do SUS e outros setores, dificultando o conhecimento mútuo e a troca de informações, bem como a possibilidade de ações intersetoriais, a participação e o controle social. Geralmente os Conselhos de Saúde pouco conhecem das ações de Vigilância Sanitária, possuindo pouca ou nenhuma capacidade de influência sobre a área.

Em uma sociedade plural e, sobretudo desigual, RANGEL (2009) refere que há sempre uma tensão de sentidos, isto é, os sujeitos podem atribuir sentidos diferentes às mensagens e muitas vezes em conflito, entre sujeitos com interesses conflitantes, como é o caso dos profissionais/fiscais de Vigilância Sanitária e o chamado “setor regulado”.

De acordo com COSTA (2003) o modelo institucional de Vigilância Sanitária desenvolvido no país 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.

De acordo com CAMPOS (2001 apud CHAGAS, 2010), a Vigilância Sanitária muitas vezes tem predominância de sua atuação no exercício rigoroso de “Comando e Controle”. Possui um campo de atuação bastante amplo que envolve vários atores sociais, como o poder público, população, trabalhadores da saúde, iniciativa privada, prestadores de serviços, técnicos, especialistas, e estabelecimentos comerciais, entre outros. Esses atores estão inter-relacionados de modo complexo e, para realização satisfatória de suas ações, é necessário um enfoque também complexo para que este setor possa realmente desenvolver estratégias de Promoção de Saúde.

4.6 UNIFORMIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO

De acordo com CAMERON (1995, apud, GONÇALVES, 2000 p. 8) num sentido mais amplo, chamamos de processo de trabalho a maneira particular de realizar um determinado conjunto de tarefas, sob o ponto de vista dos especialistas em análise do trabalho humano.

Para TEIXEIRA (2001, apud AMARAL, 2008), o planejamento e a programação de saúde podem ser um espaço de construção de mudanças nas práticas de saúde. Em uma das contribuições para tal no âmbito da vigilância sanitária seria utilizar a informação em saúde no processo de planejamento das ações no intuito de estar de maneira mais coerente possível com a realidade, diante de suas necessidades e de seus problemas.

A uniformização pode tornar as ações de trabalho em Vigilância Sanitária mais ágeis, harmônicas e objetivas. A definição de padrões pode alcançar procedimentos, programas e documentos, compreendendo as atividades de elaboração de relatório de inspeção, treinamento, acompanhamento de ações corretivas, comunicação, entre outras. Geralmente, as inspeções são feitas de forma descentralizada pelos órgãos de Vigilância Sanitária em estados e municípios. A uniformização de procedimentos e documentos pode facilitar o gerenciamento dos dados (BRASIL, 2011).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

O início do Projeto Aplicativo ocorreu com a distribuição de tarjetas para os integrantes do Grupo Afinidade. Nestas tarjetas foram descritos, individualmente, três incômodos no local de trabalho. A seguir foram colocados os problemas de cada um no quadro negro. Estes problemas foram agrupados por semelhança e nomeados como Macro Problemas. Com os quatro macros problemas, o grupo construiu a matriz decisória para seleção dos problemas, onde foi avaliado o **Valor** e o **Interesse** em solucioná-los, utilizando a **Matriz Decisória para Seleção de Problemas 1** (Tabela 1).

PROBLEMA	***VALOR***	***INTERESSE***
Falta de Políticas de RH	Alto	+
Gestão Inadequada	Alto	+
Falta de Normatização	Médio	+
Estrutura física insuficiente	Médio	+

Tabela 1: Matriz Decisória para Seleção de Problemas 1

O **Valor** refere-se à importância que o ator dá à solução do problema em face de sua inserção social, necessidades e possibilidades de enfrentamento. O **Interesse** por um problema se expressa em três atitudes: manter a realidade (sinal negativo), mudar a realidade (sinal positivo) e indiferença (neutro).

De acordo com a matriz, os macros problemas “Falta de Políticas de RH” e “Gestão Inadequada”, obtiveram **Valor Alto** e **Interesse Positivo**. O desempate foi feito com a atribuição individual de uma pontuação de 0 a 10 para cada problema. O macro problema selecionado foi **Gestão Inadequada** conforme mostra a **Tabela 2**.

PROBLEMAS SELECIONADOS (A+)	***PONTUAÇÃO (0 a 10)***
Falta de Políticas de RH	08
Gestão Inadequada	10

Tabela 2: Matriz Decisória para Seleção de Problemas 2

Depois disso, utilizou-se a **Matriz Decisória para Seleção de Problemas 3** (Tabela 3), considerando a **Importância** (muito alta, alta, média, baixa ou muito baixa), a **Urgência** (pactuada pelo grupo) e a **Capacidade de Enfrentamento** do problema (dentro, fora e parcial) e desconsiderando aqueles em que a capacidade de enfrentamento está fora do controle do grupo.

PROBLEMAS	***IMPORTÂNCIA***	***URGÊNCIA***	***CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO***	***ORDEM DE PRIORIDADE***
Falta de motivação no trabalho	Média	10	Parcial	2
Falta de técnicos	Alta	******	Fora	******
Falta de capacitação	Muito Alta	15	Dentro	1

permanente				
Falta de assistência jurídica nos processos administrativos	Alta	******	Fora	******
Ausência de equipe técnica qualificada	Alta	5	Parcial	3
Descaso dos gestores (nível central) com as pontas	Muito Alta	******	Fora	******
Interferências políticas	Média	******	Fora	******
Responsabilidades das ações	Alta	******	Fora	******

Tabela 3: Matriz decisória para seleção de problemas 3

Com relação à **Urgência** foi feita uma votação à parte com o grupo, para definir os valores para a urgência dos problemas de maior importância (Tabela 4).

PROBLEMA	***TATI***	***MARCOS***	***CÁSSIA***	***RODRIGO***	***MARCIA***	***DINAH***	***CARLOS***	***TOT***	**URG**
Falta de motivação no trabalho	10	5	10	10	10	5	15	65	10
Falta de capacitação permanente	15	15	5	15	15	15	10	90	15
Ausência de equipe técnica qualificada	5	10	15	5	5	10	5	55	5

Tabela 4: Urgência dos problemas de maior importância para o grupo

Posteriormente, o grupo definiu a **Ordem de Prioridade** conforme o valor de urgência que foi atribuído aos problemas de maior importância. O problema selecionado foi a Falta de Capacitação Permanente. Mas o grupo decidiu por alterar o problema para Falta de Motivação no Trabalho (Figura 1).

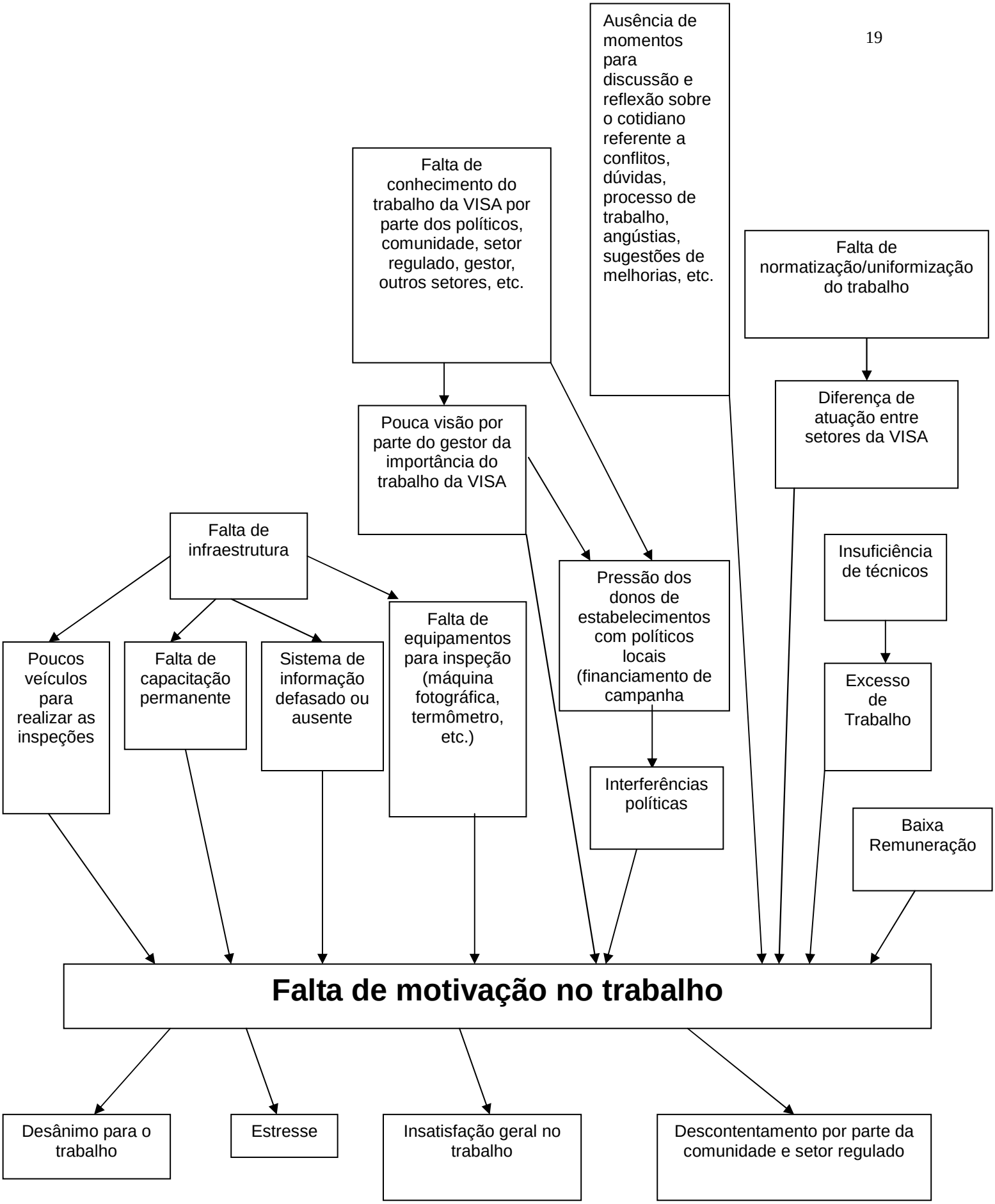


Figura 1: Árvore Explicativa de Problemas

5.1 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

A Árvore Explicativa de Problemas nos mostra causas e consequências para o problema priorizado. Para tanto, foram selecionados os seguintes nós críticos que emergem da construção grupal com a utilização dessa ferramenta metodológica. Diante desse instrumento, estabelecemos os seguintes nós críticos:

- Falta de conhecimento do trabalho da VISA por parte de outros órgãos, políticos, gestor, comunidade e setor regulado;
- Falta de uniformização das rotinas de trabalho entre as equipes de Vigilância Sanitária;
- Ausência de momentos para discussão e reflexão sobre o cotidiano referente a conflitos, dúvidas, processo de trabalho, angústias, sugestões de melhorias, etc.

5.2 LEITURA DA REALIDADE

Após a identificação e priorização do problema selecionado, da elaboração da árvore explicativa, com suas causas e consequências e identificação dos nós críticos, o Grupo Afinidade sentiu a necessidade de realizar uma avaliação quanto às Satisfações e Insatisfações encontradas na prática de trabalho de cada integrante. Através de buscas dirigidas, foi sugerido um Instrumento baseado no modelo de Qualidade de Vida no Trabalho de Richard Walton (1973), e ficou definida sua aplicação com uma pequena adaptação, realizada em pleno desenvolvimento deste percurso metodológico. Seus resultados serviram como fundamentação para este projeto aplicativo, uma vez que a leitura da realidade é atualizada e extraída da própria vivência dos participantes que atuam nas Vigilâncias Sanitárias dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba (Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais) e que elaboraram o presente projeto, o que confere uma importante evidência da viabilidade que sustenta esta proposta.

Ressaltamos que a pesquisa completa realizada, integra o presente projeto aplicativo (Anexo II), da qual se destacam alguns de seus resultados utilizados no contexto deste trabalho e que serviram para subsidiar as estratégias de intervenção.

Importante salientar que a referida pesquisa torna-se um importante instrumento de referência para a implementação de políticas voltadas à valorização do profissional de Vigilância Sanitária e que também servirá de base subsidiar questões relacionadas à instituição da carreira deste profissional nos municípios.

Para este trabalho, como a viabilidade perpassa todas as etapas de construção e sistematização de uma proposta de intervenção que seja aplicável à realidade e que tenha

governabilidade (IEP, HSL, 2013), foram selecionadas algumas estratégias que atendam a estes requisitos metodológicos.

Desta forma, o questionário foi aplicado em uma amostra de 41 profissionais que atuam nas Vigilâncias Sanitárias dos citados municípios e utilização da escala Likert, com respostas que vão de “Muito insatisfeito” a “Muito satisfeito”.

Dos resultados da pesquisa, chama a atenção que 66% dos respondentes possuem grande satisfação e orgulho quanto ao trabalho que realizam na Vigilância Sanitária (somente 10% estão insatisfeitos). O sentimento positivo de pertencimento e orgulho quanto à atividade realizada são fatores que por si só levam à motivação, aliado a estratégias que visam a estimular ainda mais os trabalhadores nesse sentido. Ainda, algumas das questões abordadas na pesquisa como a autonomia do profissional no contexto do trabalho, com a possibilidade de crescimento, com relação aos treinamentos e quanto ao incentivo recebido para estudar, relacionamento com colegas e chefias, valorização de suas ideias e iniciativas no trabalho, liberdade de expressão no trabalho, normas e regras no seu local de trabalho, dão sustento às propostas de intervenção desenhadas a seguir.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Considerando a importância de um profissional motivado no contexto do trabalho realizado pela Vigilância Sanitária, faz-se necessário o desenvolvimento de propostas de intervenção que vislumbrem a implementação de estratégias voltadas à atenção ao trabalhador da Vigilância Sanitária. Esses movimentos são necessários para que a motivação do profissional possa agir como impulsionador de um trabalho que deve repercutir na proteção da saúde pública. Este Projeto poderá ser aplicado a outros municípios, porém os municípios de Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais (Região Metropolitana de Curitiba) estão dispostos a iniciar as ações de intervenção.

Quatro principais Operações sustentam a presente proposta de Intervenção:

- Sensibilização dos Gestores
- Socialização do Trabalho da VISA com a sociedade
- Criação de espaços de discussão do Trabalho da VISA
- Elaboração de Protocolo de Trabalho da VISA

6.1 SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES

A implantação de uma ação, de maneira efetiva, significa uma mudança de mentalidade ou cultura, fazendo com que gestores, equipes e todos os envolvidos na rede

de relacionamentos da instituição acreditem e internalizem o processo de mudança. Dessa forma, é muito importante que haja um trabalho contínuo de sensibilização com o gestor para que ele entenda como se dará o trabalho e para que ele identifique o seu real papel no processo. A parceria realizada entre o gestor e a sua equipe potencializa os resultados obtidos na execução do Plano de Intervenção.

Operação	Ações (o quê?)	Estratégia (como?)	Quando?	Atores (quem?)		Recursos necessários	Produto esperado
				Responsável	Atores envolvidos		
Sensibilizar os gestores sobre a intenção da aplicação do Plano de Intervenção do Projeto Aplicativo	Promover reunião com o gestor e equipe	Solicitar espaço na pauta da reunião de equipe para apresentação do Plano de Intervenção	1ª reunião do mês de Outubro de 2014	VISA	- Equipe de trabalho da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde	Não se aplica	Comprometimento dos gestores com a aplicação do Plano de Intervenção

6.2 SOCIALIZAÇÃO DO TRABALHO DA VISA

As ações de Vigilância Sanitária devem promover e proteger a saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. Porém, o que vemos ainda é que as pessoas, muitas vezes, desconhecem o trabalho da Vigilância Sanitária. De acordo com LEFEVRE (2004), existe um impasse entre a comunicação da VISA e outro do setor regulado e população, cada qual com a sua própria representação do que seja saúde, relatando a dicotomia saúde/doença sobre referenciais opostos. O setor técnico vendo saúde/doença sobre a ótica técnico-científica e a população em geral com a perspectiva do senso comum, ocasionando uma comunicação assimétrica, pois na sociedade em que vivemos a fala técnico-científica é legal, socialmente autorizada, enquanto que a fala da população/indivíduo comum é leiga, desautorizada, prosaica, ilegal, deseducada, porque provem de um espaço vivencial da cotidianidade. Desta forma, com a participação social e a aproximação da VISA com a população, podemos trabalhar juntos na construção democrática da saúde pública.

Operação	Ações (o quê?)	Estratégia (como?)	Quando?	Atores (quem?)		Recursos necessários	Produto esperado
				Responsável	Atores envolvidos		
Socialização das atribuições da Vigilância Sanitária	Criar espaços de orientação sobre o trabalho da VISA ao setor regulado	Selecionar o setor regulado por região e tipo de estabelecimento	Outubro de 2014	VISA	- Setor regulado - Estagiários - Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde	Recursos tecnológicos (telefone, correio eletrônico, planilha de cadastro de contribuintes)	Confirmação de participação do setor regulado no evento
		Reuniões entre os profissionais da VISA e convidados especialistas (se necessário) com o setor regulado, divididos por tipo de estabelecimento, temas e categorias.	3 vezes ao ano	VISA	- Setor regulado - Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde - Convidados especialistas (se necessário)	- Recursos tecnológicos (computador, datashow, microfone, caixa de som) - Espaço físico - Material de expediente (caneta, pastas, blocos de anotações) - Alimentação (café, lanche, água)	Aproximação do setor regulado com a VISA e conhecimento do trabalho
	Criar espaços de orientação sobre o trabalho da VISA aos políticos locais	Enviar Ofício à Câmara de Vereadores solicitando espaço na pauta das reuniões	Novembro de 2014	VISA	- Câmara de Vereadores - Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde - Secretaria de Saúde	- Recursos tecnológicos (computador, impressora)	Cessão de espaço na pauta de reunião da Câmara de Vereadores para orientação do trabalho da VISA
		Reunião entre os representantes da VISA e os vereadores	Em dia de reunião da Câmara de Vereadores	VISA	- Câmara de Vereadores - Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde - Secretaria de Saúde	Não se aplica	Aproximação dos vereadores com a VISA e conhecimento do trabalho
	Criar espaços de orientação sobre o trabalho da VISA à comunidade	Enviar Ofício solicitando pauta nas Audiências Públicas locais	Em dia de Audiência Pública local	VISA	- Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde - Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal	- Recursos tecnológicos (computador, impressora)	Cessão de espaço na pauta nas Audiências Públicas locais para orientação do trabalho da VISA
		Reunião entre os representantes da VISA e a comunidade	Nas Audiências Públicas Locais e conselhos locais, UMS, associação de moradores	VISA	- Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde - Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal Saúde	Não se aplica	Aproximação da comunidade com a VISA e conhecimento do trabalho

6.3 DISCUSSÃO DO TRABALHO DA VISA

O trabalho em Vigilância Sanitária, muitas vezes, é pautado pela diferença entre condutas de diferentes técnicos sobre a mesma questão e, outras vezes, dentro de uma mesma equipe, além do fato de muitos servidores de Vigilância Sanitária ingressarem no serviço sem a noção da função que irá exercer e do significado da Vigilância em Saúde. De acordo com PIOVESAN (2005), em pesquisa para análise do trabalho da Vigilância Sanitária em oito municípios do estado da Paraíba, constatou a pouca articulação entre o trabalho da Vigilância Sanitária e o espaço no qual ela atua, além do desconhecimento de dados socioeconômicos e epidemiológicos e dos fatores de risco por eles delineados, falta de planejamento de ações, omissão onde não existe comércio legalizado e pressões políticas e econômicas locais. Desta forma torna-se necessária a troca de experiências e informações entre aqueles que realizam as ações.

Operação	Ações (o quê?)	Estratégia (como?)	Quando?	Atores (quem?)		Recursos necessários	Produto esperado
				Responsável	Atores envolvidos		
Estabelecer momentos para discussão entre a equipe de VISA	Criar agenda mensal	Encaminhar solicitação para a definição de agenda, junto ao gestor local para criação de agenda mensal	Agosto 2014	VISA	- Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde	Sala de reunião, recursos áudio-visuais	Efetivação de Reuniões mensais com equipe técnica
	Discutir assuntos relacionados às ações executadas e demanda reprimida						Aproximação da equipe e gestores, conhecimento da realidade e dificuldades de cada técnico/setor, troca de experiências técnico/gestor

6.4 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE TRABALHO DA VISA

A atividade de fiscal em Vigilância Sanitária, muitas vezes, esbarra em atividades de inspeção pautadas pelo ver fazer, ou o sempre se fez assim. O técnico que inicia sua atividade, muitas vezes, aprende com os que ali estão há mais tempo. Apesar de sempre estarem embasadas em Leis e Decretos, percebe-se que o olhar e a ação baseiam-se na percepção individual, podendo mudar na atuação de cada técnico, ocasionando, desta forma, a dificuldade de comunicação entre a Vigilância Sanitária e o setor regulado pela não uniformidade das ações. A ANVISA (2007) em seu protocolo ressalta a necessidade da qualificação dos técnicos, do enfoque multidisciplinar e da capacidade de desenvolver trabalhos intersetoriais de acordo com as necessidades e os riscos sanitários ao qual a

população está exposta e a elaboração de um plano de ação em vigilância sanitária. Dessa forma, a existência de um protocolo personalizado para a realidade de cada município, se faz necessária. SOUZA (2010) expõe que para dar conta da integralidade na proteção contra os riscos, ao longo da cadeia produtiva de bens e serviços, é pressuposto que as ações devam ocorrer articuladas e integradas em uma perspectiva sistêmica e com o uso de tecnologias intercomplementares na organização do trabalho.

SOTO (2009) em pesquisa sobre a utilização de protocolo em inspeções sanitárias no comércio varejista de alimentos mostrou ser um recurso viável, sistematizado, objetivo e útil para a prática da supervisão das boas práticas de fabricação de alimentos pelas VISAS dos municípios, desde que a ação punitiva seja sempre mantida como instrumento de salvaguarda da saúde pública em caso de não conformidades classificadas como maiores.

COSTA (2003) coloca que a finalidade do trabalho em vigilância sanitária demanda um conjunto de práticas estruturadas com base em conhecimento técnico-científico e também em valores que influem nos processos de decisão. Dessa forma, o exercício profissional em vigilância sanitária ultrapassa os limites da fiscalização, caracteriza-se como um movimento de ação-reflexão-ação. Apresenta implicações para a formação profissional que requer estratégias de ensino e aprendizagem para aquisição de saberes práticos e saberes teóricos e conceitos científicos.

Diante disto, faz-se necessária a criação de um protocolo de inspeções, personalizado a realidade de cada município, para nortear e padronizar as ações dos fiscais na atuação em vigilância sanitária, de modo que as inspeções e orientações ao setor regulado sempre tenham a mesma linha de atuação, indiferente do técnico ou equipe que os tenha realizado.

Operação	**Ações (o quê?)**	**Estratégia (como?)**	**Quando?**	**Atores (quem?)**		**Recursos necessários**	**Produto esperado**
				Responsável	**Atores envolvidos**		
Elaborar protocolo de trabalho na VISA	Estruturar fluxos dos processos de trabalho e perfil de competência do profissional da VISA	Criação de protocolo com a participação dos técnicos e gestores	Dezembro 2014	VISA	- Equipe da VISA - Gerência da VISA - Diretoria da Vigilância em Saúde	Papel, caneta	Protocolo elaborado para a padronização e otimização do serviço

7. GESTÃO DO PLANO: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES

A credibilidade de uma avaliação, para CONTANDRIOPOULOS (2006), depende da capacidade de produzir informação coerente para todos os sujeitos envolvidos na intervenção. No nosso caso, é necessário que as instâncias de decisão às quais a avaliação se dirige possam utilizar as informações produzidas nos seus modelos de ação. Portanto, é necessário que, por um lado, os avaliadores se acostumem com os processos de elaboração de políticas e de decisão dos gestores e, por outro lado, é preciso que as instâncias de decisão compreendam os desafios e exigências da avaliação. Acima de tudo, é imprescindível que as instâncias de decisão compreendam exatamente o que foi avaliado, em que contexto e de que forma a avaliação foi realizada. Os gestores precisam ter uma ideia correta da consistência dos resultados para ter condições de decidir como aplicá-los às situações e aos problemas que os preocupam.

Para HARTZ (1997), é preciso entender que os objetivos de uma avaliação são numerosos, que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns. Os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos:

- Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção.
- Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer.
- Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida.
- Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

Nesta proposta, para avaliar o nível de satisfação de cada assunto abordado, bem como o nível de aproveitamento das palestras/reuniões, cada participante preencherá um instrumento de avaliação (Anexo III), contendo símbolos que graduam o nível de satisfação do evento, que vai de satisfeito, indiferente e insatisfeito. No próprio instrumento existe um campo livre para sugestões e críticas visando a melhoria do processo. Esta avaliação objetiva colher informações, sugestões e opiniões dos participantes no sentido de buscar para os próximos eventos as adequações necessárias às ações planejadas. Não é necessário identificar-se.

MATRIZ DE MONITORAMENTO

Ação	Monitoramento			Responsável
	Indicador	Fonte de verificação	Periodicidade	
Criar espaços de orientação sobre o trabalho da VISA ao setor regulado	Número de convidados do setor regulado / Número de participantes	Lista de presença	Quadrimestral	VISA
Criar espaços de orientação sobre o trabalho da VISA aos políticos locais	Numero total de vereadores / Número de vereadores presentes na reunião	Livro ata da reunião, ou painel de presença da câmara de vereadores	Semestral	VISA
Criar espaços de orientação sobre o trabalho da VISA à comunidade	Número de convidados por segmento (CLS, Associação de moradores, UMS, etc.) / Número de presentes na reunião	Livro ata ou lista de presença	Semestral	VISA
Estabelecer momentos para discussão entre a equipe de VISA	Número de funcionários da equipe da VISA / Número de funcionários da VISA presentes na reunião	Livro ata	Mensal	Chefia da VISA
Realizar avaliação da motivação dos profissionais participantes das reuniões da VISA	Número de funcionários satisfeitos com a discussão / Número de funcionários presentes	Instrumento de avaliação (Anexo III)	A cada reunião	Chefia da VISA
Elaborar protocolo de trabalho na VISA	Acompanhamento da criação do protocolo	Cronograma das etapas da elaboração do protocolo	Mensal	Grupo responsável pela elaboração do protocolo

8. CONCLUSÃO

A motivação é preconizada por alguns autores como sendo uma dinâmica de caráter eminentemente interior. Diante dessa informação, um importante ponto de partida é entender o sentido que as pessoas atribuem àquilo que fazem.

Tendo como base a falta de motivação para as atividades de vigilância sanitária, selecionando como nós críticos a falta de uniformização do trabalho, a ausência ou falta de momentos de discussão sobre a atividade da VISA e o desconhecimento do trabalho da VISA não apenas pelo setor regulado, como também pela população e até mesmo outros órgãos do setor público, foi elaborado um plano de intervenção, no qual apontamos estratégias para um melhor reconhecimento da classe trabalhadora da VISA em específico.

Para que este projeto seja aplicado necessitamos da mobilização e participação dos técnicos da Vigilância Sanitária. Este projeto reflete a perspectiva de futura valorização dos servidores da VISA, com isso impulsionando uma melhor motivação e qualidade de vida no trabalho.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, S. A. Informação em saúde para o planejamento em vigilância sanitária na gestão municipal. 2008. (dissertação sob forma de artigo). Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10313/1/3333.pdf. Acesso em: 30/07/2014.

ANVISA. **Protocolo das ações de vigilância sanitária.** Brasília, 2007**.** Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d99f3b0047458ebb97a3d73fbc4c6735/Protocolo+das+Acoes+de+Vigilancia+Sanitaria.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 28 de jul.2014.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional No Nível Local: Um Instrumento a Favor da Visão Multissetorial**. Rio de Janeiro: 1993. 228 p. Disponível em http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=127965&indexSearch=ID. Acesso em 28 de fev. de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução RDC nº 47/2011. Disponível em: RDC 47/2011 - Padronização de inspeção em Indústria Farmacêutica - PFARMA http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmaceutico/legislacao-farmaceutica/752-rdc-47-2011-anvisa-inspencao-industria-farmaceutica.html#ixzz38oaQgeZd. Acesso em: 28/07/2014.

CAMPOS, F.E. , ALBUQUERQUE, E.M. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. In: Castro JL, Santana JP, organizadores. Negociação coletiva do trabalho em saúde**. Brasília: OPAS/OMS, Natal: UFRN/NESC; 1998. p. 41-65.

CHAGAS, Marcelo Ferreira. **A Vigilância Sanitária como atividade promotora de saúde:** da complexidade à equidade. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca. Disponível em: http://www.unifran.br/site/canais/pos/strictoSensu/ted/visualizar.php?id=8794a6d446768e052a1f5c58ac2e16371d2a1ba1. Acesso em: 21/07/2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. saúde coletiva vol.11 no.3 Rio de Janeiro Jul./Set. 2006. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt. Acesso em: 28/07/2014.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde**, 2003 In Ministério da Saúde. 2 v. :il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em 27/07/2014.

FERREIRA, A.. **Fatores de Motivação no Trabalho: O Que Pensam os Líderes**. Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração, 2006. Disponível em http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-gpra-0827.pdf.

FERREIRA, T. K. M; TODESCAT, M.; WEINZIERL, G. **Qualidade de Vida no Trabalho: um desafio a ser perseguido**. VII Convibra Administração, 2010.

GONÇALVES, J.E.L**.** As empresas são grandes coleções de processos. *RAE* - **Revista de Administração de Empresas.** Jan./Mar. 2000. • v. 40 • n. 1 • Jan./Mar. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n1/v40n1a02.pdf. Acesso em: 29/07/2014.

HARTZ, ZMA., org. *Avaliação em Saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Disponível em: http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf. Acesso em: 28/07/2014.

HERZBERG, F. **Novamente: como se faz para motivar funcionários?** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

LEFEVRE,F.; LEFEVRE,A.M.C **Promoção de saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MASLOW, A. H. ***Motivation and personality***. New York: Harper, 1954.

MATUS, C.. **MAPP Metodo Altadir de Planificacion Popular**. 1. ed. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

PEREIRA, V.M., Camargo, T. C. C. **Motivação para o Trabalho.** Janus: Revista de Pesquisa Científica, Lorena, ano 1, nº 1, 2º semestre de 2004, pp53-64. Disponível em: http://www.publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/view/6/5 acesso em 17/02/2014.

PEREZ-RAMOS. **Motivação no trabalho: abordagens teóricas.** Psicologia USP, São Paulo, 1990, pp 127-140. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34427. Acesso em 17/02/2014.

PIOVESAN, M.F. et AL. **Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais**. Revista Brasileira de Epidemiologia volume 8 número 1, 83-95pp (2005). Disponível em: WWW.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf Acesso em 18 jul. 2014.

RANGEL, S. M. L. **Comunicação em Vigilancia Sanitaria**. 2009 Disponível em: http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-09.pdf. Acesso em: 17/07/2014.

ROSSI, A. M.; PERREWÈ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional.** 1. ed. 3. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2008.

SILVA. A. da.. **Direitos Humanos: Essência do Direito do Trabalho**. São Paulo: LTR, 2007.

SOTO, F.R.M. et al. **Aplicação experimental de um modelo de conduta de inspeção sanitária no comércio varejista de alimentos.** Ciênc. Tecnol. Aliment., Campinas, 29(2): 371-374, abr.-jun. 2009 disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cta/v29n2/21.pdf. Acesso em 28 de jul. 2014.

SOUZA, G.S. **Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3329-3340, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a08.pdf . Acesso em 28 dejul 2014

ANEXOS

ANEXO I – MODELO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO SEGUNDO O MODELO DE WALTON

Instruções para preenchimento

Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua Qualidade de Vida no Trabalho. Por favor, responda todas as questões. Escolha entre as alternativas e coloque um círculo no número que melhor represente a sua opinião. Se você não tem certeza sobre a resposta, escolha a alternativa que lhe parece mais apropriada.

DADOS PESSOAIS

Tempo de Serviço na VISA:

( ) 1 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 a 15 anos ( ) Mais de 15 anos

Grau de Escolaridade:

( ) Educação Básica ( ) Sup. Incompleto ( ) Sup. Completo ( ) Pós Graduado

Estado Civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)

Sexo:

( ) Masculino ( ) Feminino

Idade:

( ) 18 a 30 ( ) 31 a 45 ( ) 46 a 60 ( ) Mais de 60 anos

1. QUANTO À COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA:

1.1 O quanto você está satisfeito com o seu salário (remuneração)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

1.2 O quanto você está satisfeito com o seu salário, comparado ao de seus colegas?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

1.3 O quanto você está satisfeito com as recompensas (gratificações por desempenho, produtividade, hora extra, etc.) que você recebe?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

1.4 O quanto você está satisfeito com os benefícios extras (alimentação, transporte, auxílio médico e odontológico, etc.) que você recebe?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

2. QUANTO ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO:

2.1 O quanto você está satisfeito com sua jornada de trabalho semanal?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

2.2 Em relação a sua carga de trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

2.3 Em relação à infraestrutura no seu local de trabalho (veículos, computadores, mesas, equipamentos de trabalho, etc.), como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

2.4 O quanto você está satisfeito com a salubridade do seu local de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito,	Satisfeito	Muito satisfeito

		nem insatisfeito		
1	2	3	4	5

2.5 O quanto você está satisfeito com os equipamentos de segurança individual e coletiva disponibilizados no seu local de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3. QUANTO ÀS OPORTUNIDADES PARA DESENVOLVER SUAS CAPACIDADES:

3.1 O quanto você está satisfeito com a autonomia (oportunidade de tomar decisões) que você possui no seu local de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3.2 Você está satisfeito com a importância do trabalho/atividade que você faz?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3.3 Em relação à possibilidade de desempenhar várias tarefas (polivalência) no trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3.4 O quanto você está satisfeito com a responsabilidade de trabalho conferida a você (confiança da organização no seu trabalho)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

4. QUANTO ÀS OPORTUNIDADES FUTURAS DE CRESCIMENTO CONTÍNUO:

4.1 O quanto você está satisfeito com a possibilidade de crescimento no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

1	2	3	4	5

4.2 O quanto você está satisfeito com os treinamentos que você recebe no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

4.3 Em relação às situações e a frequência em que ocorrem as substituições/trocas de funcionários no seu trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

4.4 Em relação ao incentivo recebido para você estudar, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

5. QUANTO À INTEGRAÇÃO SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO:

5.1 Em relação à discriminação (social, racial, religiosa, sexual, etc.) no seu trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

5.2 Em relação ao seu relacionamento com colegas e chefia, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

5.3 Em relação ao comprometimento da sua equipe e colegas com o trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

5.4 O quanto você está satisfeito com a valorização de suas ideias e iniciativas no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6. QUANTO AO CONSTITUCIONALISMO NA ORGANIZAÇÃO:

6.1 Qual o seu grau de satisfação com a organização quanto ao respeito aos direitos do trabalhador?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6.2 O quanto você está satisfeito com sua liberdade de expressão no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6.3 O quanto você está satisfeito com as normas e regras no seu local de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6.4 Em relação ao respeito a sua individualidade no trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

7. QUANTO AO TRABALHO E ESPAÇO TOTAL NA VIDA:

7.1 O quanto você está satisfeito com a influência do trabalho na sua vida familiar?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

7.2 O quanto você está satisfeito com a influência do trabalho no seu lazer?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

7.3 O quanto você está satisfeito com seus horários de trabalho e de descanso?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8. QUANTO À RELEVÂNCIA SOCIAL DO TRABALHO:

8.1 Em relação ao orgulho de realizar o seu trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8.2 Você está satisfeito com a imagem que a VISA tem perante a sociedade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8.3 O quanto você está satisfeito com a contribuição da VISA com a sociedade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8.4 O quanto você está satisfeito com a qualidade dos serviços prestados pela VISA?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8.5 O quanto você está satisfeito com a política de recursos humanos que a organização tem?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

ANEXO II – PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se por ser quali-quantitativa quanto ao método de abordagem. Qualitativa, uma vez que busca estabelecer uma relação dinâmica entre o mundo real e a subjetividade dos indivíduos pesquisados; e quantitativa, pois compreende o levantamento de dados e análise numérica dos mesmos.

Quanto aos seus objetivos, é exploratória, descritiva e aplicada. É exploratória porque tem como finalidade sondar determinado assunto, isto é, pretende identificar a percepção dos indivíduos sobre a qualidade de vida no seu trabalho. É descritiva, pois procurou observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos e fenômenos do mundo físico e humano sem a interferência do pesquisador. E é aplicada, uma vez que pretende gerar conhecimentos para a aplicação prática na solução de problemas detectados, ou seja, propor melhorias ou soluções.

1. INSTRUMENTO DA PESQUISA

O levantamento de dados foi feito através de pesquisa de campo, pois as informações foram colhidas no local natural onde os fatos acontecem (local de trabalho). Essa pesquisa foi realizada por meio de questionário utilizando como instrumento de pesquisa o modelo de Qualidade de Vida no Trabalho de Richard Walton (1973).

Este modelo conceitual propõe oito critérios na determinação da Qualidade de Vida no Trabalho: compensação justa e adequada; condições de trabalho; uso e desenvolvimento das capacidades; oportunidade de crescimento e segurança: integração social na organização; constitucionalismo; trabalho e espaço total de vida e relevância social do trabalho na vida.

Após a análise comparativa de diversos modelos de avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho, optou-se pela utilização do modelo de Walton adaptado pelo Grupo Afinidade pelo fato de ele ser considerado um dos mais aceitos e utilizados por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, sendo que na literatura corrente é o mais amplo, contemplando processos de diagnóstico de Qualidade de Vida no Trabalho, e por isto, no presente trabalho, ele será o método escolhido.

2. AMOSTRA E POPULAÇÃO

Neste estudo, a população pesquisada representa o universo dos fiscais da Vigilância Sanitária dos municípios de Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais. Optou-se pela aplicação do questionário apenas aos fiscais em exercício nas Vigilâncias Sanitárias dos municípios supracitados admitidos sob regime estatutário, objetivando dar maior confiabilidade ao resultado do estudo. O questionário foi aplicado numa amostra de 41 fiscais, de ambos os sexos.

3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante instrumento de pesquisa estruturado, na forma de questionário com trinta e três perguntas fechadas e escalares que serão avaliadas de acordo com a escala Likert, definida como uma escala de medida com cinco categorias de respostas que vão de “Muito insatisfeito” a “Muito satisfeito”, a qual exige que os participantes indiquem um grau de satisfação ou de insatisfação com cada uma de uma série de questões relacionadas com os objetos da pesquisa.

Os itens do questionário foram classificados conforme abaixo:

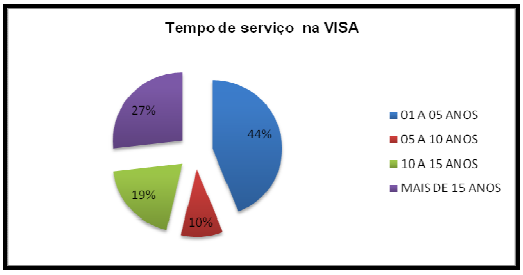
- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito, nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

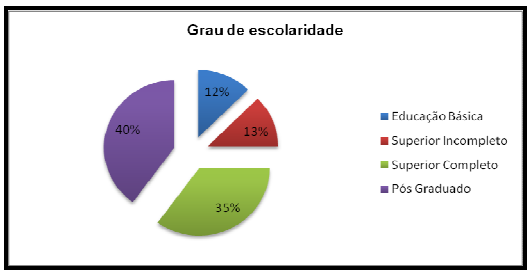
O período de aplicação do questionário e desenvolvimento da pesquisa foi o mês de abril de 2014. Os servidores são ocupantes de cargos de fiscais, assim entendidos aqueles que ingressaram no serviço público por meio de concurso. Do universo de 52 servidores, 11 não responderam o questionário por motivos diversos, totalizando 41 questionários respondidos, representando um percentual de 78,8% do total aplicado.

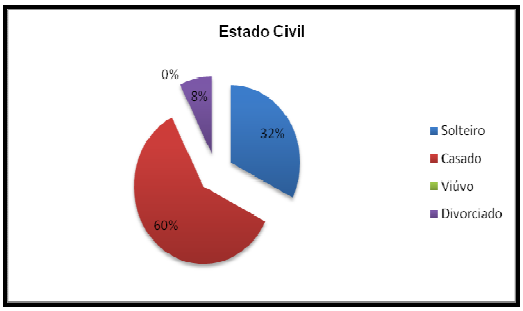
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

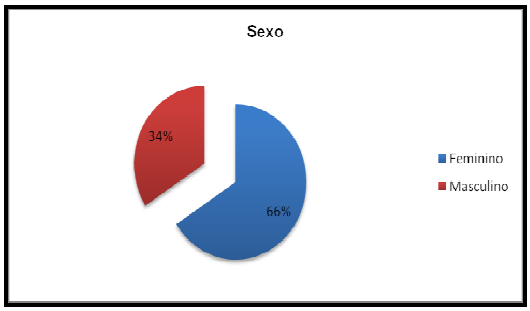
4.1 QUANTO AO PERFIL DOS SERVIDORES ENTREVISTADOS

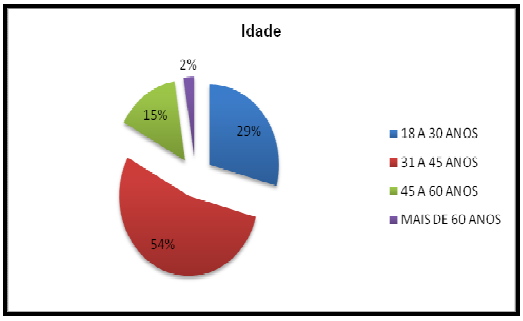
Quanto ao perfil dos respondentes, 44% estão na Vigilância Sanitária entre 01 a 05 anos. Quanto ao grau de escolaridade 40% são pós-graduados. Quanto ao estado civil 60% são casados e a grande maioria (66%) é do sexo feminino. A idade que predomina está na faixa entre 31 e 45 anos, o que corresponde a 54%.



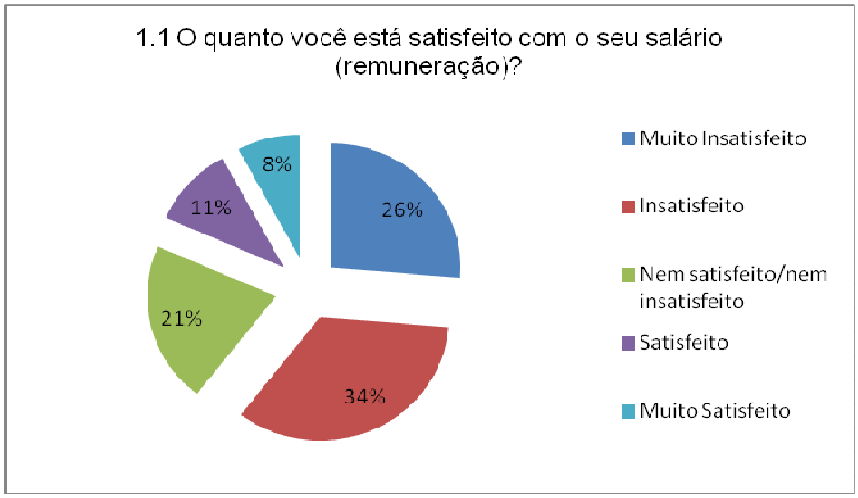




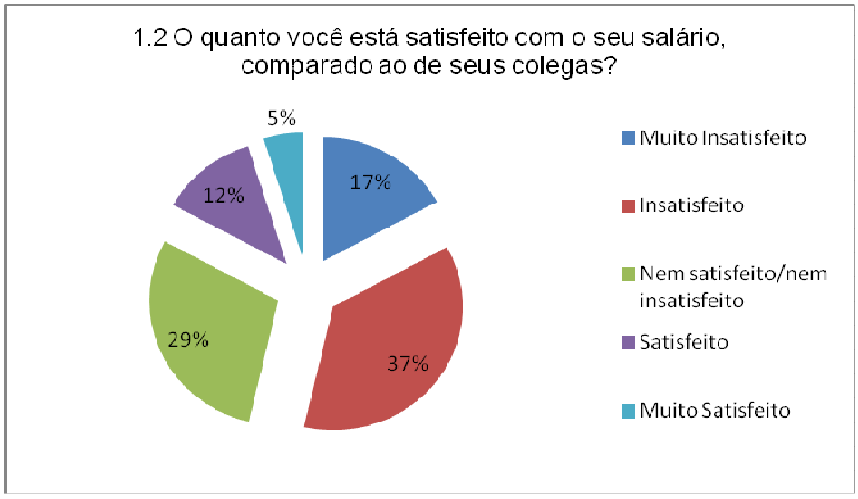




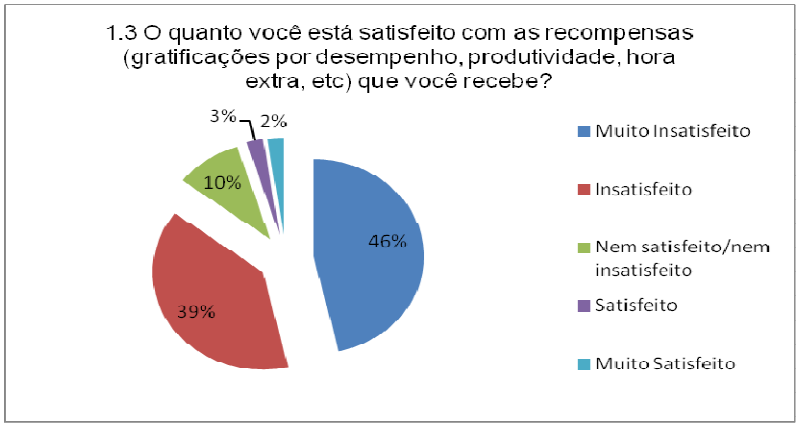
4.2 QUANTO À COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA:



De acordo com os dados, 60% dos entrevistados apresentam-se insatisfeitos com a sua remuneração, apenas 19% se sentem satisfeitos com o salário que recebem.



Nesta questão ao comparar os salários entre os colegas, 54% estão insatisfeitos com a diferença salarial para desempenhar a mesma função. Apenas 17% estão satisfeitos.



Em relação a este tema há um índice de insatisfação muito grande que totaliza 85% entre servidores muito insatisfeitos e insatisfeitos.

Para MAZZILI (1999), não há barreira mais eficaz à motivação que a insatisfação com o salário quando comparado ao dos colegas. Os conceitos da teoria da equidade são muito importantes para motivar os empregados a tornarem-se e manterem-se membros da organização pública.

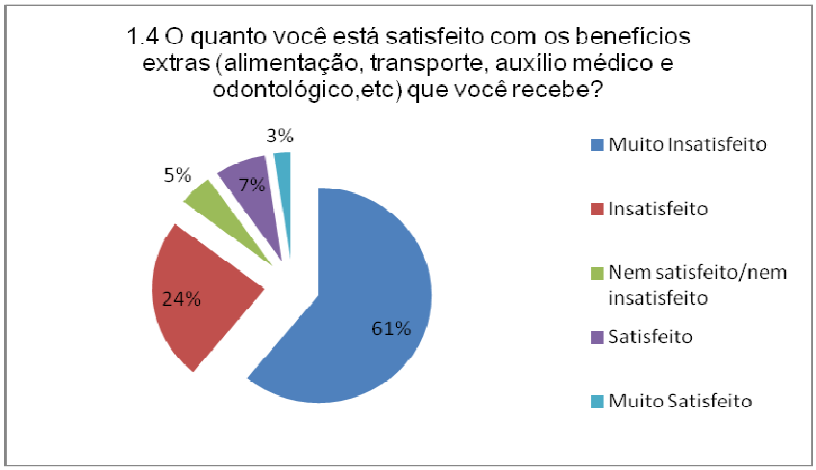
A organização deve ser capaz de proporcionar a cada grupo de trabalho uma relação de recompensa-contribuição equilibrada, de forma que esse grupo considere essa relação justa, desta forma poderá contar com a continuada afiliação de seus funcionários, (BELCHER, 1974 apud MAZZILLI; CARVALHO NETO, 1999). BERGUE (2005) ressalta que a gestão da remuneração nas organizações do setor público, possui particularidades que a distingue dos modelos geralmente utilizados na esfera privada.

Segundo PIRES (2006), as organizações públicas por serem geridas pelo poder público, tendem a depender de decisões políticas e de flutuações da capacidade econômica do Estado para obter recursos, portanto são sujeitas às políticas públicas.

Embora considerando a remuneração como insatisfatória, não se pode restringir a dignificação do trabalho exclusivamente às questões salariais, embora sejam estas cruciais, alguns estudiosos entendem que a forma de valorizar o trabalho é implementando incentivos positivos, como condições dignas de trabalho, incluindo salário, condições laborais e aperfeiçoamento (CAMPOS, 1998).

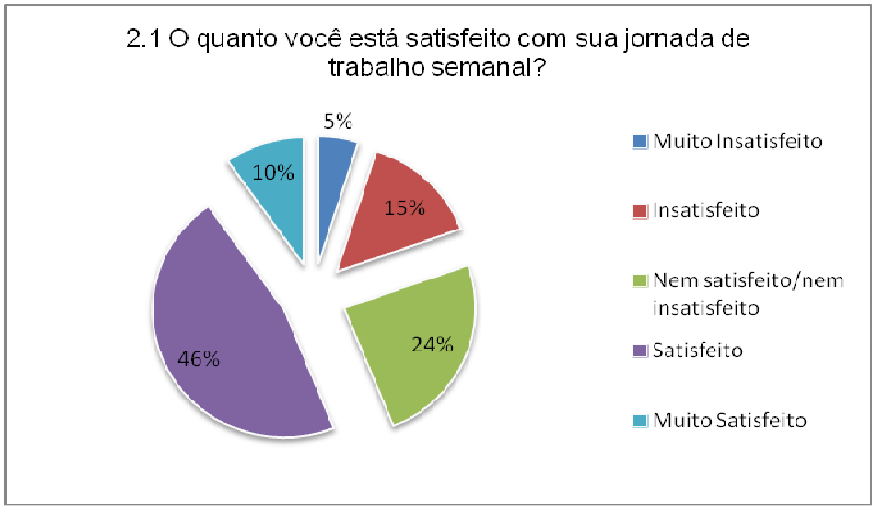
A insatisfação com o contracheque é sem dúvidas a que mais incomoda os trabalhadores. Receber um salário abaixo do mercado de trabalho, ou aquém das funções desempenhadas dentro da administração pública, faz com que o funcionário fique desanimado. Historicamente adotou-se a crença de que o dinheiro seria a principal fonte de incentivo à motivação, onde a escolha do emprego, por parte da maioria dos trabalhadores era feita com base nas perspectivas de remuneração, e não pelo tipo de trabalho ou pelas expectativas do cargo, ou seja, as pessoas eram influenciadas exclusivamente por recompensas salariais, econômicas e materiais (AMORIM, 2008).

STONER e FREEMAN (1995) dizem que por outro lado a Teoria de Maslow evidencia que salário é uma necessidade básica para que os empregados possam se alimentar, abrigar e proteger a si mesmo e as suas famílias de maneira satisfatória. Os autores complementam citando que, Herzberg em sua teoria dos dois fatores, classifica salário como fator higiênico, ou seja, como um fator que previne a insatisfação.

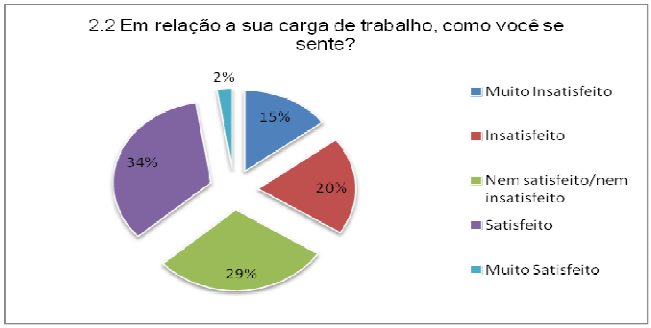


Observamos neste gráfico que 61% se declararam muito insatisfeitos e outros 24% insatisfeitos com os benefícios extras. Apenas 10% se sentem satisfeitos ou muito satisfeitos com estes benefícios.

4.3 QUANTO ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO:



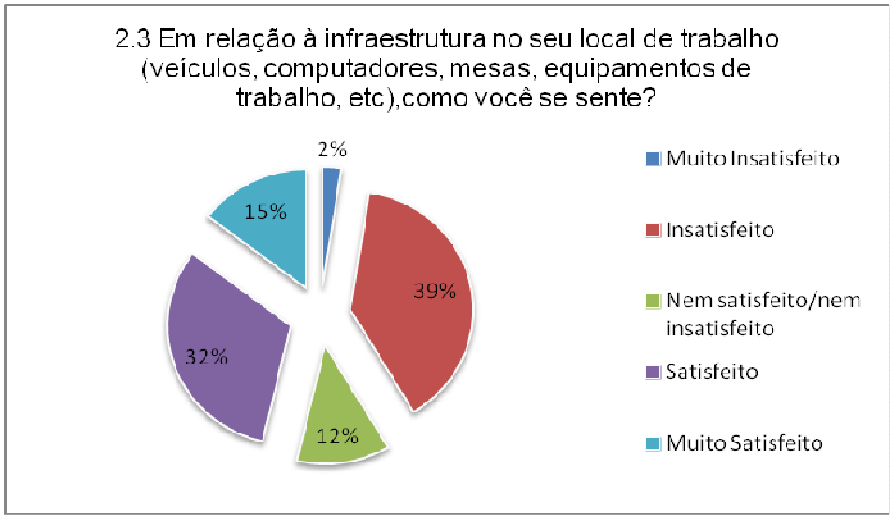
Neste gráfico observa-se um índice de satisfação de 56% entre servidores entrevistados satisfeitos e muito satisfeitos no que se refere à jornada de trabalho semanal. O índice de insatisfação totaliza 20% e 24% são indiferentes.



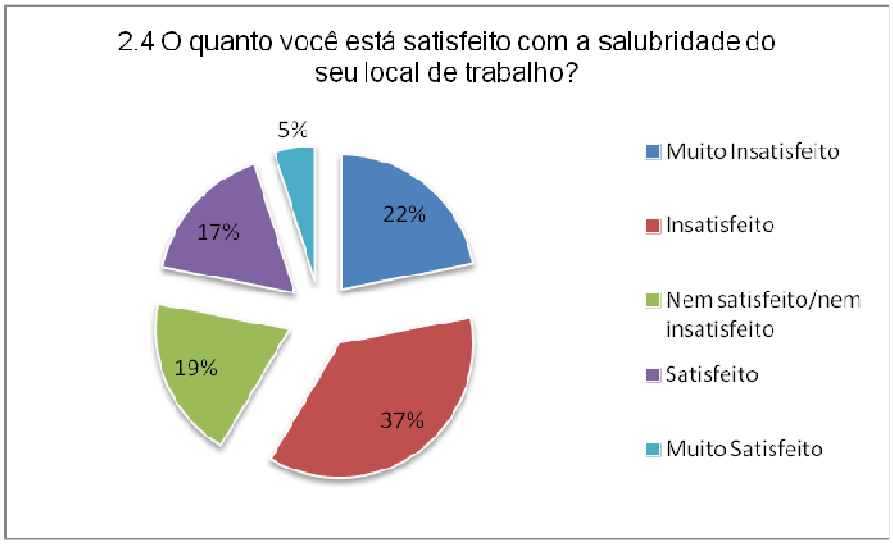
Em relação à carga de trabalho o servidor se sente satisfeito em 34% dos entrevistados, sendo uma margem não muito distante dos entrevistados que estão indiferentes, com 29%. O índice de insatisfação entre muito insatisfeitos e insatisfeitos é de 35%.

Segundo a Teoria de MASLOW (apud RIBEIRO, 2003, p.80) “o ser humano possui necessidades que motivam o seu comportamento, num processo contínuo e cíclico de surgimento e satisfação do individuo”.

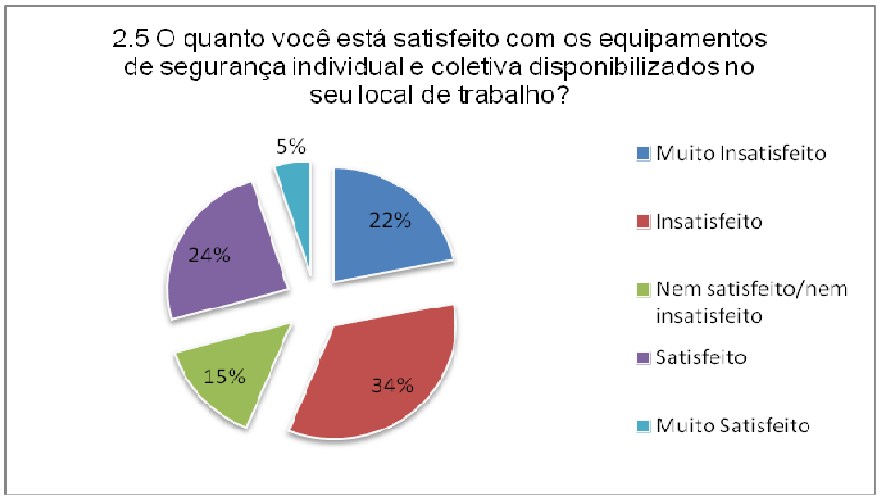
MASLOW (1954) desenvolveu a Teoria da Hierarquia das necessidades, segundo a qual, as necessidades humanas estão dispostas em uma hierarquia do nível mais baixo ao mais elevado, quais sejam: fisiológicas e biológicas (básicas para a sobrevivência); de segurança (estabilidade); sociais (integração no grupo); de estima (autoestima e reputação) e de auto realização (crescimento pessoal contínuo). De acordo com DAVIS (1981) Qualidade de Vida no Trabalho diz respeito às condições favoráveis ou desfavoráveis no ambiente laboral. Para BERGERON (1982, apud LIMONGI- FRANÇA, 2002), a Qualidade de Vida no Trabalho consiste em uma filosofia humanística guiada pela motivação e participação, visando alterações no trabalho, proporcionando situações mais prazerosas e satisfatórias.



Neste gráfico observa-se que 39% dos servidores entrevistados estão insatisfeitos no que se refere à infraestrutura; 12% são indiferentes e 32% estão satisfeitos.



Neste gráfico observa-se que 37% dos servidores entrevistados estão insatisfeitos no que se refere à salubridade; 19% são indiferentes e 17% estão satisfeitos.

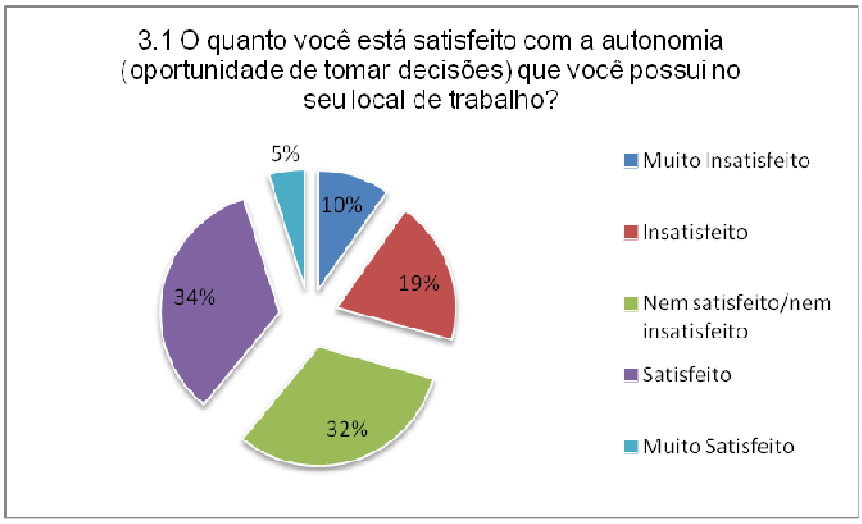


Neste gráfico observa-se que 34% dos servidores entrevistados estão insatisfeitos no que se refere a Equipamento de Proteção Individual; 15% são indiferentes e 24% estão satisfeitos.

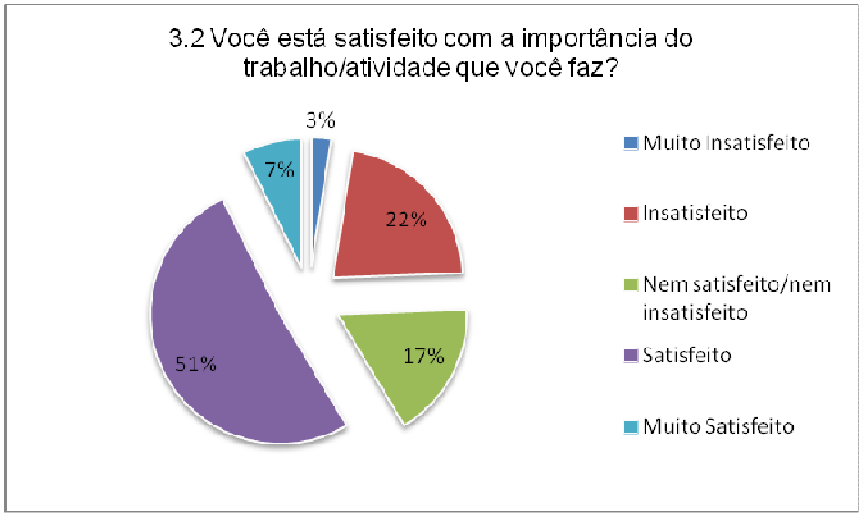
Fatores higiênicos, segundo HERZBERG (1997), são as condições ambientais, ou seja, ambientes físicos e psicológicos que envolvem as pessoas e os grupos de trabalho. A questão conflitante neste item é que muitos podem interpretar salubridade com o adicional de insalubridade.

Conforme determinado na NR-6 da Portaria 3.214/78, cabe ao empregador o fornecimento de equipamentos de proteção individual, no caso as prefeituras.

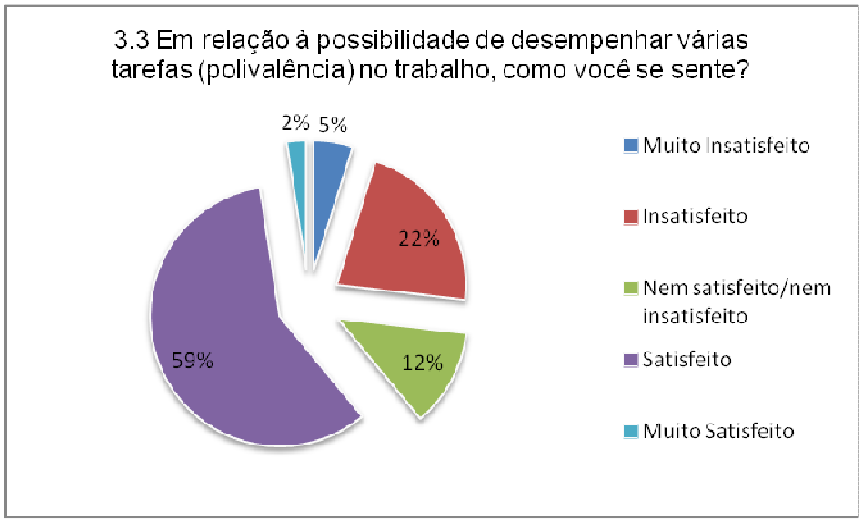
4.4 QUANTO ÀS OPORTUNIDADES PARA DESENVOLVER SUAS CAPACIDADES:



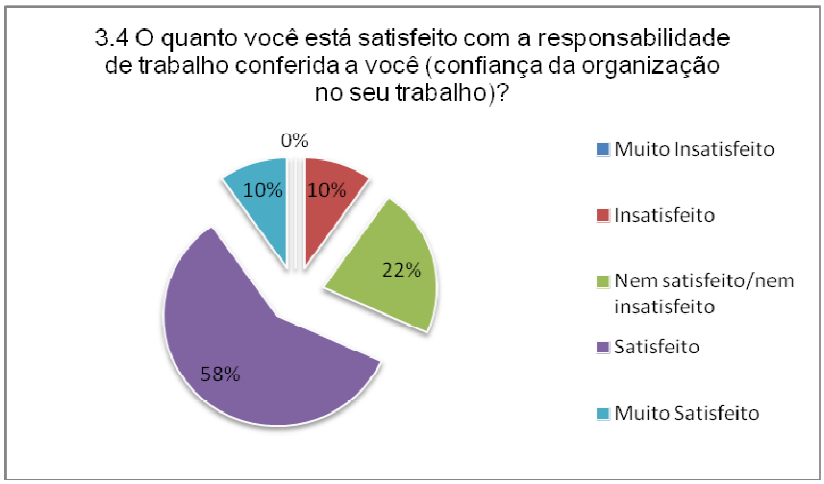
Esta questão tem por objetivo analisar a percepção dos servidores quanto à segurança para tomar decisões durante a realização do seu trabalho. Os percentuais demonstram que neste bloco existe satisfação (34%), porém, devemos também considerar o percentual de “Nem satisfeito/nem insatisfeito” (32%).



Esta questão que visa avaliar a importância do trabalho destaca-se que mais da metade de servidores (51%) consideram o trabalho importante, aliado ao percentual de 7% “Muito satisfeitos”.

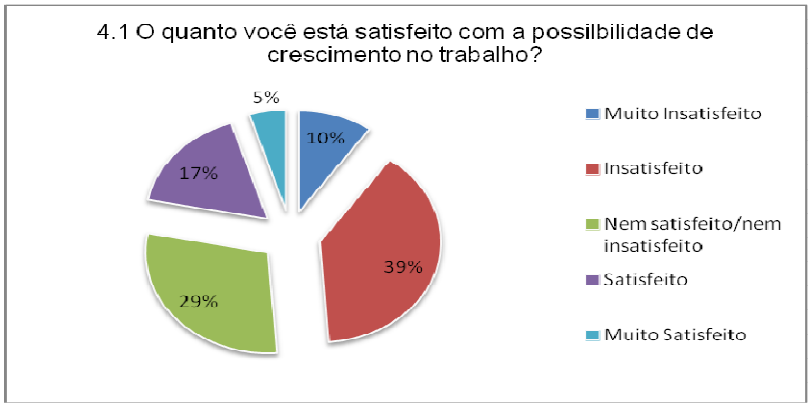


Esta questão visa avaliar a possibilidade que o servidor tem de desempenhar várias tarefas no trabalho. Percebe-se que mais da metade de servidores (59%) estão satisfeitos, aliado ao percentual de 2%.

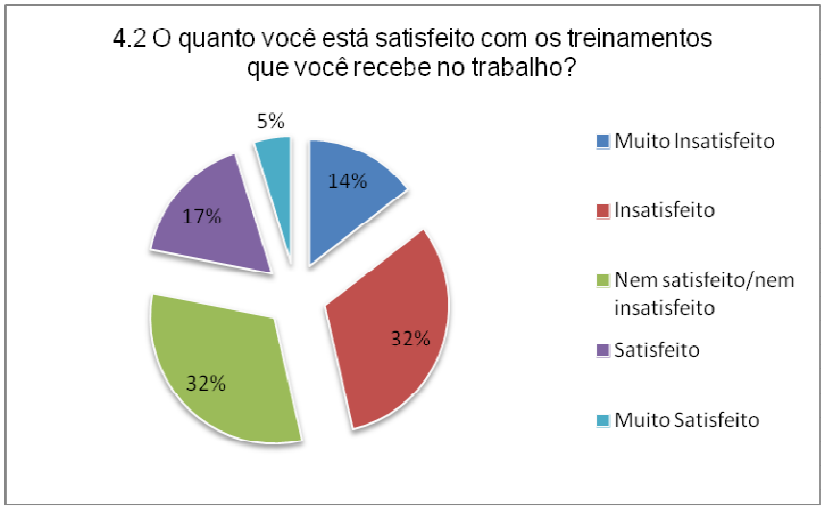


Observamos neste gráfico que 68% se declararam satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à responsabilidade de trabalho que é conferida ao servidor. Podemos aqui colocar também os 22% que se declararam indiferentes. Apenas 10% se sentem insatisfeitos com a responsabilidade de trabalho.

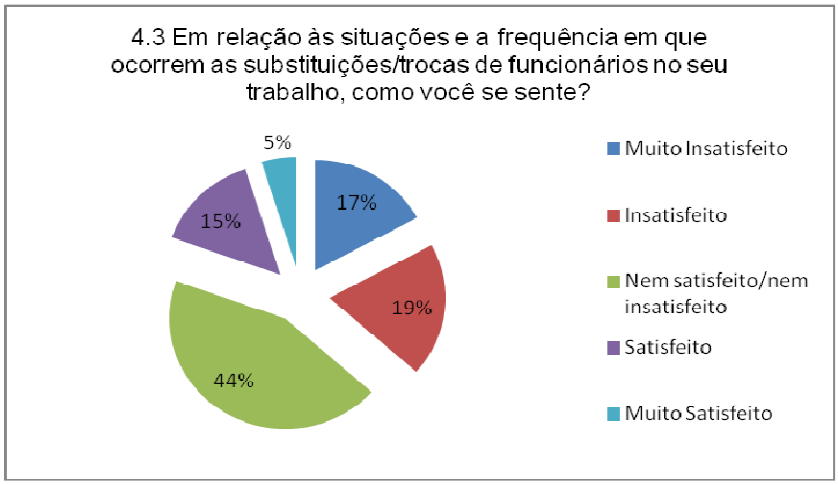
4.5 QUANTO ÀS OPORTUNIDADES FUTURAS DE CRESCIMENTO CONTÍNUO:



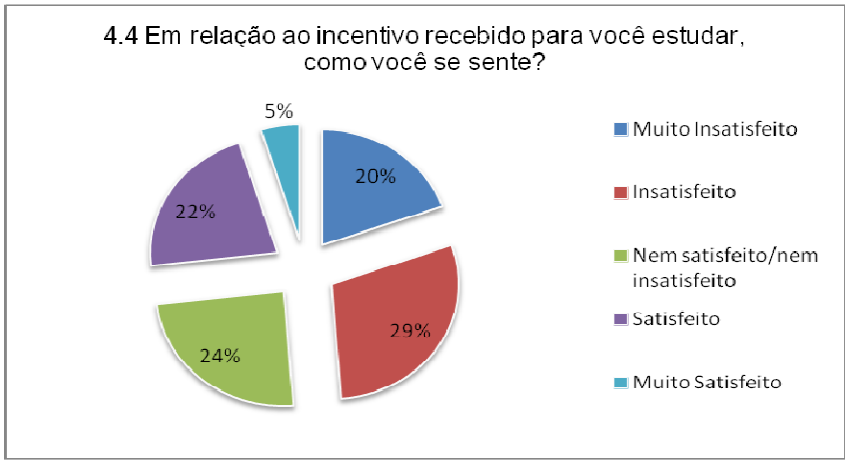
Neste gráfico, 49% se demonstraram insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a possibilidade de crescimento no trabalho, 29% se mostraram indiferentes. Apenas 22% mostraram-se satisfeitos quanto à possibilidade de crescimento no trabalho.



Neste gráfico 46% se demonstraram insatisfeitos ou muito insatisfeitos com relação aos treinamentos recebidos no trabalho. 32% se mostraram indiferentes e apenas 22% mostraram-se positivos quanto à satisfação com treinamentos que recebem no trabalho.

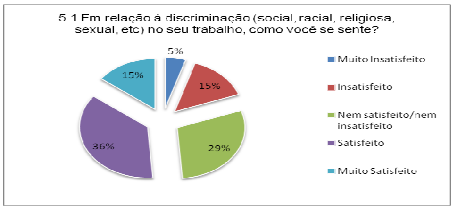


De acordo com o gráfico acima, para 44% dos servidores que responderam à pesquisa a frequência das trocas e substituições não tem impacto em relação à satisfação. 36% se mostraram insatisfeitos e muito insatisfeitos. 20% apresentaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos.

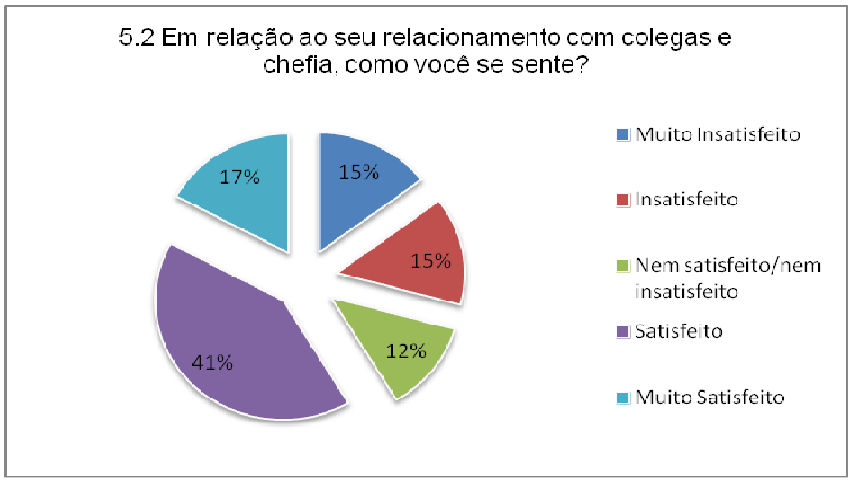


Neste gráfico, 49% se demonstraram insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o incentivo dado aos estudos. 24% se mostraram indiferentes. Apenas 27% mostraram-se positivos quanto aos incentivos oferecidos ao estudo.

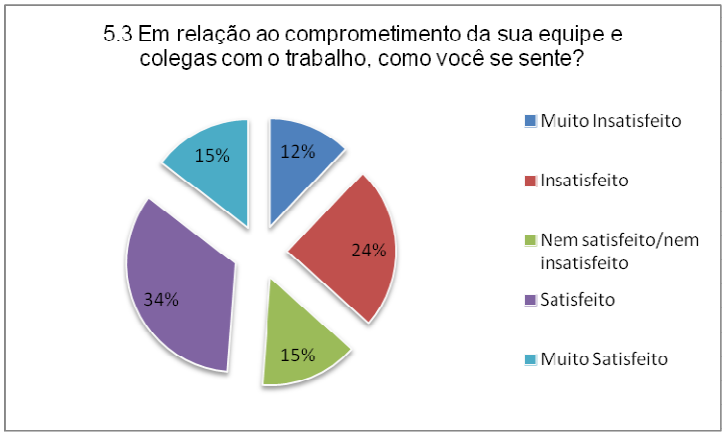
4.6 QUANTO À INTEGRAÇÃO SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO:



Neste gráfico, 51% se declararam satisfeitos ou muito satisfeitos em relação às discriminações no ambiente de trabalho. Podemos aqui colocar também os 29% que se declararam indiferentes. Apenas 20% declararam-se de forma negativa.



A partir dos resultados obtidos nesta questão observa-se que 41% dos entrevistados estão satisfeitos e 17% estão muito satisfeitos com o relacionamento com colegas e chefia, somando 58% de satisfação. Entretanto, 15% dos entrevistados estão muito insatisfeitos e outros 15% insatisfeitos, totalizando 30% de insatisfação.



Nesta questão podemos observar que 34% dos entrevistados estão satisfeitos, 15% estão muito satisfeitos, 12% estão muito insatisfeitos, 24% insatisfeitos e 15% nem satisfeito/nem insatisfeito.

Observamos nesta questão que 32% dos entrevistados estão satisfeitos e outros 7% estão muito satisfeitos com a valorização de suas ideias e iniciativas. Já 29% responderam que estão nem satisfeitos/nem insatisfeitos, 22% estão insatisfeitos e outros 10% estão muito insatisfeitos.

MOWDAY (1982) apresentou como as principais características que definem o comprometimento afetivo: crença e aceitação dos objetivos e valores organizacionais, disposição para defender a organização e desejo de manter o vínculo com ela. "Quando o comprometimento é assim definido, ele representa algo além da simples lealdade passiva a uma organização. Ele envolve uma relação ativa na qual o indivíduo deseja dar algo de si próprio para contribuir para o bem-estar da organização".

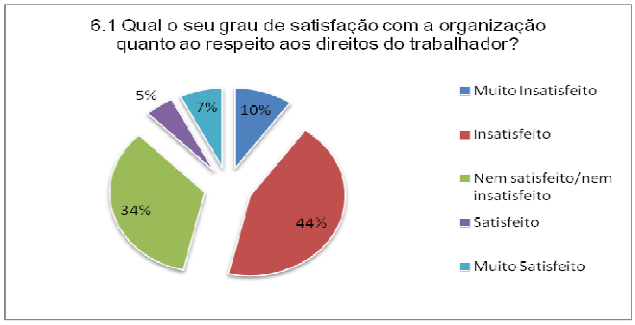
Segundo BORGES-ANDRADE (1994), o comprometimento afetivo é um processo afetivo de identificação do indivíduo e seu envolvimento com uma organização. Ele entende o comprometimento afetivo como o equivalente científico do "vestir a camisa da organização".

MEDEIROS (1999) enfatizam que os indicadores da dimensão afetiva do comprometimento organizacional refletem, basicamente, o sentimento de lealdade para com a organização, o significado pessoal, o desejo de permanecer, o esforço em beneficio da organização e o reconhecimento para com a organização.

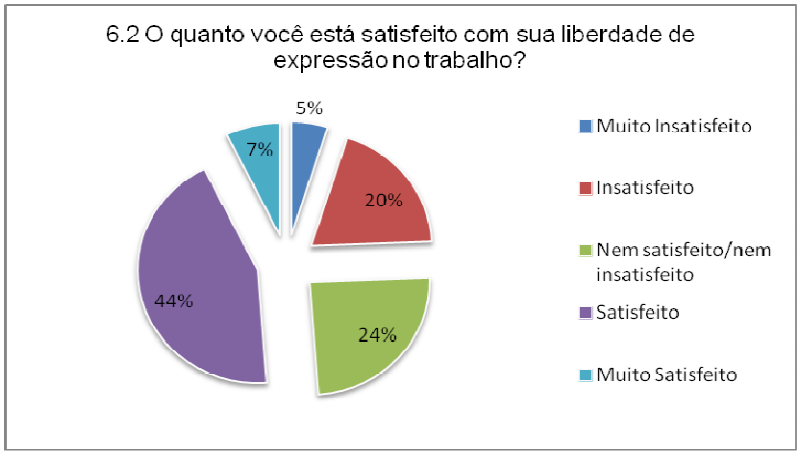
ROBBINS (1999) diz que: o termo satisfação no trabalho refere-se à atitude geral do indivíduo em relação a seu emprego. Uma pessoa com um alto nível de satisfação no trabalho tem atitudes positivas em relação ao emprego, ao passo que uma pessoa que está insatisfeita com seu trabalho tem atitudes negativas quanto ao emprego.

Segundo PADILHA (2004), ser reconhecido como bom profissional gera status, que por sua vez gera motivação e aumento da produtividade, contribuindo para o comprometimento.

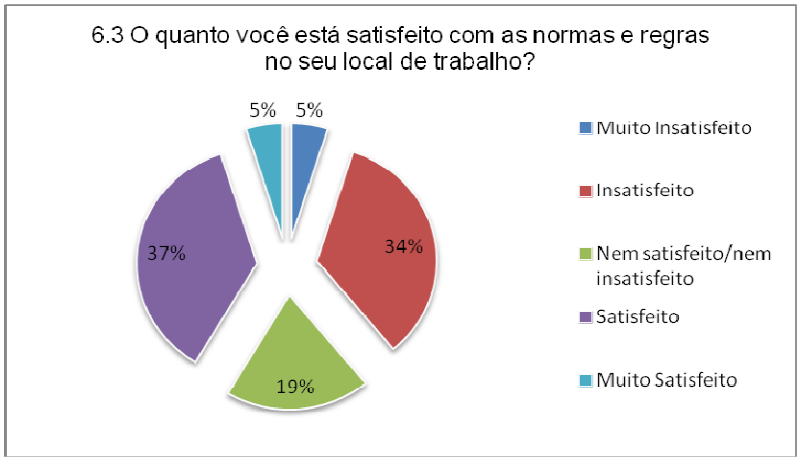
4.7 QUANTO AO CONSTITUCIONALISMO NA ORGANIZAÇÃO:



Neste gráfico observa-se que 54% dos servidores entrevistados estão insatisfeitos no que se refere aos seus direitos, 34% são indiferentes e 12% estão satisfeitos.



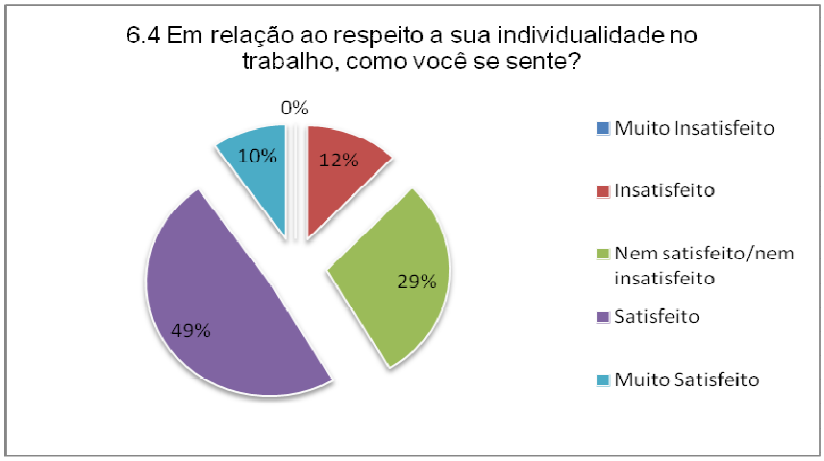
O gráfico observado mostra indicadores com 51% satisfeitos, 25% insatisfeitos e 24% indiferentes.



Neste gráfico observamos os resultados de 42% satisfeitos, 39% insatisfeitos e 20% indiferentes.

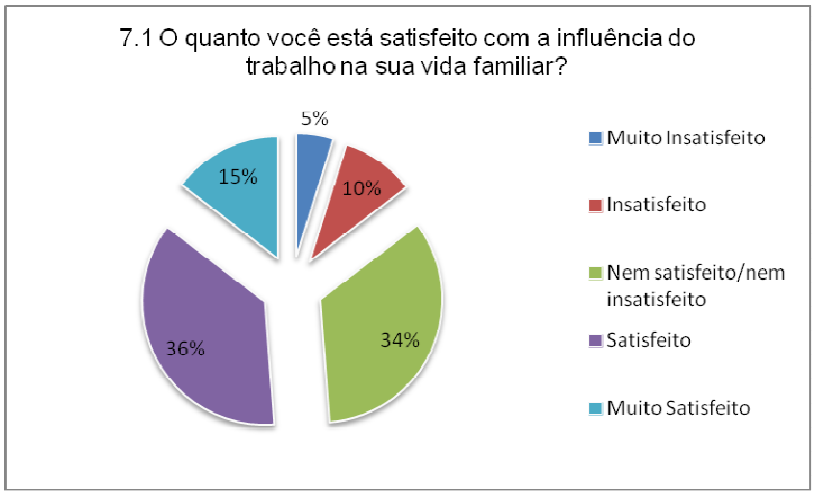
Para FRASER (1983) a satisfação no trabalho é considerada um fenômeno complexo e de difícil definição, tendo como parte dessa dificuldade seu estado subjetivo em que a satisfação com uma situação pode alterar de indivíduo para indivíduo, de circunstância para circunstância e de tempo em tempo para a mesma pessoa. Estando sujeita as influências de forças internas e externa do ambiente de trabalho imediato.

MOSCOVICI (1997) afirma que a forma como se lida com as diferenças individuais indica um determinado clima entre as pessoas e tem uma intensa influência sobre a vida em grupo. Sobretudo no comportamento organizacional, nas relações interpessoais, nos processos de comunicação e na produtividade.

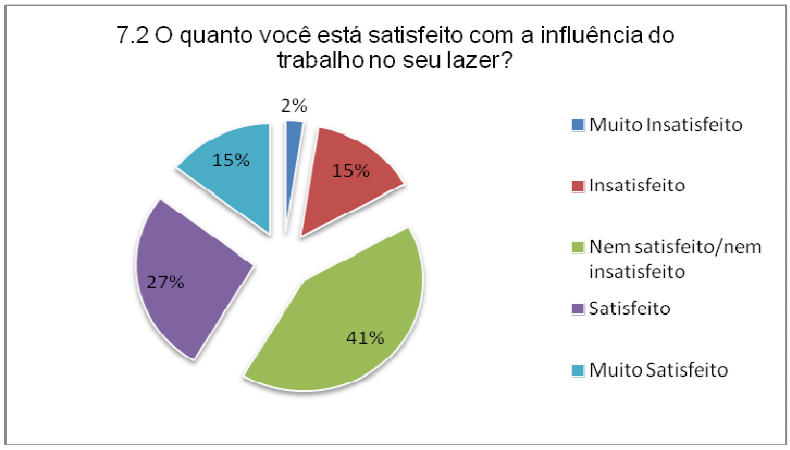


Neste gráfico que aborda o respeito da individualidade no dia a dia de trabalho dos Técnicos da VISA, 49% estão satisfeitos, 10% estão muito satisfeitos somando 59%. Por outro lado, 12% dos Técnicos da VISA estão insatisfeitos com a individualidade no trabalho.

4.8 QUANTO AO TRABALHO E ESPAÇO TOTAL NA VIDA:



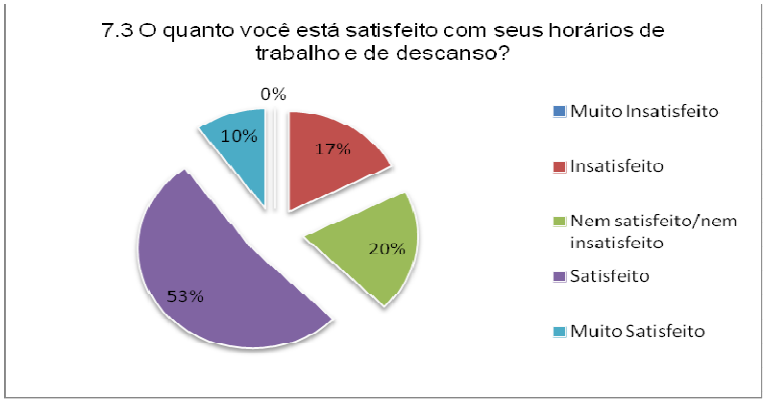
Esta amostragem que se refere a sua vida familiar e a influência em seu trabalho, 36% mostram-se satisfeitos e 15% muito satisfeitos, somando 51% entre as duas modalidades, superando a porcentagem restante.



Podemos observar neste gráfico que dos Técnicos da VISA dos 4 municípios envolvidos, 41% se mostram indiferentes e 42% estão satisfeitos. O índice de insatisfação com este tema é de 17%.

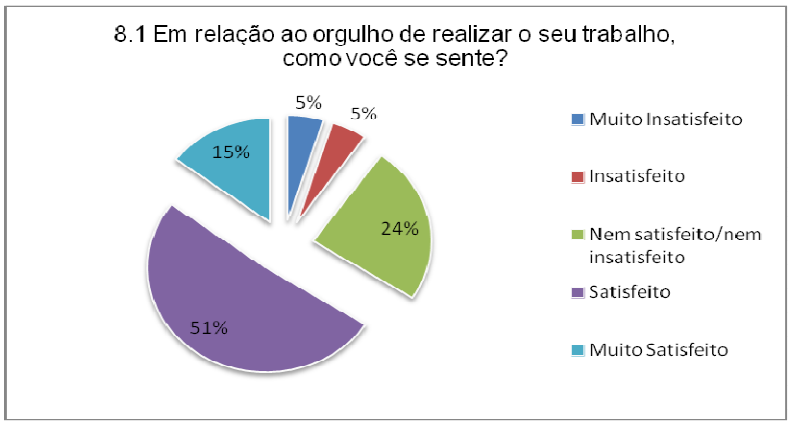
No que se refere a sua vida familiar e a influência em seu trabalho observamos que a sobreposição ou sobrecarga pode causar ao agente da família interferências no trabalho, no momento em que a doença de algum familiar for à causa do não comparecimento do indivíduo ao trabalho ou quando deixar de aceitar uma promoção por não querer mudar de cidade para não ficar longe da família (FARIA, 2007). A relação trabalho-família pode vir a afetar os papéis desempenhados na vida pessoal, vindo a despertar conflitos na vida familiar. Caso as atividades executadas no trabalho sejam desagradáveis e insatisfatórias, pode gerar tensões na vida pessoal.

O trabalho vem ocupando a maior parte do tempo do ser humano, de início tinha um valor apenas para suprir as necessidades básicas de subsistência, principalmente após a Revolução Industrial, e agora está fazendo parte do ponto central do ser humano, fazendo assim com que as pessoas dediquem mais tempo ao trabalho do que a família (CAVASSANI, 2006).

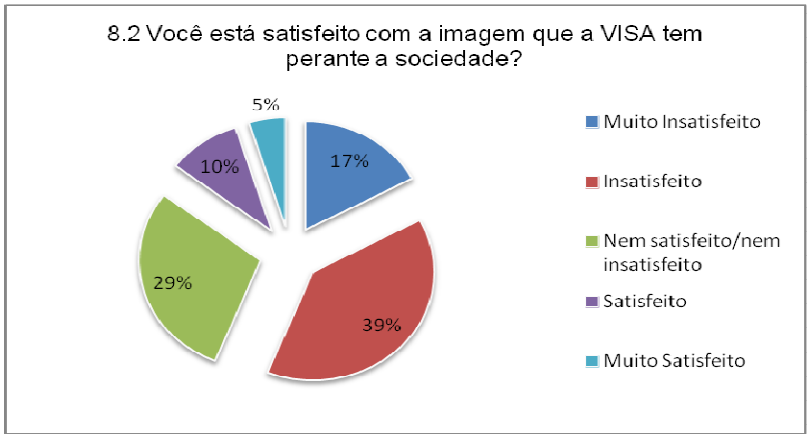


No que diz respeito à satisfação com seus horários e descanso no trabalho, o gráfico informa que 63% dos trabalhadores investigados estão satisfeitos e muito satisfeitos com os horários de trabalho que enfrentam, 17% somam os insatisfeitos e muito insatisfeitos contra 20% que não demonstraram qualquer sentimento em relação à questão.

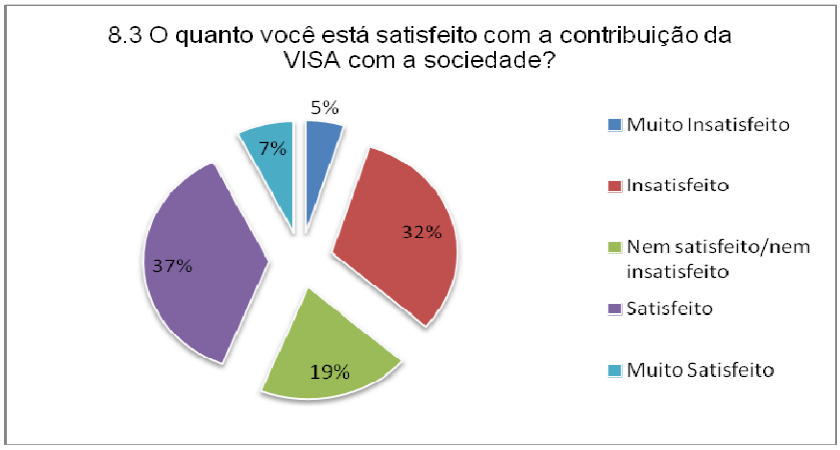
4.9 QUANTO À RELEVÂNCIA SOCIAL DO TRABALHO:



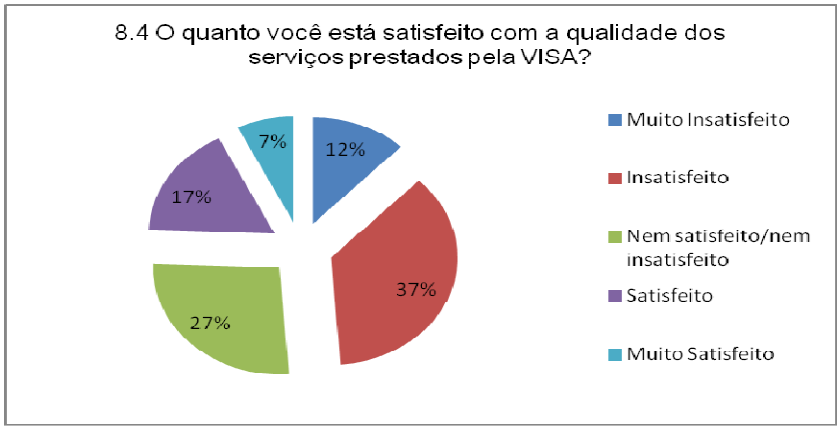
Quando perguntados em relação ao orgulho de realizar os trabalhos de vigilância, 66% mostraram um grau de satisfação e muita satisfação pelo trabalho e 10% insatisfeitos e muito insatisfeitos contra 24% que não souberam ou preferiram não demonstrar qualquer sentimento de orgulho pelo trabalho realizado.



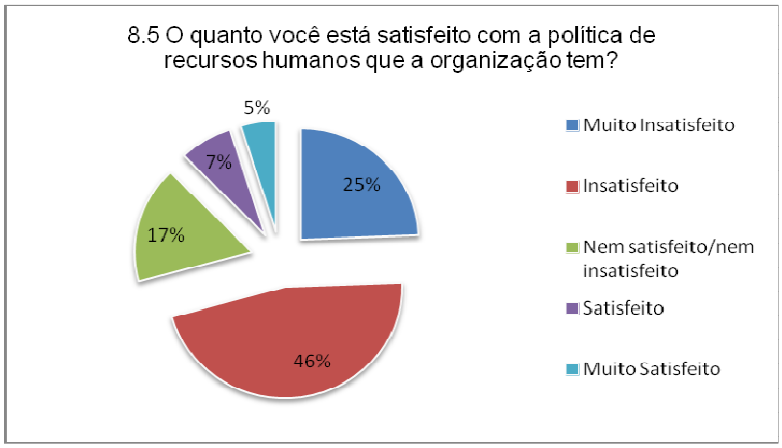
No que diz respeito a este tema, 56% informaram estar muito insatisfeitos e insatisfeitos, 15% se mostraram satisfeitos e muito satisfeitos, já os 29% restantes não souberam avaliar este quesito.



Este gráfico mostra que 37% dos pesquisados demonstram-se insatisfeitos e muito insatisfeitos, 44% estão satisfeitos e muito satisfeitos e 19% não manifestaram qualquer grau de satisfação ou insatisfação com as contribuições da VISA à sociedade.



Neste quesito de avaliação os entrevistados somam 49% de insatisfeitos e muito insatisfeitos, 24% demonstram satisfação e muita satisfação e 27% não revelaram qualquer percepção com relação à qualidade dos serviços prestados para a sociedade.



O gráfico mostra 71% dos servidores insatisfeitos e muito insatisfeitos, 12% se revelaram muito satisfeitos e satisfeitos e 17% não expressaram qualquer sentimento revelador com relação à satisfação das políticas de recursos humanos em sua organização.

REFERENCIAL TEÓRICO ANEXO II

AMORIM, D. V. de, FERREIRA, R. S.; ABREU, N. R. de. **Sistemas de recompensas e suas influências na motivação de servidores públicos**. Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – SEGeT, 2008.

BERGUE, S. T. **Gestão de pessoas em organizações públicas: uma abordagem orientada para a administração pública municipal**. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

BORGES-ANDRADE, J. E. **Conceituação e Mensuração de Comprometimento Organizacional.** ***Temas em Psicologia.*** 1994. v.1. p. 37-48.

CAVASSANI, A. P.; CAVASSANI, E. B.; BIAZIN, C. C.. **Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações**. In XIII SIMPEP, Bauru, 06 a 08 de novembro de 2006.

DAVIS, F. W. **Job satisfaction and stress**. Journal of Physical Education, Recreation & Dance, v. 52, n. 9, 1981.

FARIA, G. S.; RACHID, A.. **Equilíbrio trabalho e família: os significados para os bancários**. v. 7, n. 1, p.81-106, jan./ jun. 2007.

FRASER TM. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach**. Germany: International Labour Office; 1983.

LIMONGI- FRANÇA, A. C.. **As pessoas na Organização**. São Paulo. Atlas, 2002.

_____. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT: Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós – industrial.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009

MARSON, L. S. C.; RODRIGUES, M. V. R. y; CALDERÓN, P. A. L.; SANTOS, I. C. dos. **A Relação entre Motivação e Qualidade de Vida no Trabalho: Um Estudo com Técnico-Administrativos de uma Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Agosto, 2011. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0363_2058.pdf. Acesso em 24/06/2014.

MAZZILLI, C; CARVALHO NETO, C. B. **Análise do Incentivo Salarial em uma Empresa Pública: uma abordagem Dejouriana**. PPGA/UFRGS, XXIII EnANPAD, 1999.

MEDEIROS, C. A. F.; ENDERS, W. T; SALES, I. O.; OLIVEIRA, D. L. F. e MONTEIRO, T. C. C. **Três (ou quatro?) componentes do comprometimento organizacional**. Anais do ENANPAD, org. 22. Foz do Iguaçu, 1999.

MOWDAY, R. T; PORTER, L. W. e STEERS, R. M. **Employee-Organization linkages - The psychology ofcommitment, absenteeism and turnover**. New York: Academic Press, 1982.

MOSCOVICI, F.. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 7 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. **Cultura organizacional em organizações públicas no**

Brasil. Revista de Administração Pública – RAP, Rio de Janeiro, 81-105, Jan./Fev. 2006.

ROBBINS, S. P.. **Comportamento Organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC editora, 1999.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5. ed. Rio de janeiro: Pretince Hall do Brasil, 1995.

ANEXO III – MODELO DE AVALIAÇÃO DAS REUNIÕES

Para um melhor desempenho das reuniões, pedimos a gentileza que você faça uma avaliação dos assuntos abordados, marcando com um X, o quadrado que representa o seu grau de satisfação. Logo abaixo, faça sua sugestão ou crítica.

	Satisfeito	
	Indiferente	
	Insatisfeito	

Comentários:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Pauta da Reunião: _____

Data: ____/____/_____

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

DIONÍSIA ANDRADE TEIXEIRA

ELAINNE CRISTINE FÉLIX VASCONCELOS

GAYANA ALBUQUERQUE BELÉM DE ARAÚJO

MARCONDES CHAVES GOMES

RANIELE FERREIRA DE LIMA

RAQUEL DE ALENCAR CARVALHO

SANDRA HELENA ARAÚJO SILVA MACHADO

PROPOSTA DE FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA COMUNIDADE

São Paulo 2014

DIONÍSIA ANDRADE TEIXEIRA

ELAINNE CRISTINE FÉLIX VASCONCELOS

GAYANA ALBUQUERQUE BELÉM DE ARAÚJO

MARCONDES CHAVES GOMES

RANIELE FERREIRA DE LIMA

RAQUEL DE ALENCAR CARVALHO

SANDRA HELENA ARAÚJO SILVA MACHADO

PROPOSTA DE FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA COMUNIDADE

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

Orientadora: Olga Maria de Alencar

São Paulo 2014

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© reprodução autorizada pelos autores somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento, é obrigatório mencionar a autoria.

X000 Teixeira, Dionísia Andrade, *et al.*

Proposta de Fortalecimento das Ações de Educação em Vigilância Sanitária na Comunidade/ Dionísia Andrade Teixeira, Elainne Cristine Félix Vasconcelos, Gayana Albuquerque Belém de Araújo, Marcondes Chaves Gomes, Raniele Ferreira de Lima, Raquel de Alencar Carvalho e Sandra Helena Araújo Silva Machado. São Paulo – 2014

xxp

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

Orientadora: Olga Maria Alencar

1 Gestão em Saúde 2. Políticas de Educação em Saúde. 3. Educação em Vigilância Sanitária. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

XXX:XX 000

DIONÍSIA ANDRADE TEIXEIRA

ELAINNE CRISTINE FÉLIX VASCONCELOS

GAYANA ALBUQUERQUE BELÉM DE ARAÚJO

MARCONDES CHAVES GOMES

RANIELE FERREIRA DE LIMA

RAQUEL DE ALENCAR CARVALHO

SANDRA HELENA ARAÚJO SILVA MACHADO

PROPOSTA DE FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA COMUNIDADE

APROVADO EM ____/_____/_____

_____

AVALIADOR/ORIENTADOR (A)

São Paulo 2014

"O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e reinvenção". (Paulo Freire)

RESUMO

Este projeto aplicativo tem como objetivo o fortalecimento das ações de educação permanente em vigilância sanitária para a população em geral. Inicialmente, esta proposta foi construída a partir das atividades desenvolvidas no Curso de Especialização de Gestão da Vigilância Sanitária. O percurso metodológico foi traçado a partir de discussões e oficinas ocorridas nos encontros do **Grupo Afinidade 4** com a categorização dos problemas vivenciados pelos integrantes do grupo (a partir de seus cenários de atuação), a construção de uma árvore explicativa (uma ferramenta de planejamento de análise de problemas desenvolvida por Carlos Matus) e a identificação do problema principal. Nesse sentido, chegou-se a um consenso de que não há o desenvolvimento organizado dos processos educacionais direcionados à população, que detém uma visão distorcida e/ou limitada sobre o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária. Dentro desta contextualização, surgiu a preocupação de se elaborar uma proposta de intervenção para tentar mudar tal realidade. Tal proposta encontra respaldo em referenciais teóricos com destaque para a Gestão da Educação em Vigilância Sanitária na Política de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), e o pensamento de Paulo Freire, que defende um processo educacional democrático na formação de cidadãos com autonomia para refletir sobre a realidade em que vivem. Foram citadas, ainda, referências empíricas com experiências exitosas na temática abordada. Este projeto propõe uma série de ações que visam aproximar a vigilância sanitária da população, proporcionando a formação de uma consciência sanitária incorporada a partir da metodologia ativa de ensino-aprendizagem, subsidiando uma reflexão crítica sobre educação e saúde. Para isso, foram pensadas ações e estratégias, tais como: divulgar as ações de Vigilância Sanitária, mapear as necessidades da comunidade para trabalhar a ação de Vigilância Sanitária de forma integral e intersetorial, integrar a formação dos profissionais de Vigilância Sanitária com a atenção básica (postos de saúde) e com as escolas. Acredita-se que a referida proposta possa ser implantada no plano de ação em todos os cenários onde atuam os integrantes do Grupo Afinidade 4 composto por representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), das Vigilâncias Sanitárias Estadual (Ceará) e Municipal (Fortaleza e Maracanaú).

Descritores: Educação. Vigilância Sanitária. Comunidade.

ABSTRACT

This application project aims to strengthen the actions of continuing education in health surveillance for the community. This proposal was initially built from the activities developed in the Specialization Course in Management of Sanitary Surveillance. The methodology was based on discussions and workshops occurred during the meetings of **Group Affinity 4** with the categorization of the problems experienced by group members (in their field of work), on the construction of a cause-effect diagram (a problem-oriented-planning tool developed by the Chilean Economist Carlos Matus) and on the identification of the main problem. In this sense, a consensus was reached that there is no organised development of educational processes directed to the population, which holds a distorted and/or limited view on the work developed by the Sanitary Surveillance. Within this context emerged the concern to develop a proposal for intervention to try to transform this reality. This proposal is backed by theoretical backgrounds with a focus on the Management of Education in Sanitary Surveillance in the Policy of Permanent Education of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the thought of Paulo Freire, which advocates a democratic educational process in the formation of citizens with autonomy to reflect on the reality in which they live. Empirical references with successful experiences in this subject were also related in this work. This project proposes a series of actions aimed at bringing the sanitary surveillance closer to the population, providing the raising of a sanitary awareness incorporated from the active methodology of teaching-learning, subsidizing a reflective process in the promotion of education and health. For this reason, they were conceived in actions and strategies, such as: make known the actions of the Sanitary Surveillance, map the needs of the community to fully work on its action both in integral and intersectoral ways, integrate the training of professionals of Sanitary Surveillance in primary care (at local health centers) and schools. It is believed that the proposal can be implemented in the plan of action in all scenarios where members of the **Group Afinity 4** work, composed of representatives of the National Sanitary Surveillance Agency (ANVISA), from both State Sanitary Surveillance (Ceara) and Municipal (Fortaleza and Maracanaú).

Descriptors: Education. Sanitary Surveillance. Community.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 OBJETIVOS 14

2.1 OBJETIVO GERAL 14

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 14

3 REFERENCIAIS 15

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO 15

3.1.1 Funções da Vigilância Sanitária na Proteção e Promoção da Saúde 15

3.1.2 Gestão da Educação em Vigilância Sanitária na Política de Educação Permanente do SUS 16

3.1.2.1 Interação entre Ações de Educação e Saúde por uma melhor qualidade de vida. 19

3.1.2.2 Educação permanente como estratégia de mudança na abordagem pedagógica dos profissionais de saúde 21

3.1.2.3 Educação popular 25

3.1.3 Comunicação em Vigilância Sanitária 28

3.2 REFERENCIAL EMPÍRICO 36

3.2.1 Educanvisa 36

3.2.2 Mostra Cultural "Vigilância Sanitária e Cidadania" 37

3.2.3 Capacitação com as merendeiras das Escolas Estaduais do Ceará 38

3.2.4 Criando a consciência sanitária através de capacitações para manipuladores de alimentos – Campina Grande - Paraíba 38

3.2.5 Projeto Estadual do Rio Grande do Sul: Pequenos Vigilantes 39

4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 41

4.1 PERCURSO METODÓLOGICO 43

4.2 PLANO DE INTERVENÇÃO: APRESENTAÇÃO ESTRUTURADA DAS AÇÕES PARA MELHORIA DA EDUCAÇÃO EM VIGILANCIA SANITÁRIA 47

4.3 GESTÃO DO PLANO 48

4.3.1 Planejamento Estratégico 48

4.3.2 Previsão de Equipe e Definição de Tarefas 49

4.3.3 Monitoramento e Avaliação 51

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 60

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....61

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1: Série de Gibis do Inspetor Silva. 37

Figura 2: Macro problemas.....42

Figura 3: Árvore Explicativa.....45

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1 Áreas de competência da Vigilância Sanitária 42
QUADRO 2 Matriz 1 de Seleção de Problema..... 44
QUADRO 3 Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais..... 46
QUADRO 4 Apresentação estruturada das ações para melhoria da educação em vigilância sanitária: objetivos, ações e estratégias..... 47
QUADRO 5 Previsão de Equipe e Definição de Tarefas..... 49
QUADRO 6 Matriz de Descrição, implantação e execução das ações propostas..... 52
QUADRO 7 Matriz de monitoramento..... 54
QUADRO 8 Matriz de Indicadores de Saúde..... 55
QUADRO 9 Distribuição dos Recursos Financeiros para os entes federativos (Estado e Município)..... 59

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto aplicativo propõe, a partir da grande necessidade de aproximação da comunidade com a Vigilância Sanitária (VISA), que seja dada uma maior importância às ações educativas voltadas para o consumo seguro dos produtos e dos serviços prestados. Essa problemática foi identificada por profissionais que atuam nos entes federativos diversos (Federal, Estadual e Municipal), ocupando funções e posições diversas no que se refere à organização do nosso sistema de saúde.

O projeto aplicativo é construído de forma coletiva a fim de promover a transformação de um contexto real do trabalho e formação em saúde, por meio da articulação entre o conhecimento e a ação. Neste sentido e assentado sobre o desafio de incorporar as atividades educativas à rotina dos profissionais de Vigilância Sanitária, a proposta deste projeto segue esta tendência, que foi também percebida por outros órgãos de VISA do Brasil, como será abordado no item Referencial Empírico.

A relevância do tema reside no aprofundamento do estudo sobre ações educativas de vigilância sanitária a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e educação em prol da comunidade, viabilizando, consequentemente, a implantação de um olhar mais crítico de ambos os atores: profissionais de saúde e população. O que contribui para a eficácia e melhoria da promoção da saúde.

Um dos pontos abordados nessa produção textual discorre sobre as funções da vigilância sanitária, destacando, entre elas, a educação e comunicação em saúde para a população.

No intuito de facilitar a compreensão, antes de adentrar na proposta estabelecida, será feita breve explanação a respeito dos aspectos conceituais sobre educação permanente e popular como estratégia de mudança na abordagem pedagógica dos profissionais de saúde com enfoque comparativo entre metodologias de aprendizagem: tradicional e ativa.

Outro aspecto abordado nessa produção textual discorre sobre a importância de estratégias de comunicação em vigilância sanitária, levando-se em consideração a necessidade de reconhecer o território onde se pretende atuar, identificar qual o problema a ser trabalhado, definir o que se deseja comunicar, identificar quais são os interlocutores e suas potencialidades e definir recursos.

Em seguida, no referencial empírico, serão expostas experiências exitosas na área de educação em vigilância sanitária como possibilidade de oferecer maior concretude às argumentações desenvolvidas no presente trabalho.

Por fim, será explicada como se deu construção da proposta de intervenção com o objetivo de mudar a realidade de cada integrante do Grupo Afinidade 4, valorizando o desenvolvimento de capacidades que resultam em intervenções traçadas por um percurso

metodológico baseado na pesquisa participativa dos integrantes do referido grupo, na problematização de conceitos, identificação do problema central, causas e consequências bem como dos atores e suas atribuições para a concretização da proposta apresentada.

Dessa forma, o Grupo Afinidade 4, do curso de Especialização de Gestão da Vigilância Sanitária, apresenta a proposta de fortalecimento da educação em vigilância sanitária na comunidade, tendo como cenário o âmbito de atuação de cada membro da equipe, cuja composição é feita por profissionais da ANVISA, da Vigilância Sanitária: Estadual (Ceará) e Municipal (Fortaleza e Maracanaú).

Acreditamos que a referida proposta possa ser implantada em todas as localidades citadas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Fortalecer as ações de educação permanente em vigilância sanitária para a população em geral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver ações educativas utilizando ferramentas que promovam a ampliação do conhecimento em Vigilância Sanitária com base na gestão do risco.
- Incorporar a metodologia ativa de ensino-aprendizagem nas ações de educação em Vigilância Sanitária.
- Sensibilizar os principais atores sociais para a necessidade de implantação de um Plano de Ação voltado para educação sanitária.
- Aproximar a Vigilância Sanitária da população, proporcionando a formação de uma consciência sanitária, através da disseminação da informação, segundo o pressuposto ético de defesa e proteção da vida e da promoção da saúde.

3 REFERENCIAIS

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.1 Funções da Vigilância Sanitária na Proteção e Promoção da Saúde

Primeiramente, é oportuno tecer algumas considerações sobre a definição de saúde e de vigilância sanitária.

Durante muito tempo, saúde foi entendida como “ausência de doenças físicas e mentais”. Esse conceito serviu de base para a criação de sistemas e serviços de saúde centrados na assistência curativa individual, ou seja, no doente. Contudo, a Organização Mundial de Saúde passou a definir saúde como *“completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença".*

Vê-se, portanto, que a saúde passa a ser vista não somente sob a ótica assistencialista e curativa, mas também preventiva. Ou seja, é necessário promover e proteger a saúde da população do que remediá-la.

A promoção e proteção à saúde estão expressamente previstas no art. 196, da Carta Constitucional de 1988.

> Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde - SUS tem papel fundamental na proteção à saúde ao executar as ações de vigilância sanitária.

Dentre as atribuições do SUS estão inseridas as ações de vigilância sanitária, cuja definição encontra-se no artigo 6º, § 1º da Lei nº 8.080, de 19/09/1990.

> Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
> I - a execução de ações:
> a) de vigilância sanitária;
>
> (...)
> § 1º Entende-se por vigilância sanitária 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.

A vida na sociedade atual torna-se cada dia mais complexa. Espaços urbanos são

ocupados por produtos e serviços que colocam o cidadão numa posição de vulnerabilidade devido aos riscos sanitários e ambientais ligados direta ou indiretamente à saúde. O fato é que desde a hora em que acordamos lidamos com produtos e serviços que interferem em nossa saúde. Os cosméticos que utilizamos, os alimentos e medicamentos que ingerimos, o material de limpeza que usamos em casa, os serviços de saúde que frequentamos. É para essa gama de serviços e produtos que são consumidos que a vigilância sanitária dirige seu olhar. (CONASS, 2011, p.22)

Nesse sentido, as ações de Vigilância Sanitária são atividades típicas do Estado que as desenvolve através de funções.

a) normativas e regulatórias ao criar normas legais e infralegais (leis, decretos, resoluções, portarias);

b) de fiscalização do cumprimento dessas normas e punição dos infratores quando necessário; e

c) de educação e comunicação em saúde para a população

O presente trabalho ater-se-á a esta última função, por entender serem fundamentais as estratégias de educação e comunicação desenvolvidas para a população, orientadas para a construção de uma consciência sanitária calcada na saúde como direito a ser reivindicado por todos os cidadãos.

O direito à informação correta sobre benefícios e riscos dos objetos sob a vigilância sanitária integra o rol dos direitos do cidadão e do consumidor. Sendo assim, a Vigilância Sanitária deve não apenas fiscalizar, mas também divulgar informações adequadas e pertinentes. (COSTA, 2009, p.29)

3.1.2 Gestão da Educação em Vigilância Sanitária na Política de Educação Permanente do SUS

Diante desse prisma de relevância, a Gestão de Educação em Vigilância Sanitária deve identificar as necessidades de aprendizagem em vigilância sanitária e promover ações e estratégias nesta área. Para isso, é preciso revisitar a educação em saúde, através de uma mudança na prática educativa que deve ser vista sob uma nova abordagem pedagógica que estimule a reflexão crítica sob a realidade, a fim de transformá-la para o bem-estar da comunidade.

Cumpre destacar, ainda, que sob a coordenação do Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento – NEPEC/ANVISA/MS, foi elaborado importante documento intitulado - “Gestão da Educação em Vigilância Sanitária. Proposições Regionais” - que reúne, de forma consolidada, as proposições das regiões (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul) para a gestão da educação em vigilância sanitária tendo como fio condutor as Diretrizes a serem

adotadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para a Gestão da Educação em VISA, consoantes à Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do Sistema Único de Saúde que considera a indissociabilidade entre a Educação e o Trabalho.

A ANVISA, reconhecendo a necessidade de harmonização da gestão da educação no âmbito da vigilância sanitária em sintonia com as demais áreas do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborou as Diretrizes de Gestão da Educação em Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013 p.11) as quais foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e organizadas em quatro eixos:

EIXO I - GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SUS

EIXO II - MODELO DE ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCACIONAIS

EIXO III - GESTÃO DO TRABALHO

EIXO IV - PROCESSOS EDUCACIONAIS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Dentre os eixos acima citados, destacamos os PROCESSOS EDUCACIONAIS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA que devem:

- Estar em consonância com **princípios finalísticos e as diretrizes organizacionais do SUS,** fomentando o desenvolvimento de competências concernentes às **funções sociais** da vigilância sanitária.
- Considerar os princípios da Política de Educação Permanente em Saúde, segundo os quais "o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho".
- Priorizar **metodologias ativas de ensino-aprendizagem**, com vistas à aprendizagem significativa, valorização das respectivas culturas e espaços de trabalho como *locus* privilegiado para as ações educativas.
- Incorporar o **processo avaliativo** permanentemente nos programas educacionais de modo a **identificar os resultados** na prática profissional.
- Ser **priorizados** de forma a constituir itinerários formativos que consolidem a construção de conhecimento em vigilância sanitária.
- Possibilitar a **prática da pesquisa** em serviço, potencializando a investigação de problemas.
- Priorizar as instituições formadoras, considerando a articulação ensino-serviço e a necessidade de aprimorar a prática profissional.
- Contemplar também a **sociedade civil** e os setores produtivos. (BRASIL, 2013 p.17,18, grifo nosso)

Outro aspecto importante a considerar diz respeito às diretrizes contidas Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA que "é um instrumento de eleição de prioridades em Visa que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locorregionais." (BRASIL, 2007a).

Convêm esclarecer que o Plano Diretor é o resultado de um processo amplo e democrático de discussão e pactuação com as três esferas de governo, contemplando as

múltiplas visões e experiências dos gestores, profissionais de saúde e conselheiros, entre outros atores do SUS envolvidos nesse processo. (BRASIL, 2007a).

Observa-se a que o PDVISA enaltece, com razão, a importância de a Vigilância Sanitária desenvolver atividades de educação para a saúde, de democratização da informação, de transparência das suas ações e do estabelecimento de mecanismos de escuta da sociedade, possibilitando assim o incremento da consciência sanitária.

No que se refere à educação e comunicação em vigilância sanitária seguem algumas diretrizes traçadas pelo referido Plano:

- Promoção de ações educativas e de comunicação que possam difundir a Vigilância Sanitária como uma política pública e responsabilidade indelegável do Estado;
- Desenvolvimento de processos de educação e de comunicação social, destinados à conscientização da sociedade quanto ao consumo de produtos e à utilização de serviços que têm impacto na saúde, observando-se a diversidade cultural, regional e social do País;
- Sensibilização e qualificação dos trabalhadores de saúde, para atuação junto à comunidade, fortalecendo a compreensão, a mobilização e a informação em Vigilância Sanitária.
- Promoção de espaços compartilhados de atuação dos setores envolvidos na produção de saúde, fortalecendo parcerias intersetoriais e intra-setoriais, para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população.
- Promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário e na compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os aspectos da universalidade, do acesso, da democratização da informação, da comunicação e da transparência
- Fortalecimento e qualificação do controle social na temática de Vigilância Sanitária através: da garantia do acesso à informação em Vigilância Sanitária; aperfeiçoamento dos mecanismos de consultas e audiências públicas, a fim de possibilitar maior participação da sociedade na elaboração de normas sanitárias, nas três esferas de governo;
- Fortalecimento dos fóruns de discussão no âmbito da Vigilância Sanitária, com a participação dos órgãos de governo, do setor produtivo e dos segmentos da sociedade civil organizada; estímulo à constituição de grupos técnicos para aprofundamento, reflexão e elaboração de subsídios, relativos ao tema Vigilância Sanitária, visando potencializar os trabalhos dos Conselhos de Saúde;
- Desenvolvimento de ações educativas em Vigilância Sanitária para os conselheiros de saúde; articulação com os Conselhos de Saúde para a inserção da Visa de uma forma mais sistemática na dinâmica das ações pertinentes ao controle social; e incentivo à inserção da Vigilância Sanitária na composição do temário das Conferências de Saúde, nas três esferas de governo.
- Harmonização da Gestão do Trabalho e Educação em Vigilância Sanitária com as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;[...] (BRASIL, 2007a)

3.1.2.1 Interação entre Ações de Educação e Saúde por uma melhor qualidade de vida.

Sem dúvida, educação e saúde convergem para a produção de ações voltadas para uma melhor qualidade de vida de uma sociedade.

No tocante à saúde, conforme bem expressou Monteiro Lobato na Obra *Jeca Tatu: A Ressurreição (1918)*: “Um país não vale pelo tamanho, nem pela quantidade de habitantes. Vale pelo trabalho que realiza e pela qualidade da sua gente. Ter saúde é a grande qualidade de um povo. Tudo mais vem daí”.

A essa citação, acrescentaríamos também que ter educação e conhecimento é outra grande qualidade de um povo, haja vista que o aprendizado crítico e reflexivo transforma indivíduos em cidadãos aptos a reivindicarem direitos, incluindo o direito à saúde.

Conforme a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a educação.

> Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, **a educação**, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Brasil, 1990, grifo nosso)

Ainda sobre o tema, convém mencionar a Conferência Internacional em Promoção da Saúde da OMS, em Ottawa, em 1986, na qual foi verificado que os fatores determinantes influenciam na saúde do indivíduo; por este motivo, foi formulada a Carta de Ottawa (1986), que defende a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, assim como defende a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas é responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar coletivo.

A educação em saúde é de suma relevância para a democratização do conhecimento. As práticas desse campo de atuação contribuem, sobremaneira, para a construção da consciência sanitária, propiciando ao cidadão conhecimento sobre os riscos sanitários. (ROZENFELD, 2000, p.18).

Pereira (2003) aborda que ações educativas podem ser entendidas pelas práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, num processo reflexivo e crítico.

Nesse contexto a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9.394, 20/12/1996 estabelece que:

> Art. 35 – O ensino médio, etapa final da atenção básica terá como finalidades:
> III - o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico. (Brasil,1996)

É necessário que o Poder Público pense em como fazer Vigilância Sanitária (promoção e prevenção) colocando não somente o usuário do SUS de forma passiva, mas sim, trazendo-o para discussão de forma participativa. O Estado deve incentivar o agir autônomo das pessoas, através da transmissão do conhecimento, da informação e educação.

Estas práticas de informação, educação e comunicação têm sido aplicadas como forma de trabalhar a educação sanitária nas comunidades com a utilização de metodologias ativas baseadas no "aprender aprendendo", no "fazer com", utilizando muitas vezes a cultura popular.

Desta feita, faz-se necessário traçar diretrizes norteadoras da ação educativa em vigilância sanitária, para subsidiar a construção de planos, programas e projetos de educação em saúde, direcionados tanto para os profissionais de vigilância sanitária quanto para a população, considerando os vários segmentos da sociedade, respeitando a diversidade e as especificidades regionais.

A explanação aqui proposta pretende focar na comunidade que, por meio da educação sanitária, permite adquirir hábitos que melhorem sua qualidade de vida.

Portanto, é preciso repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, devem estar presentes nos processos de educação permanente em consonância com princípios e diretrizes do SUS.

> Observa-se que o princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do cidadão/usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos; e autonomia dos profissionais diante do desafio de comunicar-se com os colegas de trabalho e com a sociedade. O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico. (BRASIL, 2007b,p.07)

3.1.2.2 Educação permanente como estratégia de mudança na abordagem pedagógica dos profissionais de saúde

A Constituição de 1988, em seu artigo 200, inciso III, dispõe que ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 198 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores.

> "[...] A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho." (Brasil, 2004)

Em 2006, através da Portaria nº 399, foi divulgado o Pacto pela Saúde cujas diretrizes destacam o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde. Além disso, o apoio aos processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.

Em 2007, a Portaria nº 1.996 dispôs sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o escopo de adequar-se ao Pacto pela Saúde e às especificidades regionais.

Eis o que reza seu artigo 1º:

> Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.
> Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Neste contexto, as políticas públicas propostas pelo SUS, acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos, tiveram que repensar sobre qual modelo pedagógico deveria ser seguido para atender às novas diretrizes definidas no referido pacto no que se refere à "Educação Continuada" e à "Educação Permanente".

A Educação Continuada está relacionada ao método tradicional pedagógico no

setor de Saúde, e se caracteriza por:

> • representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
> • ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante;
> • centrada em cada categoria profissional, desconsiderando a perspectiva das equipes e diversos grupos e as necessidades da comunidade. (BRASIL, 2006, p. 43)

O enfoque pedagógico baseado na metodologia ativa de ensino, utilizado pela Educação Permanente, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo ao:

> • incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
> • modificar as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
> • colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
> • abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
> • ampliar os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.(BRASIL, 2006, p. 44)

Ainda sobre a temática aqui explicitada, é importante diferenciarmos duas metodologias de aprendizagem praticadas ao longo da história do processo educacional, a saber: tradicional e ativa.

Na **Metodologia Tradicional**, o processo ensino-aprendizagem se restringe, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe à retenção e repetição dos mesmos - em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) - tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão. (BEHRENS, 2005, grifo nosso)

Sendo o professor, o único responsável pela condução do processo educativo, uma autoridade máxima no que concerne às estratégias de ensino. (PEREIRA, 2003)

O aluno não participa do seu próprio aprendizado e muitas vezes não tem tempo para qualquer outra atividade que não seja estudar para as próximas provas. Essas também, por sua vez, tendem a verificar a quantidade e profundidade das informações adquiridas. (ABREU, 2009)

O Estudante é limitado ao conhecimento transmitido de forma vertical pelo professor. Há pouco espaço para reflexões críticas.

No contexto das novas tendências pedagógicas, a **Metodologia Ativa** é uma das

possíveis estratégias, para qual o aluno é o protagonista central, ou seja, corresponsável pela sua trajetória educacional e o professor apresenta-se como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem. (REIBNITZ, PRADO 2006, grifo nosso)

Na obra Emilio, de Jean Jacques-Rousseau (1712-1778), considerada o primeiro tratado sobre filosofia da educação no mundo ocidental, encontra-se o que se pode ter por prenúncio dos métodos ativos. Nela este pensador valoriza a experiência, devendo esta preceder a teoria, assim como o concreto à abstração. Diz que para sustentar a curiosidade do aluno não se deveria ter pressa em responder às perguntas. Propõe, ao invés disso, oferecer-lhe questões a resolver. Comenta ainda que "não há dúvidas de que se adquire noções mais claras e seguras das coisas quando se aprende por si mesmo do que quando se aprende pelo ensino dos outros". (ABREU, 2009)

A utilização de Metodologia Ativa é um desafio para os educadores, para que exerçam uma práxis criadora, na qual seja possível a formação de sujeitos crítico-reflexivos, corresponsáveis pela construção de seu próprio processo de aprendizado ao longo da vida. (MITRE SM, 2006). Sua utilização implica não somente conhecer os modos de operacionalização, mas fundamentalmente os princípios pedagógicos que a sustentam, ou seja, os princípios da pedagogia crítica. (PRADO, 2012)

A pedagogia crítica tem como um dos seus mais fortes representantes o educador Paulo Freire. Seus fundamentos têm subsidiado inúmeras experiências pedagógicas na área da saúde, tanto na educação profissional como na educação em saúde. Para Freire, o aluno precisa ser o protagonista de seu processo de aprendizagem e ao professor cabe a tarefa de despertar a curiosidade epistemológica. (PRADO, 2012)

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, o discente poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões.

Zanotto (2003) discute a problematização em Dewey, Saviani e Freire. Para o primeiro, é enfatizado o sujeito ativo, que precisa ter uma situação autêntica de experiência, com propósitos definidos, interessantes e que estimulem o pensamento. Após observar a situação, irá buscar e utilizar as informações e instrumentos mais adequados, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática. Para Saviani, a noção do problema se apresenta como em Dewey, porém a busca da resposta é

identificada com a reflexão filosófica, que impõe requisitos de radicalidade, rigor e globalidade relacionados dialeticamente. Já em Freire, a ação de problematizar enfatiza a ***práxis***, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações.

O processo ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear como uma somatória de conteúdos acrescidos aos anteriormente estabelecidos. Exige ações direcionadas para que o discente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação, enquanto requer do docente o exercício permanente do trabalho reflexivo, da disponibilidade para o acompanhamento, da pesquisa e do cuidado, que pressupõe a emergência de situações imprevistas e desconhecidas. (MITRE SM, 2006)

Diante o acima exposto, refletir sobre as práticas educacionais de saúde implica num novo pensar sobre formação dos profissionais envolvidos através da ruptura do modelo tradicional do processo ensino-aprendizagem.

Ao ensinar, o educador deve levar em consideração não só o conteúdo, mas também pensar numa estratégia eficaz para atingir o resultado satisfatório, a saber: a transformação da realidade a partir de uma mudança de comportamento com o compartilhamento de novos saberes e troca de experiências.

> Uma estratégia viável é transpor as fronteiras da sala de aula por meio de um modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica e a relevância social, com métodos ativos de ensino-aprendizagem centrados nos alunos; inserir a vivência prática, destinando parte da carga horária a reflexões e atividades com e nos próprios serviços de Saúde, com base na relação de parceria da universidade com os serviços de Saúde, com a comunidade, com as entidades e outros setores da sociedade civil. (FERREIRA, 2009)

Com efeito, é imprescindível considerar todos os atores sociais envolvidos no processo educacional, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território e que tenha como foco as necessidades apresentadas pelos usuários. Significa adotar uma postura política que contribua com os processos de construção da cidadania e da democracia em curso no país. Isso exige determinada postura relacional ou comunicacional entre os profissionais de saúde, os demais trabalhadores e a comunidade nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem na prestação do serviço. Ou seja, toda atividade executada pelos profissionais de saúde, incluindo os de vigilância sanitária, deve determinar-se pela concepção de saber ouvir o outro, identificar o problema e construir coletivamente o novo saber para transformar a realidade. (VASCONCELOS *et al.*, 2009**,** p.13)

Desse modo, o profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a

fundamentação do saber do outro, seus anseios, as relações causais determinantes das problemáticas de saúde por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico e cultural.

> "A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nessa dinâmica que se constrói um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação." (VASCONCELOS *et al.*, 2009,p.17)

A metodologia ativa é identificada no pensamento do sempre atual Paulo Freire que discorreu com sabedoria sobre o tema educação popular.

3.1.2.3 Educação popular

Compreende-se a educação popular, fundamentada no referencial teórico-metodológico freiriano, como uma concepção de educação, realizada por meio de processos permanentes de formação, que possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir da autonomia dos sujeitos.

A prática de saúde tem sido incorporada a algumas outras técnicas no intuito de melhor equalizar as diferenças existentes nesse setor. A Educação em Saúde que, é uma dessas práticas, busca a ruptura do modelo centralizador da prática em saúde para a tentativa de integralização entre a ação de serviços de saúde e o conhecimento dito "empírico" da população.

Os vários movimentos sociais, ora emergentes outra ora divergentes, ocorridos nos anos 70 no Brasil cujo o modelo de saúde prestado sofria expansão de suas práticas mercantilistas em virtude do governo militar, fizeram com que ocorresse uma aproximação entre o conhecimento popular e o científico. Esse método da Educação Popular, idealizado no país por Paulo Freire, mostra a busca por soluções alternativas no campo saúde que demonstra uma força de reivindicação popular ao descaso do Estado na área de saúde.

Com a abertura política dos anos 80, o processo de democratização do país criou o Sistema Único de Saúde – SUS, cujo conhecimento e as práticas de saúde são institucionalizados. Dessa maneira o conhecimento popular teve que se adaptar ao novo modelo de complexidade institucional e da vida social nas grandes cidades. Nesse novo contexto, o método de Educação Popular passa a ser uma ferramenta para a tentativa de elaboração e ampliação das práticas de participação popular no gerenciamento das políticas públicas.

Uma dessas metodologias adotadas é o aprendizado adquirido por profissionais de

saúde no contato com a população e, esse conhecimento pode, inclusive, orientar os grandes meios de comunicação de massa nas suas práticas educativas. No entanto, no contexto atual, que é preciso ser urgentemente reavaliado, grandes campanhas educativas em saúde ainda são organizadas por grandes instituições de comunicação que utilizam basicamente o conhecimento técnico em suas campanhas e, deixa assim, o conhecimento popular à margem desse novo paradigma.

Paulo Freire é um dos pioneiros desse movimento de Educação Popular no Brasil que não quer dizer, em hipótese alguma, que seja uma educação informal. Na verdade, traduz a interlocução do conhecimento adquirido no dia a dia de vários atores envolvidos (professores, alunos, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) que expressam uma forma coletiva de aprendizagem e investigação, de forma a trazer para cada um dos envolvidos uma capacidade de análise crítica situacional.

Freire nos leva a repensar a educação como opção democrática necessária ao desenvolvimento autônomo do aluno, ao afirmar que o espaço pedagógico é um texto para ser constantemente 'lido', 'interpretado', 'escrito' e 'reescrito'. Neste sentido, quanto mais solidariedade exista entre o educador e educandos no 'trato' deste espaço, tanto mais possibilidades de aprendizagem democrática se abrem na escola. (FREIRE, 1996, p.38). Afinal, o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. (FREIRE, 1996, p. 25)

O mesmo autor assinala, ainda, outra prática inerente à educação democrática: o saber escutar o outro.

> "Se na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com ele". (FREIRE. 1997, p. 127)

A Educação popular segundo Gadotti (2012) está baseada na criação de uma nova epistemologia, baseada no profundo respeito pelo senso comum que trazem os setores populares em sua prática cotidiana, problematizando-a, tratando de descobrir a teoria presente na prática popular, teoria ainda não conhecida pelo povo, problematizando-a também, incorporando-lhe um raciocínio mais rigoroso, científico e unitário. Busca, portanto, através do conhecimento adquirido do educador, bem como da conscientização do que ele representa nesse processo, a construção de uma sociedade mais justa, na qual a subordinação seja alternada por um modelo mais consciente, solidário e participativo.

Com o passar do tempo, a Educação Popular vem ganhando uma nova roupagem e, assim, o biologismo, o autoritarismo da prática em saúde passa a se contrapor às experiências vividas e com o conhecimento adquirido, como instrumento de construção de

ação de saúde mais integral e mais adequado à vida da população.

E nessa perspectiva a Educação Popular não seria mais uma prática a ser incorporada ao Sistema Único de Saúde – SUS, mas sim, uma reorientação da prática usual autoritária e prepotente do modelo biomédico. Em outras palavras, se cada indivíduo pode se inserir nesse contexto e consegue se identificar no mesmo, ele poderá reorientar o gerenciamento dos serviços prestados em direção a uma saúde integral.

A Educação Popular não pode e nem deve ser conceituada como uma estratégia informal de construção de novas práticas de saúde. Na verdade, o termo "popular" significa que cada indivíduo considerado subalterno no modelo autoritário vigente das práticas de saúde, passa a constituir uma peça fundamental nesse processo, dotado de saber e que, portanto, sua participação é fundamental para a ampliação de uma gestão participativa no SUS.

É isto, aliás, o que defende Paulo Freire na sua ótica de Educação Popular. Ou seja, o sujeito deve ser transformado em agente político que deve ser um indivíduo participante e ativo na transformação do mundo e de sua história através de uma pedagogia libertadora que supõe a superação da visão mecanicista das práticas de saúde.

Não há conscientização se, de sua prática não resulta a ação consciente dos oprimidos, como classe explorada, na luta por sua libertação. Por outro lado ninguém conscientiza ninguém. O educador e o povo se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e subsequente no processo de luta. (FREIRE, 1982, p. 109-110)

Verificamos, então, que a principal marca de Paulo Freire foi à requalificação do conceito de Educação Popular como proposta de uma educação libertadora mediada através de uma reflexão crítica de uma prática educacional, por meio da qual o educador, no seu dia a dia, não apenas transmite o conhecimento, mas também o recebe. Vejamos então o que foi dito sobre o tema em comento:

> "Nesse sentido, ensinar não é transferir conhecimento, conteúdos, nem formar a ação pela qual um sujeito criador dá forma, alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender." (FREIRE, 2011, p. 104)

Nessa concepção, a Educação Popular é na verdade uma ferramenta de uma política educacional libertadora na qual o indivíduo estando ciente do seu papel e da sua importância política e social desenvolve mecanismos e propostas de construção autônoma de uma sociedade mais justa e igualitária, onde os serviços prestados pelo Estado possam estar pautados na transformação da consciência dessa sociedade para uma luta contra ordem

hegemônica. E assim, deve ser realizada nas diversas esferas, seja pelo conhecimento científico ou pelo conhecimento empírico produzido nas relações sociais.

É sempre bom lembrar que:

> "O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico." (SÃO PAULO, 2001, p 19)

Ainda segundo o educador Paulo Freire, a comunicação é elemento fundamentalpois é ela que transforma seres humanos em Sujeitos. Freire estabelece a relação entre comunicação e educação, na medida em que esta última é vista como um processo daquela, já que é uma construção partilhada do conhecimento mediada por relações dialéticas entre os homens e o mundo. (SARTORI e SOARES)

3.1.3 Comunicação em Vigilância Sanitária

Utilizando ferramentas como os meios de comunicação e a publicidade, o sistema produtivo oferece seus produtos à venda, configurando um verdadeiro complexo mídia-indústria, mas, por outro lado, circulam informações de proteção da saúde, oriundas de diversas outras fontes, conformando-se uma ampla e diversificada arena de disputa simbólica entre o consumo dos produtos e o seu risco para a saúde da população.

Os interesses de ordem econômica e de ordem sanitária entram em conflito, pois, interesses de preservação da saúde muitas vezes esbarram com aqueles de crescimento econômico, que necessariamente requerem expansão do mercado de consumo. (RANGEL-S, 2009)

O consumidor/usuário dos produtos ou serviços prestados apresenta-se vulnerável em relação ao risco vinculado à aquisição de determinado produto ou utilização de um serviço, pois devido à carência de informações, muitas vezes, falta-lhe uma análise crítica sobre a sua devida apresentação, propaganda, comercialização e até mesmo sobre a real necessidade de utilizar/adquirir um produto ou serviço.

O modelo atual vigente imputa ao cidadão a responsabilidade por escolhas inadequadas. Por outro lado, a ausência de informação ou a informação equivocada também cerceiam a sua capacidade de escolha. O cidadão, hoje, só consegue ter maior visibilidade quando a situação toma repercussão midiática, na medida em que faz sua voz ecoar, fazendo com que as relações setoriais melhor se reorganizem para solucionar determinados problemas. (MARINS, 2009, p.177)

> O direito à informação e à comunicação não pode estar dissociado do direito à

> saúde e por mais que as normas preconizem até associação, as diretrizes só se tornarão práticas na medida em que atores sociais disponibilizarem canais concretos que façam a informação circular. (MARINS, 2009, p.4)

Segundo Marins (2009), uma das razões da resistência da prática que centraliza a palavra pode ser porque a busca por uma nova abordagem, que discuta a prática comunicativa nas políticas públicas de saúde, possa promover interferência em interesses hegemônicos. Outra possibilidade é que o processo de construção hegemônica tenha sido tão bem sucedido, naturalizando a concepção de comunicação transferencial de tal forma, que debilita qualquer iniciativa de contraposição. Seja por qual motivo for, não é fácil desenvolver trabalhos que ponham em xeque uma prática tão sedimentada.

A Vigilância Sanitária se defronta com a necessidade de regular a oferta de bens, produtos e serviços, levando em consideração os aspectos econômicos, políticos e sociais. Ela assume uma função mediadora entre os interesses financeiros e os interesses da saúde, cabendo-lhe avaliar e gerenciar os riscos sanitários, de modo a proteger a saúde dos consumidores, do ambiente e da população como um todo. (RANGEL-S, 2009)

O desenvolvimento desse conjunto de ações se faz mediante a comunicação, que se torna fundamental, tanto para promover coerência interna ao sistema de Vigilância Sanitária, como na sua relação com a população e o setor produtivo. (RANGEL-S, 2009)

> Segundo Marins (2009, p.2), no processo de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a garantia da descentralização na execução das ações e serviços é a prática dialógica entre as três esferas de governo em conjunto com os outros segmentos da sociedade. Hoje, existe uma necessidade de que as práticas em Vigilância Sanitária não sejam reduzidas apenas a seu caráter normativo e fiscalizador, fator que contribui para uma imagem negativa da Vigilância Sanitária. Assim, é importante refletir sobre uma Vigilância Sanitária que também favoreça o diálogo entre os setores e propicie ressonância às demandas do cidadão.

Externamente, na relação com a sociedade, a comunicação da VISA se faz com produtores e distribuidores, de forma reguladora. Neste caso, podemos dizer que a Vigilância Sanitária realiza uma *comunicação normativa*, ou seja, aquela que tem por objetivo divulgar e executar normas e procedimentos para a produção e circulação de bens de consumo que afetam a saúde, bem como ações e intervenções corretivas sobre produtos danosos à saúde disponibilizados no mercado. Além disso, alia-se à sua ação fiscalizadora uma *comunicação educativa* que se dirige também à correção normativa de condutas do setor produtivo e medidas preventivas. Ainda externamente, sua comunicação se faz com os consumidores, com o objetivo de dar visibilidade pública para a ação reguladora e divulgar informações à sociedade para a proteção e promoção da saúde. (RANGEL-S, 2009)

Um dos pontos críticos da comunicação em VISA diz respeito à participação social

na Gestão do Sistema de Saúde. Geralmente, os Conselhos de Saúde pouco conhecem as ações de VISA, possuindo pouca ou nenhuma capacidade de influência sobre a área. A pouca ênfase à participação convive de modo coerente com um *habitus* interno de comunicação, pautado no controle da informação. Internamente há pouca integração entre as Vigilâncias Sanitárias no âmbito do SUS e entre os outros setores, dificultando o conhecimento mútuo e a troca de informações, bem como a possibilidade de ações intersetoriais e a participação da sociedade. (RANGEL-S, 2009)

Marins (2009, p.3) relata que "a concepção do que se denomina "comunicação em saúde" aproxima-se, em alguma medida, do que poderíamos chamar de "adestramento": ao ditar comportamentos, atitudes e práticas, acaba-se por cercear o desenvolvimento da capacidade de reflexão das pessoas".

De acordo com São Paulo (1997, p.19), a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da sua qualidade de vida.

Seguindo ainda este contexto, (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2007 apud RANGEL-S, 2009):

> [...] as práticas de comunicação são predominantemente autoritárias e normatizadoras, pretendendo-se alcançar mudanças de comportamento e atitudes, com pouca sensibilidade para as diferenças socioculturais que podem explicar a baixa "adesão" da população aos objetivos pretendidos. O saber técnico muitas vezes é imposto, entrando em conflito com os modos de ver e viver dos distintos grupos sociais.

Para Freire (1978, p. 78-79 apud SARTORI e SOARES): "O educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em dialogo com o educando que, ao ser educado, também educa. [...] Os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo."

Há duas formas de entender o termo comunicação: "Ato de informar, de transmitir, de emitir", do verbo COMUNICAR; ou "Diálogo, intercâmbio, relação de compartilhar, de se achar em correspondência, em reciprocidade", do verbo COMUNICAR-SE. (São Paulo, 1997, p.34)

Comunicação significa "colocar em comum algo com o outro". É algo que se compartilha. No ato de comunicar, a pessoa ou o grupo que inicia o processo o faz com uma intenção ou objetivo. Apela ao mesmo tempo para seu repertório de ideias, conhecimentos, experiências e emoções que deseja tornar "em comum". Identifica os sinais e/ou códigos, para

com eles representar o que deseja compartilhar. Escolhe uma forma que julga efetiva para elaborar uma mensagem que tenha significado para quem recebe. (São Paulo, 1997, p.34)

> Seguindo esta mesma linha de pensamento, Marins (2009, p.25) descreve que a comunicação é definida pelo sentimento de partilha, é o processo de construção em comum com o outro, embora não necessariamente este comum envolva concordância em relação aos significados e resultantes do ato comunicativo. Isto se deve ao fato que cada consciência envolvida está atribuída de particularidades e experiências pessoais. A construção do comum torna-se possível pelo exercício do diálogo, mediado pela linguagem.
>
> Diversos pesquisadores da área da comunicação em saúde, como Inesita Araújo, Janine Cardoso, Áurea Pitta, Brani Rozemberg e Fausto-Neto apontam que o processo comunicativo não pode ser compreendido como um processo fechado e organizado, pois a comunicação tem amplitudes maiores, dinamismos e interações. Na "atmosfera" em que a comunicação toma concretude, é importante considerá-la como um espaço intercambiável entre os múltiplos atores, com múltiplas relações, com múltiplos contextos, com múltiplas vozes, por isto mesmo, polifônico. (Marins, 2009, p.28)
>
> A **informação**, a **educação** e a **comunicação** em saúde formam um triângulo equilátero perfeito, cujo ponto de encontro das alturas (equilíbrio), denominado ortocentro, é o direito à saúde, por isso podemos fazer esta analogia. Na verdade, ao se pensar um modelo que contemple a participação da sociedade e o exercício do controle social para a saúde, deve-se perceber que a educação, a informação e a comunicação são os vértices estruturantes. (Marins, 2009, p.37, grifo nosso)

"Em relação à **educação**, no âmbito das políticas de saúde pode ser entendida como a forma de apropriação da informação, que a partir da realidade individual é tornada própria, tomando-se assim posse da informação." (Marins, 2009, p.37, grifo nosso)

> Se a **comunicação** faz circular, trocar, partilhar, negociar; a **informação** é o objeto, ou seja, o circulante, o partilhado, o negociado, em alguns casos, o "objeto de desejo", pode-se atribuir ao uso da informação inclusão ou exclusão, podendo-se mesmo dizer que a informação tem a capacidade de "empoderar", ou seja, atribuir poder. (Marins, 2009, p.37, grifo nosso)

"Nesta perspectiva, quando estes três pilares de fato estruturam as ações de saúde, o cidadão deixa de ocupar uma posição vulnerável e passa a ser uma voz ativa e transformadora sobre a realidade que na maioria das vezes lhe é imposta". (Marins, 2009, p.37)

Esse processo educativo supõe, por parte dos técnicos que dele participam, competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social. Portanto, boa vontade só não basta. (SÃO PAULO, 1997, p.28)

> Tal como a comunicação e de forma associada a esta, a educação em saúde é

> um campo com muitas articulações e implicações, tanto por ser antecedida pelas questões postas pela chamada educação formal, aquela adquirida durante a vida, como porque entre a educação em saúde e o cidadão existem vários fatores, como o investimento econômico e político na área, a participação do profissional em saúde, recursos materiais e tecnológicos, participação da escola, da mídia, dos setores regulados e do cidadão. (Marins, 2009, p.41)
> Quando se discute a necessidade de se articular às ações do Estado seu papel regulador e fiscalizador sobre as relações entre o setor regulado e a sociedade, parte-se da premissa da instituição de uma comunicação dialógica, na qual a informação é irrestrita, os interlocutores participam ativamente na construção das políticas públicas e os interesses individuais não estão sobrepostos aos interesses coletivos, como forma de garantir aos indivíduos o direito à saúde. (Marins, 2009, p.44)

É um desafio combinar estratégias de comunicação articulando os interesses econômicos do mercado, o conhecimento técnico-científico e o senso comum, buscando conhecer o que se pode chamar de seu *habitus* e situação comunicacional, com o objetivo maior de aproximar-se do público com quem interessa interagir. (RANGEL-S, 2009)

Em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validez e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses. (SÃO PAULO, 1997, p.28)

O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, predeterminado pelo pólo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que **o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico,** enquanto instrumento do próprio processo. (SÃO PAULO, 1997, p.28, grifo nosso)

A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. [...] O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada. (SÃO PAULO, 1997, p. 28)

Sobre a realidade da atual prática comunicativa, Marins (2009, p.181) faz os seguintes questionamentos e colocações:

> Assim, frente às demandas de mercado e as demandas do cidadão, quem está sendo mais ouvido? Quem hoje ocupa um lugar de interlocução mais central, mais favorecido? Hoje, a definição de normas, a implementação e a fiscalização identificam-se com as necessidades do cidadão com vias à proteção de risco? Não nos referimos ao risco sanitário apenas, mas ao risco da informação que ainda gera dúvidas, equívocos, falta de clareza.
> Isto pode gerar um grau de descrédito setorial, principalmente quanto à eficiência dos órgãos públicos, na garantia dos direitos do cidadão, além da imagem do setor público estar sendo construída como ineficiente e comprometida com os interesses do setor produtivo.
> Desta forma as políticas públicas devem arbitrar sobre as regras do mercado visando à proteção da saúde do cidadão, mas não podem ser arbitrárias, tendo em vista que no Estado democrático a definição de normas busca o consenso entre os segmentos sociais, sem ser arbitrária em relação ao direito a saúde.

A Vigilância Sanitária depara-se com a complexidade de uma sociedade multicultural, heterogênea, complexa, cujos hábitos, atitudes, valores e comportamentos variam enormemente com relação ao consumo, aos níveis de educação e de informação e à compreensão da proteção e promoção da saúde, além do papel da Vigilância Sanitária. (Rangel-S, 2009)

> Quando pensamos em um sistema de comunicação que dê visibilidades às práticas em Vigilância Sanitária, pensamos em um sistema integrado pela prática dialógica entre os setores e não apenas balizados por normas jurídicas. Sem dúvida nenhuma elas orientam a ação, mas quem as traduz em práticas são os interlocutores, aqui oriundos de espaços sócio-discursivos competentes para a definição a implementação delas. Assim, os dispositivos legais, ao traduzirem demandas coletivas, devem ser operacionalizados na busca de uma factibilidade, sustentabilidade, responsabilidade e compromisso ético com a saúde coletiva. (Marins, 2009, p.226-227)

"A legitimidade é um elemento fundamental em qualquer processo de comunicação. Nenhuma legalidade se impõe sem legitimidade, a não ser pela força […]." (Marins, 2009, p.228)

É necessário construir relações de confiança, de credibilidade, entre as Vigilâncias Sanitárias e a sociedade, o que implica em reconhecer os sujeitos da comunicação – profissionais e indivíduos na sociedade -, pois todos os atores têm esquemas de referências, isto é, têm sua história, tradições, experiências, bagagens de conhecimentos, interesses e valores com os quais interpretam os riscos à saúde. No processo de socialização, os sujeitos desenvolvem experiências e performances comunicativas, que são próprias de sua instituição ou do seu grupo social ou cultural, em que os discursos ganham sentido. (Rangel-S, 2009)

Para o sucesso da atividade comunicativa, é de grande importância que haja o interesse e o envolvimento dos cidadãos, Estado e setor regulado. Deve ser trabalhado um sistema em que todos os atores tenham a oportunidade de manifestar seus interesses, suas inquietudes e carências, o que daria a oportunidade de que cada um deles compreenda o que

se passa nos outros lados da cadeia de consumo, entendendo que os interesses são heterogêneos, mas não necessariamente opostos.

De acordo com Marins (2009, p.47), "[…] não se constroem políticas, não se implementam ações e não se exerce cidadania, se a comunicação não se fizer presente."

Cumpre esclarecer que os meios de comunicação (rádio, TV, jornais, revistas e Internet) comprometidos com a promoção da saúde podem ser importantes aliados dos cidadãos.

Vivemos num Estado Democrático de Direito cujas políticas de saúde devem proporcionar ao cidadão acesso às ações e serviços de prevenção e de promoção e recuperação da saúde. Quando a população é devidamente informada, sabe exigir qualidade dos produtos e serviços prestados através do SUS.

A Comunicação em Saúde surge como uma estratégia para munir indivíduos e coletividade de informações. Reconhece-se que a divulgação da informação é importante para favorecer mudanças no pensamento do consumidor dando-lhe subsídios para conhecer melhor o produto que está exposto à venda para seu consumo ou serviço prestado. O acúmulo de informação faz parte de processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida.

Vale lembrar que o processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças no contexto democrático. O cidadão informado é um aliado na promoção da saúde.

Deve-se ter em mente que a comunicação deve ser clara e objetiva, tanto internamente entre os órgãos da administração pública quanto externamente setor regulado e coletividade em geral. A comunicação de qualidade é um poderoso instrumento de promoção da saúde. A informação aliada a um processo eficaz e eficiente de comunicação se transforma em um instrumento capaz de modificar a consciência do homem e da sociedade. (FRANCO, 2005)

No campo da saúde, o direito a informação é tão importante, que a partir dos anos 90, passou a ser garantido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19/09/1990, constam em seu artigo 7º, incisos V e VI:

> Art.7º
> (...)
> V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
> VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

Como bem assinala o médico Christian Gauderer:

> "Quanto mais informada uma pessoa, mais opções e escolhas terá,

> consequentemente mais livre irá se sentir, pois a informação liberta o indivíduo das trevas da ignorância, já a desinformação perpetua o claustro. A informação é a base da decisão, do julgamento e da ponderação. É com ela que aprendemos e podemos questionar, levantarmos novas hipóteses e possibilidades, diminuindo consequentemente a margem de erro e aumentando os acertos. A informação soma, acrescenta, logo faz crescer." (GAUDERER, 2013)

Nesse sentido, urge repensar a ação de vigilância sanitária, não somente com base no poder de polícia, mas também no sentido de informar, instruir, orientar. Ação de fiscalização é prescritiva, na medida em que impõe a aplicação da legislação sanitária, mas neste momento o fiscal pode orientar e informar o setor regulado para melhorar a qualidade do serviço. As estruturas de serviços devem utilizar o recurso da comunicação para interagir com a população a que serve.

3.2 REFERENCIAL EMPÍRICO

O referencial empírico consiste na necessidade de se obter acesso a outras fontes como, planos e projetos de experiências exitosas em educação em vigilância sanitária.

Seguem abaixo algumas experiências exitosas na área de educação em vigilância sanitária.

3.2.1 Educanvisa

Educanvisa é um projeto desenvolvido pela ANVISA que prepara os profissionais de Educação da rede pública e de Vigilância Sanitária para que possam disseminar conceitos de saúde, como a prevenção aos riscos associados ao consumo de medicamentos e de alimentos industrializados. As escolas e os núcleos de Visa que se interessam pela proposta do projeto entram em contato com a ANVISA. A parceria firmada entre a Agência e as Secretarias de Educação e de Saúde possibilita a implantação do referido projeto.

A capacitação dos professores e coordenadores foi realizada pela ANVISA que também faz o fornecimento regular de material didático. Esses recursos permitem que os professores disponham de meios para abordar e estimular a discussão dos temas da Vigilância Sanitária em sala de aula.

O projeto busca romper a visão popular tradicional de que Vigilância Sanitária é apenas o controle de higiene em bares e restaurantes. Procura promover, por intermédio de atividades preventivas, a saúde da população democratizando informações sobre danos, riscos, legislação, dentre outras. Os temas abordados são: saúde e educação; vigilância sanitária; medicamentos e uso racional; alimentação saudável; agrotóxicos e propaganda e consumo de alimento e medicamentos

É preciso que os gestores viabilizem junto às redes de saúde e educação, ações como mutirões, ações integradas ao Programa Saúde da Família, semanas de saúde, mostras culturais, cartilhas educativas, gincanas, textos e poesias sobre o assunto. Lembrando que o maior parceiro para estas ações é uma comunidade envolvida e sensibilizada.

A parceria com a sociedade é fundamental para a concretização das ações de vigilância sanitária visto que estas tem seu campo de atuação relacionado à defesa do consumidor real ou potencial de produtos e serviços, garantindo o direito do cidadão a uma vida saudável.

3.2.2 Mostra Cultural "Vigilância Sanitária e Cidadania"

A mostra cultural "Vigilância Sanitária e Cidadania", idealizada pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Cecovisa/Ensp/Fiocruz) foi proposta à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e ao Centro Cultural da Saúde do Ministério da Saúde (CCS/MS) como um espaço de comunicação com a sociedade para o fortalecimento da cidadania.

Conforme destacou Dirceu Raposo em pronunciamento na referida mostra, de forma lúdica, por meio de humor e interatividade o intuito é mostrar o quanto a vigilância sanitária está presente no cotidiano das pessoas - nos produtos que consomem, nos serviços que frequentam e no ambiente em que vivem - e o quanto sua falta pode resultar em problemas de saúde ou em eventos geralmente dolorosos.

Eventos como estes servem para construir um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de melhor qualidade que articule órgãos públicos, setores externos à saúde, atividades sujeitas à vigilância sanitária e a população. Despertando ainda na sociedade vontade de melhor se organizar para reivindicar seus direitos de cidadão.

Referida Mostra esteve presente no IV - Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa) no qual foi lançada uma série de histórias em quadrinhos (gibis) do Inspetor Silva, personagem criado no curso de Aperfeiçoamento em Bases Legais para Ações de Saúde, ministrado no Programa de Direito Sanitário Fiocruz -DF.

Os gibis trazem historinhas que retratam situações corriqueiras e que trazem questões importantes sobre vigilância sanitária. Ao longo dessas historinhas, o Inspetor Silva faz uma série de esclarecimentos sobre as práticas de vigilância sanitária e ainda orienta o usuário sobre a legislação referente àquele assunto.

Figura 1 - Série de Gibis do Inspetor Silva.

Fonte: Programa de Direito Sanitário. (Fiocruz-DF)

3.2.3 Capacitação com as merendeiras das Escolas Estaduais do Ceará

Em 2012, foi realizado trabalho com As Merendeiras das Escolas da 5° CRES – COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE pelas técnicas do NUVIS – Núcleo de Vigilância Sanitária do Estado que realizaram uma dinâmica em grupo baseada na apresentação sobre Educação em Saúde para Manipuladores de Alimentos das Escolas Públicas de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 216/2004, que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

Participaram da Abertura: a Secretária de Educação; o Coordenador da CRES (Coordenadoria Regional de Saúde), os Técnicos de Vigilância do Município de Canindé e as Nutricionistas responsáveis pela merenda escolar dos Municípios da 5° CRES (Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti) com aproximadamente 500 participantes.

Ao iniciarem as técnicas distribuíram Cartilhas Educativas, abordaram o Tema através de apresentações teóricas e dinâmicas relacionadas às Boas Práticas de Manipulação.

Foram discutidos os Meios de contaminação das DTAs - Doenças Transmitidas por Alimentos, a Importância das Boas Práticas, o Conceito de Contaminação, o Local de Trabalho, Cuidados com a Água e com o Lixo, Saúde dos Manipuladores, Higienização das Caixas d'águas, a Lavagem Correta das Mãos, estrutura e higienização do ambiente de trabalho e como deve ser servida a comida depois de pronta.

Durante a apresentação Teórica teve transmissão de filmes e dinâmicas sobre os determinados assuntos, por último houve uma Avaliação em grupo através de um questionário que foram tiradas as dúvidas sobre o assunto.

3.2.4 Criando a consciência sanitária através de capacitações para manipuladores de alimentos – Campina Grande - Paraíba

Durante os anos de 2007 a 2009, a VISA realizou diversas capacitações sobre a manipulação correta dos alimentos, para o setor regulado. Os temas abordados foram as Boas Práticas baseadas na Resolução - RDC N° 216/2004, da ANVISA (higiene, armazenamento, manipulação, e contaminação dos alimentos, perigos relacionados, controle de pragas, cuidados dos manipuladores, etc.) (PARAÍBA, 2010)

Os recursos usados nestas capacitações foram: palestras, dinâmicas de grupo e vídeos. No total foram capacitados 330 manipuladores dos seguintes ramos de atividades: manipuladores de alimentos das feiras livres (setor de hortifrutigranjeiros, cerealistas, mercearias e comerciantes de carnes, leite e derivados), manipuladores de alimentos de pizzarias, lanchonetes e manipuladores do comércio informal de alimentos instalados em duas grandes praças da cidade.

Após as capacitações, os técnicos da vigilância sanitária voltaram nos

estabelecimentos que tiveram manipuladores capacitados. Os resultados foram: do setor de pizzarias e lanchonetes, 58% passou a adotar as boas práticas na sua rotina de trabalho, melhorando as condições higiênico-sanitárias. Houve uma boa adesão dos manipuladores do comércio informal de alimentos, aos conhecimentos adquiridos, representando 60% deste grupo capacitado. Quanto aos feirantes, não houve melhora significativa nas condições higiênico-sanitárias dos seus estabelecimentos, apenas 23% deles colocaram em prática os conhecimentos adquiridos. Todos esses dados foram comparados com dados obtidos na realização da primeira visita.

3.2.5 Projeto Estadual do Rio Grande do Sul: Pequenos Vigilantes

O projeto "Pequenos Vigilantes" ensina as crianças a adotar hábitos saudáveis de maneira divertida. A iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, por meio do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, aborda temas como controle de qualidade e rotulagem dos alimentos e higiene ambiental.

Este projeto figura-se como um instrumento de extrema importância, pois contribui para mudança de paradigma dos profissionais que trabalham em Vigilância em Saúde.

Participaram 95 alunos cursando a 4ª série, da E.M. Larry J. R. Alves- POA. As oficinas foram divididas entre duas teóricas (com duração de 90 min. cada), contemplando assuntos como: noções básicas de vigilância sanitária, alimentação saudável, contaminações alimentares e suas complicações, higiene pessoal, produção e rotulagem dos alimentos, preservação do meio ambiente, reciclagem, direitos e deveres do cidadão e o combate a dengue. Foram utilizados: fantoches, cartazes, músicas e apresentações em *PowerPoint*. Nas atividades práticas, visitou-se um produtor rural e um supermercado. Ao final do trabalho, realizou-se uma formatura e as crianças envolvidas receberam certificado de participação, mochila, boné, camiseta, cartilha, revista e *folders*.

O projeto buscou estimular nas crianças do ensino fundamental o exercício e a observância de seus direitos e deveres como cidadãos e consumidores; tornar as atribuições da Vigilância em Saúde conhecidas entre os escolares do ensino fundamental; fomentar a educação em saúde no ensino público; multiplicar os conceitos trabalhados no projeto nas comunidades, com os familiares das crianças.

Apesar de ter havido pouco tempo de assimilação por parte das crianças com somente duas oficinas teóricas. Mesmo assim, o resultado foi tão favorável que repercutiu nos meios de comunicação e iniciaram-se discussões com a Secretaria Municipal da Educação para incluir o projeto permanentemente nas escolas do município de Porto Alegre.

Ao final do trabalho, realizou-se uma avaliação através de um questionário, que resultou em: 98% gostaram dos assuntos abordados, 54% sentiam-se capazes de ensinar para pais e amiguinhos o que aprendeu e 85% se consideram um pequeno vigilante a partir do

projeto. Os estabelecimentos visitados acreditaram que o projeto contribuiu 100% para o seu aprimoramento e os educadores consideraram o projeto 100% viável para aplicações futuras. (RIO GRANDE DO SUL,2010)

Vistos os referenciais teóricos e empíricos, vamos agora discorrer detalhadamente sobre a proposta de intervenção do Grupo Afinidade 4.

4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto aplicativo é uma produção do tipo pesquisa participativa que envolve o Grupo Afinidade 4 na seleção, pactuação e caracterização de um problema para a construção de uma proposta de intervenção na realidade, com escopo na melhoria da qualidade e segurança na saúde.

A proposta de intervenção apresenta como justificativa a inquietude dos discentes do Grupo Afinidade 4 do Curso de Especialização de Gestão da Vigilância Sanitária diante do desconhecimento de grande parte da população sobre VISA.

Na realidade vivenciada pela maioria dos integrantes do grupo nos seus cenários de atuação, observamos que não há o desenvolvimento organizado dos processos educacionais direcionados à população, que detém uma visão distorcida e/ou limitada sobre o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária.

Dentro dessa contextualização, surgiu a preocupação, enquanto discentes de um curso de pós-graduação, em propor algo que pudesse contribuir com essa realidade e tentar melhorar essa situação. Dessa forma, o Grupo Afinidade 4, do curso de Especialização acima citado, apresenta a proposta de fortalecimento da educação em vigilância sanitária na comunidade tendo como cenário o âmbito de atuação de cada membro da equipe que é composta por representantes da ANVISA, VISA Estadual e VISA Municipal de Fortaleza e Maracanaú. Acreditamos que a referida proposta possa ser implantada no plano de ação em todos os cenários citados.

Cumpre ressaltar que as discussões do grupo tiveram como embasamento inicial o perfil de competência do especialista em Gestão da Vigilância Sanitária representado pela articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional:

- Gestão do risco sanitário;
- Gestão do trabalho em vigilância sanitária;
- Educação em vigilância sanitária.

Cada uma dessas áreas é representada por um conjunto de ações-chave que são traduzidas em desempenhos, conforme Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Áreas de competência da Vigilância Sanitária

Área	Ações chave
Gestão do risco à saúde	• Identifica e analisa situações de risco à saúde
Gestão do trabalho em Visa	• Analisa a conjuntura e prioriza necessidades de saúde e problemas sanitários • Organiza os processos de trabalho em vigilância sanitária
Gestão da educação na Visa	• Identifica necessidades de aprendizagem em vigilância sanitária • Promove e avalia ações educacionais em vigilância sanitária

Fonte: Sírio Libanês, 2013

A partir da definição das áreas de gestão e suas respectivas ações de desempenho foram identificados os macro problemas (Figura 2) comuns a todas as áreas de gestão que entravam a melhoria das ações de vigilância sanitária.

Figura 2: Macro problemas.

Fonte: Sírio Libanês, adaptada pelo Grupo Afinidade 4.

Diante de tal contextualização de problemas, desenvolvemos a proposta de intervenção. A seguir, apresentaremos o nosso caminhar no processo de construção da referida proposta.

4.1 PERCURSO METODÓLOGICO

Objetivo desse capítulo é apresentar a metodologia da pesquisa, apresentando uma exposição detalhada dos passos seguidos e os procedimentos adotados à condução do estudo, análise dos dados através da base teórica e empírica. Dessa forma, permite uma melhor compreensão e entendimento do trabalho em questão.

Inicialmente, construímos essa proposta dentro das atividades do referido curso. Em cada sessão ocorreram várias discussões mediadas pela facilitadora Olga Maria de Alencar.

No primeiro encontro, com base nos macro problemas identificados pela Coordenação do Curso de Especialização da Gestão em VISA e nas áreas de competência e respectivas ações dos Gestores de VISA apresentadas pela referida coordenação, os componentes do GAF 4 expressaram verbalmente as problemáticas vivenciadas na vigilância sanitária registrando-as em tarjetas.

Após, os gargalos foram listados segundo a temática predominante e convergente, a saber: INFRAESTRUTURA, QUESTÃO POLÍTICA, PROCESSOS DE TRABALHO e EDUCAÇÃO PERMANENTE.

O estudo foi realizado a partir do levantamento bibliográfico com enfoque na abordagem teórica, legal e no referencial empírico existente. Ou seja, a análise dos documentos ocorreu a partir da leitura e sistematização de textos, artigos, manuais, legislações e experiências exitosas na educação em vigilância sanitária sobre o tema abordado.

O percurso metodológico foi baseado na metodologia ativa com a utilização dos seguintes elementos intermediários.

- Identificação de problemas, a partir da leitura da realidade de cada cenário de atuação dos integrantes do GAF 4;
- Identificação de necessidade de saúde através da listagem dos gargalos segundo as temáticas propostas: ESTRUTURA, QUESTÃO POLÍTICA, PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE;
- Seleção e descrição do problema através da utilização da matriz de seleção de problema;
- Processo de escolha do tema o projeto aplicativo com a

utilização da matriz de priorização de problemas com a escolha do problema central;

- ❖ Construção da árvore explicativa de problemas com a escolha dos nós críticos;
- ❖ Construção dos indicadores de monitoramento e avaliação do projeto.

Abaixo seguem as matrizes referentes às etapas da construção do projeto aplicativo segundo a questão norteadora proposta.

Quadro 2: Matriz 1 de Seleção de Problema

PROBLEMA	VALOR	INTERESSE
Insuficiência de Técnicos nas ações de vigilância sanitária em quantidade e categoria;	ALTO	+
Insuficiência de equipamentos (computador, impressoras, telefones, material para escritório em geral);	MÉDIO	+
Insuficiência de transportes para executar ação de vigilância sanitária;	MÉDIO	+
Ausência de Manutenção permanente dos veículos;	MÉDIO	+
Insuficiência de espaço para armazenamento de produtos apreendidos nas ações de vigilância sanitária.	MÉDIO	+
Interferência política nas ações tomadas pela VISA em detrimento do interesse público;	ALTO	+
Ações de VISA não são vistas como relevantes pelas políticas públicas.	ALTO	+
Desorganização dos processos de trabalho nas ações de VISA;	ALTO	+
Fragmentação dos processos de trabalho nas ações de VISA;	MÉDIO	–
Falta de comprometimento da equipe	BAIXO	+
Incipiência de conhecimento das legislações sanitárias pelo setor regulado;	MÉDIO	+
Desconhecimento da população sobre as ações de vigilância sanitária;	ALTO	+
Incipiência de uma educação permanente para os profissionais de vigilância sanitária	ALTO	+

Fonte: Grupo Afinidade 4

Legenda

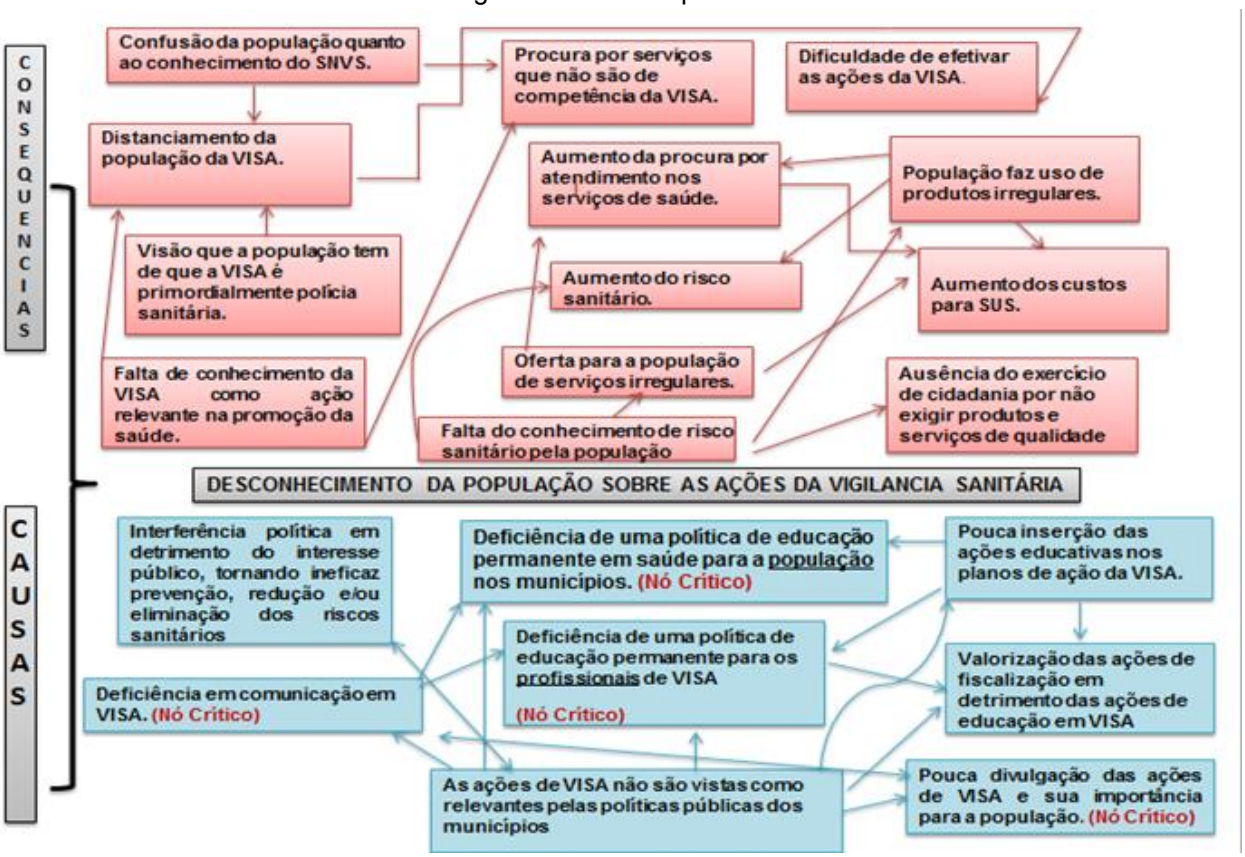
Valor: refere-se à importância que o ator dá ao problema em função de inserção social, valores, conhecimentos e necessidades ponderadas pela possibilidade de enfrentar o problema.

Interesse: representado pelo sinal + ou – com que ao ator se situa ante a realidade do contexto de trabalho.

A Árvore Explicativa de Problemas, desenvolvida por Carlos Matus, possibilita uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais. Nela são estabelecidas as ligações mais importantes, visando analisar a realidade de uma forma mais simplificada a fim de tornar possível uma ação.

A árvore de problemas (Figura 3) foi desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si. A seleção de nós críticos consistiu em identificar entre as causas que explicam o problema aquelas que, quando modificadas, por si só promovem a alteração de outra ou de uma série de causas.

Figura 3: Árvore Explicativa.



Fonte: Grupo Afinidade 4.

O importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos. Um ator com interesse altamente positivo para determinada operação significa elevada possibilidade de seu envolvimento integral na sua consecução. Um outro ator que apresente interesse altamente negativo não apenas demonstra baixa possibilidade de envolvimento na operação, como poderá atuar como elemento restritivo á sua consecução. (BRASIL, 2009b p.17)

Quadro 3 - Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais.

ATOR	VALOR	INTERESSE	PONTUAÇÃO (0 A 10)
Profissionais de VISA	ALTO	+	10
Profissionais do PSF	MÉDIO	0	6
Profissionais do PSE	MÉDIO	0	6
Profissionais do NASF	MÉDIO	0	6
Gestor do SUS no Município - SMS	ALTO	0	8
Gestor da Atenção Básica	ALTO	0	8
Gestor da Secretaria Municipal de Educação	ALTO	0	8
Coordenador da VISA Municipal	ALTO	+	10
Gestor da VISA Estadual	ALTO	+	10
Gestor da Secretaria Estadual de Educação	ALTO	0	8
Diretor da Escola	ALTO	0	8
Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento ANVISA	ALTO	+	10

PONTUAÇÃO=VALOR+INTERESSE
VALOR: ALTO (5), MÉDIO (3), BAIXO (1) / INTERESSE: + (5), 0 (3), - (1).

Fonte: Grupo Afinidade 4

Convém salientar que posteriormente a elaboração do quadro acima, fez-se necessária acrescentar a figura da assessoria de comunicação das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual pela experiência na divulgação de notícias e matérias.

4.2 PLANO DE INTERVENÇÃO: APRESENTAÇÃO ESTRUTURADA DAS AÇÕES PARA MELHORIA DA EDUCAÇÃO EM VIGILANCIA SANITÁRIA

A proposta de intervenção é momento que norteia o enfrentamento do Problema, propriamente dito, a Identificação dos Atores, Recursos e Interesse, a Orçamento e o Cronograma das operações que vão possibilitar a implantação do plano ora apresentado.

Quadro 4 - Apresentação estruturada das ações para melhoria da educação em vigilância sanitária: objetivos, ações e estratégias.

OBJETIVOS	AÇÕES	ESTRATÉGIAS
Incorporar a metodologia ativa de ensino-aprendizagem nas ações de educação em Vigilância Sanitária.	Mapear as necessidades da comunidade para trabalhar a ação de VISA de forma integral e intersetorial.	Elaboração de pesquisa através da aplicação de questionários para o segmento a ser abordado.
Aproximar a Vigilância Sanitária da população, proporcionando formação de uma consciência sanitária, através da disseminação da informação, segundo o pressuposto ético de defesa e proteção da vida e da promoção da saúde.	Divulgar as ações de Vigilância Sanitária.	Utilização de meios de comunicação/tecnologias disponíveis (blogs, sites, etc.) no sentido de divulgar o trabalho de VISA orientando a população sobre os riscos e agravos à saúde; Realização de eventos (seminários, fóruns, etc.) para o compartilhamento de experiências de sucesso em VISA.
Desenvolver ações educativas utilizando ferramentas que promovam a ampliação do conhecimento em Vigilância Sanitária com base na gestão do risco.	Integrar a formação dos profissionais de Vigilância Sanitária com a atenção básica	Capacitar profissionais de VISA: atualização das normas e procedimentos na área de VISA e práticas didático-pedagógicas, para formação de multiplicadores do conhecimento Promover capacitação dos profissionais de educação; Promover capacitação integrada dos técnicos da Vigilância em Saúde/Atenção básica e etc.
Sensibilizar os principais atores sociais para a necessidade de implantação de um Plano de Ação voltado à educação sanitária.	Apresentar o Projeto Aplicativo baseado nos referenciais teórico e empírico incluindo as experiências exitosas na área.	Convocação dos atores envolvidos para uma apresentação sobre o tema em comento.

Fonte: Grupo Afinidade 4

4.3 GESTÃO DO PLANO

4.3.1 Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico Situacional - PES foi idealizado por Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73.

O planejamento no setor saúde configura-se como um relevante mecanismo de gestão que objetiva conferir direcionamento ao processo de consolidação do SUS. No planejamento atuam e interagem distintos atores: gestores públicos, equipes de trabalho, dirigentes políticos, conselhos de saúde, conselhos de classe profissionais, população e segmentos empresariais, etc.

Vale ressaltar que a estratégia do planejamento não compreende apenas a capacidade de decidir, mas a de executar, de garantir a manutenção do que foi realizado.

No planejamento, o recurso humano é o mais rico instrumento de trabalho da Vigilância Sanitária, cujo objetivo máximo é a proteção da população e promoção da saúde. As equipes de vigilância organizam suas atividades mediante recursos (cognitivo, político, econômicos etc.), de acordo com o nível de abrangência, a especificidade e complexidade das ações de caráter preventivo de controle de risco.

"O importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos." (Brasil, 2009a p.17)

O planejamento estratégico está sistematizado, sob o ponto de vista metodológico e de aplicabilidade operacional, em quatro grandes blocos:

> Bloco I: Análise do Problema, etapa que envolve a Listagem, a Hierarquização e a descrição dos problemas declarados;
> Bloco 2: Explicação do Problema, bloco que engloba a Listagem de Causas, o Diagrama de Explicação, assim como a Identificação das Causas Críticas, que estabelecem o nexo explicativo dos problemas;
> Bloco 3: Desenho de Intervenção, momento que norteia o Enfrentamento do Problema, propriamente dito, a Identificação dos Atores, Recursos e Interesse, a Orçamento e o Cronograma das operações ações que vão possibilitar a implementação do plano proposto;
> Bloco 4: Monitoramento, bloco que corresponde à Análise Processual e à Análise de Impacto, promovendo desta forma a avaliação sistematizada dos efeitos produzidos pelo plano na realidade vivenciada. (BRASIL, 1999)

4.3.2 Previsão de Equipe e Definição de Tarefas

Quadro 5 - Previsão de Equipe e Definição de Tarefas

ATOR	DEFINIÇÃO DE TAREFAS
PROFISSIONAIS DE VISA	Participar na elaboração do plano de ação adequando-o às necessidades locais; Identificar práticas educativas com maior capacidade transformadora da realidade; Dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe atores envolvidos; Após a capacitação interna, capacitar os demais atores multiplicadores; Desenvolver ações educativas para população em geral; Valorizar a educação permanente em saúde como estratégia de reflexão sobre o processo de trabalho no que se refere à intervenção na realidade para transformá-la em prol da melhor qualidade de vida.
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF	Realizar visita domiciliar como instrumento de interação e identificação das necessidades dos indivíduos, das famílias e da comunidade levando em consideração fatores sociais, econômicos e culturais; Sistematizar os registros das visitas domiciliares; Dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe e atores envolvidos; Desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados para população em prol da comunidade; Valorizar a educação permanente em saúde como estratégia de reflexão sobre o processo de trabalho no que se refere à intervenção na realidade para transformá-la em prol da melhor qualidade de vida; Fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; Realizar o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE	Desenvolver ações educativas nas escolas dentro do seu âmbito de atuação; Valorizar a educação permanente em saúde como estratégia de reflexão sobre o processo de trabalho no que se refere à intervenção na realidade para transformá-la em prol da melhor qualidade de vida.
PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	Dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe atores envolvidos; Atuar em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde e vigilância sanitária nos territórios sob responsabilidade das Equipes do PSF no qual o NASF está cadastrado; Atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização; Criar espaços de discussões para gestão do cuidado, com reuniões e atendimentos conjuntos constituindo um processo de aprendizado coletivo.
GESTOR DO SUS NO MUNICÍPIO (Secretaria Municipal de Saúde)	Promover e avaliar ações educacionais em vigilância sanitária; Avaliar e aprovar do projeto aplicativo; Gerir os recursos financeiros para execução das ações conforme Portaria MS nº 1.378,de 9/07/2013 e Portaria Nº 475/GM/MS de 31 de Março de 2014 Estabelecer parcerias convênios com os demais atores envolvidos conforme a políticas públicas de atuação do SUS em vigilância sanitária.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	Coordenar no âmbito de sua atuação a execução do projeto, articulando-se com demais atores envolvidos.
COORDENADOR DA VISA MUNICIPAL	Promover avaliar ações educacionais em vigilância sanitária; Coordenar, no âmbito de sua atuação, a execução do projeto aplicativo articulando-se com demais atores envolvidos; Identificar necessidades de aprendizagem para o trabalho em vigilância sanitária; Avaliar e aprovar o projeto aplicativo; Estabelecer parcerias com os demais atores envolvidos conforme a políticas públicas de atuação do SUS em vigilância sanitária.
GESTOR DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO	Apoiar o desenvolvimento de cooperações técnicas institucionais, realizadas no âmbito do município, com vistas à gestão da educação, da disseminação da informação em vigilância sanitária.
DIRETOR DA ESCOLA	Apoiar o desenvolvimento de cooperações técnicas institucionais, realizadas no âmbito do município, com vistas à gestão da educação e da disseminação da informação em vigilância sanitária.
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, PESQUISA E CONHECIMENTO ANVISA	Promover e coordenar processos de integração com outros órgãos do governo para o fortalecimento de ações relacionadas à gestão da educação, conhecimento e pesquisa em vigilância sanitária.
CONSELHOS DE SAÚDE	Acompanhar o repasse de verbas para a execução do Projeto Aplicativo (PA); Participar da elaboração das metas, para a adequação do PA à realidade local; Acompanhar a execução do PA.

Fonte: Grupo Afinidade 4

4.3.3 Monitoramento e Avaliação

Corresponde à análise processual e à análise de impacto, promovendo desta forma a avaliação sistematizada dos efeitos produzidos pelo plano na realidade vivenciada.

O homem é um ser que atribui valor a tudo que o cerca. Isso se dá pelo fato de que, a todo o momento, ele precisa tomar decisões que dependem das avaliações que faz sobre

uma situação vivenciada.

Nesse passo, a avaliação deve ser feita não somente com base no senso comum, mas, principalmente levando em consideração o conhecimento técnico e senso crítico.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A avaliação em saúde envolve a seleção de critérios que se constituem em indicadores de qualidade como por exemplo: número de profissionais de saúde a atender uma população. (PORTELA, 2000, p. 259)

Como proposta de monitoramento da implantação e execução das ações propostas neste projeto, sugerimos a aplicação da Matriz abaixo:

Quadro 6. Matriz monitoramento da implantação e execução das ações propostas

AÇÕES	ESTRATÉGIAS	ATORES	RECURSOS	PRAZOS	INDICADORES
Apresentar o Projeto Aplicativo baseado nos referenciais teórico e empírico incluindo as experiências exitosas na área.	Convocação dos atores envolvidos para uma apresentação sobre o tema em comento.	-Profissionais de VISA (Federal, Estadual e Municipal) -Gestor do SUS no município -Coordenação da atenção básica -Coordenador da VISA municipal -Gestor da Secretaria - Estadual de Educação -Profissionais do Programa Saúde da Família – PSF -Profissionais do Programa Saúde na Escola – PSE -Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF -Diretores das escolas públicas municipais e estaduais -Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento ANVISA. -Conselhos de Saúde	Humanos: equipe de palestrantes Estrutura: Espaço físico adequado. Material: Notebook, Datashow, Pastas, Canetas, folhas A4, cópias das legislações pertinentes, Lanche/almoço Financeiro: PORTARIA Nº 475/GM/MS DE 31 DE MARÇO DE 2014 que estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013	Agosto/ 2014	Nº de atores que compareceram à reunião/ Nº de atores convidados x100 (meio de verificação: lista de frequência)

AÇÕES	ESTRATÉGIAS	ATORES	RECURSOS	PRAZOS	INDICADORES
Mapear as necessidades da comunidade para trabalhar a ação de VISA de forma integral e intersetorial.	Elaboração de pesquisa através da aplicação de questionários para o segmento a ser abordado.	-Profissionais do Programa Saúde da Família – PSF -Profissionais de visa (Federal, Estadual e Municipal) -Profissionais do Programa Saúde na Escola – PSE -Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	Humanos: equipe de profissionais de saúde, VISA e Educação Estrutura: Espaço físico adequado. Material: Notebook, Datashow, Pastas, Pranchetas Canetas, folhas A4, Financeiro: PORTARIA Nº 475/GM/MS DE 31 DE MARÇO DE 2014.	Agosto a Outubro /2014	N° questionários aplicados/ N° questionários propostos para o segmento a ser abordado (baseado no % da população) (Amostra significativa)

AÇÕES	ESTRATÉGIAS	ATORES	RECURSOS	PRAZOS	INDICADORES
Integrar a formação dos profissionais de Vigilância Sanitária com a atenção básica	Capacitar os profissionais de VISA: atualização das normas e procedimentos na área de VISA e práticas didático-pedagógicas, para formação de multiplicadores do conhecimento Promover capacitação dos profissionais de educação na área de VISA; Promover capacitação integrada dos profissionais da Vigilância em Saúde/Atenção básica e educação para que haja trocas de experiências e vivências.	Profissionais do Programa Saúde da Família – PSF -Profissionais de VISA (Federal, Estadual e Municipal) -Profissionais do Programa Saúde na Escola – PSE -Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF Diretor da Escola	Humanos: equipe de palestrantes Estrutura: Espaço físico adequado. Material: Notebook, Datashow, Pastas, Canetas, folhas A4, cópias das legislações pertinentes, material didático, Lanche/almoço Financeiro: PORTARIA Nº 475/GM/MS DE 31 DE MARÇO DE 2014.	Novembro e Dezembro/ 2014	N° profissionais de VISA capacitados / N° total de profissionais de VISA (Federal/Estadual/Municipal) x 100 N° professores capacitados / N° de professores existentes na esfera estadual e municipal x 100 N° profissionais do PSE, PSF e NASF capacitados/ N° total de profissionais destas áreas atuando no município x100 (meio de verificação: lista de frequência)

AÇÕES	ESTRATÉGIAS	ATORES	RECURSOS	PRAZOS	INDICADORES
Divulgar as ações de Vigilância Sanitária.	Utilização de meios de comunicação/ tecnologias disponíveis (blogs, sites, etc.) no sentido de divulgar o trabalho de VISA orientando a população sobre os riscos e agravos à saúde; Realização de eventos (seminários, fóruns, etc.) para o compartilhamento de experiências de sucesso em Educação em VISA Veiculação de entrevistas/notícias/ vinhetas sobre VISA nas rádios	Conselhos de Saúde Gestor do SUS no município. Coordenação da Atenção Básica Coordenador da VISA municipal Profissionais de VISA	Humanos: equipe de palestrantes Estrutura: Espaço físico adequado. Material: Site da ANVISA/SESA/ SMS X Notebook, Datashow, Pastas, Canetas, folhas A4, cópias das legislações pertinentes, material didático, Lanche/almoço Financeiro: PORTARIA Nº 475/GM/MS DE 31 DE MARÇO DE 2014.	Até Dezembro/ 2014	Nº de matérias de VISA publicadas no site da Prefeitura/mês Nº de matérias de VISA veiculadas nas rádios/semana Nº de eventos realizados/anual

Fonte: Grupo Afinidade 4

Quadro 7: Matriz de Monitoramento para acompanhar a execução das ações propostas

Atividade de processo organizacional	**Responsável**	**Prazo**	**Monitoramento**			**Atores envolvidos**
			●	●	●	

Fonte: Grupo Afinidade 4

LEGENDA: ● realizado ● em andamento ● não realizado

Para acompanhar a implantação e execução do projeto aplicativo com o objetivo de realizar um monitoramento e avaliação eficazes, podem ser utilizados os **Indicadores de Saúde.** Estes 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 podem refletir as condições sanitárias, os modelos de gestão e atenção, permitindo avaliar diferentes aspectos da saúde de determinada comunidade, bem como a adequação e a qualidade dos serviços e ações de saúde pública ofertadas.

Outros **atributos de um indicador** são: *mensurabilidade* (capacidade de basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir),*relevância* (capacidade de responder a prioridades de saúde) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade,

e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores, profissionais de saúde e os que atuam no controle social do sistema de saúde. (OPAS, 2008)

A construção do indicador deve se pautar nos seguintes critérios: relevância para a compreensão da gestão da vigilância sanitária; validade para orientar decisões; Identidade com processos de gestão e atenção do SUS; e disponibilidade de fontes regulares.

Adaptando o modelo de avaliação para o objeto da vigilância, poderíamos adotar a *Tríade de Donabedian* para avaliação de estrutura, processo e resultado, da seguinte forma:

> • Estrutura: refere-se às características relativamente estáveis, como condições físicas, organizacionais, equipamentos, recursos humanos.
> • Processo: conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção em geral e, no caso de serviços de saúde, entre profissionais e pacientes.
> • Resultado: obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, sem erros, imperfeições ou nocividades; melhoria do meio ambiente e trabalho, ou mudanças obtidas no estado dos pacientes ou quadro sanitário, que podem ser atribuídas ao cuidado consumido ou tecnologias introduzidas. (EDUARDO, 1998. p 13)

Para cada componente da tríade deverá ser observado um conjunto de indicadores que melhor retratem a realidade a ser avaliada.

Quadro 8: Matriz de Indicadores

TIPO DE INDICADOR	DENOMINAÇÃO	METODO DE CÁLCULO	FONTE	METAS
Estrutura	Razão de profissionais de visa por profissionais da atenção básica (multiplicadores)	N° profissionais de visa/ N° profissionais da atenção básica (multiplicadores)	Setor de pessoal da SMS	1 profissional de visa p 50 pab
Processo	Proporção de cartilhas distribuidas por segmento a ser definido	N° de cartilhas distribuidas /N° de segmento a ser definido	Escola de ensino médio	80% da população por segmento.
Processo	Proporção de programas de rádio veiculados por semana	N° programas de rádio veiculados/ n° planejado?	Programação da rádio local	100% dos programas veiculados
Resultado	Proporção de UBS com implantação de ações de educação em VISA	N° de UBS implantadas/N° de UBS existentes em cada território	SMS	50% das UBS com implantação de ações de educação em VISA conforme plano de ação até 2015
Resultado	Proporção de Escolas com implantação de ações de educação em VISA	N° de Escolas implantadas/ N° de escolas existentes em cada território	SME	50% das Escolas com implantação de ações de educação em VISA conforme plano de ação até 2015

Fonte: Grupo Afinidade 4.

Por fim, destacamos um aspecto relevante para a execução da proposta de intervenção, a saber: a previsão legal de recursos financeiros destinados às ações de vigilância sanitária de forma institucionalizada. Ou seja, um conjunto de normas é estabelecido para que as Instituições Públicas, através de repasse de verbas, possam planejar e executar as ações de promoção e proteção à saúde.

A esse respeito, foi publicada a Portaria Nº 1.378, de 09 de julho de 2013 do Ministério da Saúde, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

> CAPÍTULO III
> DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES
> Seção I
> Do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e da Transferência de Recursos
> Art. 13. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:
> I - Componente de Vigilância em Saúde; e
> **II - Componente da Vigilância Sanitária.**
> Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor.
> Seção II
> Do Componente da Vigilância em Saúde
> Art. 15. O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de:
> I - vigilância;
> II - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e
> III - promoção.(Grifos nossos)
> (...)
>
> Seção III
>
> Do Componente da Vigilância Sanitária
> Art. 24. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:
> I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa: destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e
> II - Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa: destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.
> Art. 25. Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.
> Parágrafo único. Caso haja redução populacional e verificando-se a presença de necessidades de saúde da população, será dispensado, mediante prévia pactuação na CIT, o ajuste de que trata o caput.
> (...)
> Art. 27. O PFVisa, para os Municípios, é composto por valor "per capita" municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de vigilância sanitária.

Parágrafo único. Fica estabelecido um Limite Mínimo de Repasse municipal (LMRm), no âmbito do PFVisa, que trata de recursos financeiros mínimos destinados aos Municípios para estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária.
Art. 28. O PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite.
Art. 29. O detalhamento dos valores de que tratam os arts. 26, 27 e 28 serão definidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Referida portaria além de dispor sobre o financiamento, também define as competências de casa ente federativo, senão vejamos:

Art. 6º Compete à SVS/MS:
(...)

XII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;

XIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional na Vigilância em Saúde;

XIV - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

(...)

Art. 7º Compete à ANVISA:

(...)

XIII - participação na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação dos processos de gestão da educação e do conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Dos Estados

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

(...)

XI - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

XII - monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em seu âmbito territorial;

XIII - realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito estadual;

XIV - fomento e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;

XV - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional;

Dos Municípios

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

(...)

VIII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

IX - monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;

X - realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;

XI - promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;

XII - promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;

XIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional; (grifos nossos)

Ainda sobre o tema apreciado, seguem trechos da Portaria Nº 475/GM/MS de 31 de Março de 2014 que estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013.

DOS CRITÉRIOS DE REPASSE

Art. 2º. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

(...)

Art. 4º. O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) a ser transferido aos Estados será calculado mediante:

I - Valor per capita, calculado à razão de R$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano ou Limite Mínimo de Repasse Estadual (LMRe), no valor de R$ 630.000,00 (seiscentos e trinta mil reais) para unidades federadas, cujo valor per capita configurar um montante abaixo do LMRe, conforme Anexo I desta Portaria;

II – Recursos da Anvisa, conforme Anexo I;

Art. 6º O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) a ser transferido aos municípios será calculado mediante:

I - Pelo valor per capita à razão de R$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano ou o Limite Mínimo de Repasse Municipal (LMRm), no valor de R$ 12.000,00 (doze mil reais) para os municípios cujo valor per capita configurar um montante abaixo do LMRm, conforme Anexo II desta Portaria.

Art. 7º Os valores do PFVISA serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Art. 8º Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

Parágrafo único. Caso haja redução populacional serão mantidos os valores atualmente praticados.
Art. 9º O PVVISA é constituído pelo montante de R$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, definidas de forma tripartite e publicada em ato específico.

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS PARA A MANUTENÇÃO DE REPASSE DOS RECURSOS

Art. 10. A manutenção do repasse dos recursos, do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, dependerá da regularidade na alimentação dos dados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

§ 1º Considera-se situação regular no SCNES o cadastramento e atualizações referentes aos serviços especializados de vigilância sanitária, observando-se os procedimentos estabelecidos na Portaria nº
299/SAS/MS, de 11 de setembro de 2009, e Portaria nº 500/SAS/MS, de 24 de dezembro de 2009, além de suas alterações;

Esses valores devem ser empregados nas ações de vigilância sanitária incluindo as de educação.

Quadro 9 - Distribuição dos Recursos Financeiros para os entes federativos (Estado e Município)

ANEXO I - DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS ESTADOS (PF-VISA) FONTE: FNS E ANVISA					
Estados	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal Fonte: FNS (A)	Fato Gerador Anual Fonte: ANVISA (B)	Fato Gerador Mensal Fonte: ANVISA (B)
Ceará	8.778.576	2.633.572,80	219.464,40	328.160,85	27.346,74
ANEXO II- DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS MUNICÍPIOS (PF-VISA)					
CEARÁ	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal	
Fortaleza	230440	2.551.806	1.531.083,60	127.590,30	
Maracanaú	230765	217.922	130.753,20	10.896,10	

Fonte: Portaria Nº 475/GM/MS de 31 de Março de 2014

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a proposta de fortalecimento das ações de educação em vigilância sanitária na comunidade possa subsidiar um processo reflexivo na promoção da educação e saúde.

A construção do conhecimento, em relação à promoção da saúde, é um processo que deve ser realizado de forma constante tendo a participação coletiva.

É preciso que nós, profissionais de vigilância sanitária, ultrapassemos o mundo burocrático de nosso cotidiano, para despertarmos na comunidade a consciência sanitária que reivindique produtos e serviços de interesse à saúde de melhor qualidade. Portanto, é papel da educação formar cidadãos esclarecidos, cientes de seus direitos e deveres, com autonomia em suas escolhas, numa percepção crítica da realidade na qual estão inseridos.

A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde e suas formas de prevenção e sobre doença, suas causas e consequências, possibilitam que se chegue a uma concepção mais elaborada sobre realidade e resolver os problemas para modificar a situação atual.

Nesse sentido, é fundamental que sejam desenvolvidas estratégias de informação e comunicação com a participação ativa de profissionais e gestores da saúde com a população, e setores regulados, a respeito das questões da área de vigilância sanitária, principalmente, no tocante à comunicação de riscos que poderão influenciar as decisões do cidadão, orientando-o para a construção de uma consciência sanitária que reconhece a saúde como um valor e direito a ser reivindicado sempre.

Este trabalho foi muito importante na medida em que, ampliou o conhecimento do Grupo Afinidade 4 no tema educação em vigilância sanitária, além de ter-nos permitido desenvolver ações e estratégias para intervenção da realidade visando à melhoria da prestação de serviços em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, José Ricardo Pinto de Contexto Atual do Ensino Médico: **Metodologias Tradicionais e Ativas: Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escola**s/José Ricardo Pinto de Abreu; Orient. Waldomiro Carlos Manfroi; Co-orient.Carmen Lucia Bezerra Machado–2009.105f: il.

BEHRENS MA. ***O paradigma emergente e a prática pedagógica***. Petrópolis: Vozes; 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. **Gestão da Educação em Vigilância Sanitária Proposições Regionais**. (NEPEC) Brasilia, 2013 Brasil. 71 p

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde** – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília**: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL**. Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde, 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 União, Brasília, DF, 20 set.1990.

BRASIL. **Lei n° 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: 2/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198. htm>. Acesso em: 2/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº–1.052 de 08 de maio de 2007.** Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1052.htm Acesso em: 14/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde **PORTARIA Nº 1.378, de 09 de julho de 2013** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: < _09_07_2013.html"bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html >. Acesso em: 12/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS /** Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999. 50 p.

BRASIL. Ministério da Educação **Programa Saúde nas Escolas.** Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14578:programa-saude-nas-escolas&Itemid=817 acesso em 12/05/2014

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Departamento de Gestão da Educação em Saúde **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** - Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária** 1.ed. – Brasília : Anvisa, 2007a.56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Caderno de Educação Popular e Saúde** - Brasília: 2007b. 80 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva :instrumentos básicos/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. **Projeto Educanvisa: Educação em Vigilância Sanitária**. Disponível no http://portalanvisa.gov.br. Acessado em 25/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde da Família. **Competências e atribuições da ESF.** Disponível em http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php acesso em 15 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos.** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2)

BRASIL.Organização Panamericana de Saúde – RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**, 2ª edição. Brasília, 2008. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores. <acesso em 5/05/14

CANADÁ. CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>, Acesso em: 20 abr. 2014.

CYRINO EG, Toralles-Pereira ML. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde:** a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. ***Cad Saúde Pública*** 2004;20(3):780-788.

COSTA. Ediná Alves. **Fundamentos da vigilância sanitária**. in Vigilância Sanitária: temas para debate/ autores: Ediná Alves Costa (organizadora), Fernando Aith, Laurindo Dias Minhoto… [et al.]. - Salvador: EDUFBA, 2009. 240 p. – (Coleção Sala de Aula, 7).

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula **Vigilância Sanitária, volume 8** (Série Saúde & Cidadania) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo São Paulo . 1998.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; COTTA, Rosângela Minardi Mitre and OLIVEIRA, Marilda Siriani de. **Construção coletiva de experiências inovadoras no processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da saúde.** Rev. bras. educ. med. [online]. 2009, vol.33, n.2, pp. 240-246. ISSN 0100-5502. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200011. <acesso em 23 de abril de 2014.

FIOCRUZ. Programa de Direito Sanitário. Série de Gibis do Inspetor Silva. Disponível em http://prodisa.fiocruz.br/?p=114 <acessado em 04 mai. 2014.

FRANCO, Fabiana Campos. **A Comunicação como instrumento de promoção à saúde: a Vigilância Sanitária de Vitória na mídia impressa.** Rev. Comunicação & Saúde. 2005 ISSN 1809-6816. Disponível em http://www.comunicasaude.com.br/revista/02/artigos/artigo4.asp <acesso em 02 de abril de 2014>

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAUDERER Christian. Os direitos do paciente/cliente/consumidor: visão geral. Disponível em http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/dirpac4.htm acesso em 10/08/2013.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática)**. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS – São Paulo. 115 p. 1997.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria do Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Promoção à Saúde. Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária. **Guia para implantação da Vigilância Sanitária Municipal.** Uma orientação aos gestores. Natal/RN. 2007. 124.

MARINS, B. R. **A Vigilância Sanitária, o cidadão e o direito à comunicação**: um estudo sobre a rotulagem de alimentos. 286p. Tese (Doutorado) - Rio de Janeiro: INCQS/FIOCRUZ, 2009.

MITRE SM. ***Ativando processos de mudança em uma aldeia de Belo Horizonte uma experiência com metodologia ativa de ensino-aprendizagem*** [trabalho de conclusão de curso]. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2006

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1946.Constituição. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 13 abril de 2014.

PADILHA, Roberto de Queiroz, et al. Especialização em gestão da vigilância sanitária: Caderno do curso. - Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2011. 52p)

PARAÍBA. Secretaria de Saúde do Estado. **Criando a consciência sanitária através de capacitações para manipuladores de alimentos.** Disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/hotsite_foruns/documentos/TRABALHO%201%20CONSCIENTIZA%C7%C3O%20DOS%20MANIPULADORES%20DE%20ALIMENTOS%20CGE.doc <acessado em 28/04/1024>

PEREIRA ALF. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Cad Saude Publica. [periódico on-line]. 2003 set/out; [citado 2011 maio 17]; 19 (05): [aprox.8 telas]. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo

PEREIRA, A.L. **Educação em saúde**. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão,

2003.

PONTUAL.Pedro de Carvalho. **Contribuições de Paulo Freire e da Educação Popular à Construção do Sistema Educacional Brasileiro.** Disponível em http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/7592/5544 .Revista e-curriculum, São Paulo, v.7 n.3 DEZEMBRO 2011. Acesso em 14 de maio de 2014.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Avaliação da Qualidade em Saúde**., In ROSENFELD, S. (Org.).Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

PRADO ML ,Velho MB ,Espíndola DS , Sobrinho SH,Backes VM. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc Anna Nery (impr.)2012 jan-mar; 16 (1):172-17 http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a23.pdf

RANGEL-S, Maria Ligia. **Comunicação em Vigilância Sanitária**. p. 153-170. 2009. Disponível em <http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-09.pdf>. Acesso em 20 mar. 2014.

RAPOSO, CARVALHO. Mostra cultural Vigilância Sanitária e Cidadania. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/visa/homepage.html <acessado em 4/05/2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Projeto Pequenos Vigilantes – Relato de experiência** http://www.anvisa.gov.br/hotsite/hotsite_foruns/documentos/projeto%20pequenos%20vigilantes-%201crs.doc. <acessado em 20/04/2014>

REIBNITZ KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem.Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

SÁ, M. C.; PEPE, V. L. E. **Planejamento estratégico**. In: ROSENFELD, S. (Org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p.202

SÃO PAULO. **Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas** (Teoria e Prática) NES / PROG. HANS. - CVE 1997 revisado em 2001.

SANTOS SS. ***A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar***. Rio de Janeiro: Papel & Virtual; Teresópolis: FESO; 2005

SARTORI, A.S. e SOARES, M.S.P. **Concepção dialógica e as NTIC:** a educomunicação e os ecossistemas educativos, 15p. Disponível em <http://www.usp.br/nce/wcp/arq/textos/86.pdf>. Acesso em 22 abr. 2014.

TANCREDI, Francisco Bernadini. Planejamento em Saúde, volume 2– – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. **Relatório da oficina de comunicação em vigilância sanitária**. In: COSTA, E. A.; 2007.

VASCONCELOS, M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p

ZANOTTO M, Rose T. Problematizar a Própria Realidade: análise de uma experiência de formação contínua. ***Rev Educação e Pesquisa*** 2003;29(1):45-54.

Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês

Gestão de Vigilância Sanitária – GVISA

Proposta de Implantação do Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária no Município do Recife

São Paulo

2013-14

Autores do Projeto

Ana Elizabeth de C. Pires
Carla A. M. de Azevedo
Cláudio César R. Caldas
Edleuza Mª de Jesus
Filipe Q. G. Bezerra
José Pereira de Souza
Mª do Céu M. de Lima
Yara Mª da C. Sá Barreto

Proposta de Implantação do Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária no Município do Recife

Projeto Aplicativo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Vigilância Sanitária, do Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária.

Facilitadora: Laudenice Ramos
Co-facilitadora: Emília Resque

São Paulo

2013-14

Ficha Catalográfica
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa
© reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

Ana Elizabeth de C. Pires; Carla A. M. de Azevedo; Cláudio César R. Caldas; Edleuza Mª de Jesus; Filipe Q. G. Bezerra; José Pereira de Souza; Mª do Céu M. de Lima; Yara Mª da C. Sá Barreto.

Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Recife, 2013-14
43 p.

1. Educação em saúde. 2. Construtivismo (educação). 3. Aprendizagem. 4. Gestão em saúde. 5. Capacitação profissional. 6. Formação orientada por competência. I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. II Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. IV. Título: Proposta de Implantação do Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária no Município do Recife.

RESUMO

Há várias formas de buscar um espaço de comunicação em saúde pública e, dentro deste contexto, desenvolver a temática educação em saúde na Vigilância Sanitária (VISA). Devido à lacuna de integração existente entre a Vigilância Sanitária e a população do município, este projeto objetiva propor a implantação do Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária no município do Recife – PE. A cidade do Recife apresenta uma população aproximada de 1.599.513 habitantes e possui um histórico de deficiência escolar. A proposta metodológica do trabalho seguiu o Plano Estratégico Situacional de Carlos Matus, diante disso as etapas de construção do Projeto Aplicativo foram divididas nos seguintes momentos: momento explicativo, normativo, tempestade de ideias, seleção e agrupamento dos problemas, depois as prioridades foram agrupadas por grau de importância.

Propomos a criação de um ambiente físico-institucional onde serão disponibilizados serviços de atendimento ao usuário/contribuinte de forma presencial e/ou através das ferramentas de atendimento telefônico (Disque-Visa) e pela internet (Blog-Visa), garantindo uma intervenção adequada para as dificuldades constatadas. Baseado neste quadro espera-se que os canais propostos permitam uma interação adequada com a população, proporcionando uma melhor prestação de serviço através da formação de cidadãos com senso crítico-reflexivo capazes de orientar, cobrar e lutar por uma saúde coletiva de qualidade.

Palavras-chaves: EDUCAÇÃO, VIGILÂNCIA SANITÁRIA, COMUNICAÇÃO e TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO 06

2- JUSTIFICATIVA 08

3- OBJETIVOS 12
2.1- OBJETIVO GERAL 12
2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12

4- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 13
4.1 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A EDUCAÇÃO. 14
4.2 – CARACTERIZAÇÕES DO TERRITÓRIO 16
4.3 – NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO. 18
4.4 – DISQUE-VISA. 19
4.5 – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMO CANAL DE COMUNICAÇÃO. 21
4.5.1 – USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM FAVOR DA COMUNICAÇÃO . . 22
4.5.2 – USO INTENSIVO DA TECNOLOGIA 23
4.5.3 – INTERATIVIDADE. 23
4.6 – BLOG-VISA. 23

5- PERCURSO METODOLÓGICO. 26
5.1 – FERRAMENTAS PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES). 26
5.1.1 – MATRIZ DE SELEÇÃO DE PROBLEMAS 27
5.1.2 – ÁRVORE EXPLICATIVA PROBLEMAS 27
5.1.3 – MATRIZ ATORES SOCIAIS 28
5.1.4 – MATRIZ DE INDICADORES 29

6 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO. 31

7- GESTÃO DO PLANO. 32
7.1 – INFRA -ESTRUTURA. 32
7.2 – RECURSOS HUMANOS. 32

7.3 – PÚBLICO ALVO 33
7.4 – ATIVIDADES DO NÚCLEO 33

8 – CRONOGRAMA 34

9 – ORÇAMENTO. **35**

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36

11 - ANEXO. 40
10.1- ANEXO I. MAPA DO RECIFE 40

1- INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde não é algo recente, pelo contrário, ela vem desde a antigüidade e se mantém até os dias de hoje. No entanto, os enfoques e os conceitos foram sendo revistos e transformados ao longo do tempo. Afinal, falar sobre saúde não é algo simples, direto, e, principalmente, delimitado. Pelo contrário, é um tema abrangente, que está sempre em discussão e construção[1].

Há várias formas de buscar um espaço de comunicação em saúde pública e os processos educomunicativos, é uma forma de garantir um papel educativo sobre a população, estimulando a comunicação de riscos sanitários de forma mais eficiente e democrática[3].

Pode-se notar que apesar da herança reguladora da Vigilância Sanitária própria de Estado, compreende-se que, para que possa cumprir suas finalidades previstas na lei orgânica da saúde, é necessário que o processo de trabalho abranja estratégias que informem e comuniquem situações de promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, o uso concomitante de vários instrumentos além da base legal e da fiscalização, deve compor as prioridades de ações de incentivo à participação social[7].

A proximidade de pessoas da comunidade, gestão e fiscais pode ser um agente que dificulte as ações de Vigilância Sanitária principalmente em pequenos municípios, no entanto, as atividades educativas podem nortear melhorias nesta relação. Assim, são fortalecidas as ações educativas e o envolvimento da população, para atuar sem omissão e obter melhores resultados[4].

O princípio da intersubjetividade não deve ser esquecido nas relações desta natureza. Deve estar presente no processo de construção do conhecimento, considerando-se que existem múltiplas realidades, interpretadas a partir das experiências vividas pelos sujeitos, individual e coletivamente. Não há um único conhecimento objetivo do mundo e da realidade, assim como não há uma realidade[8].

Dentro destes conceitos, entender a definição de educação e suas variações são importantes na elaboração de políticas a ações na área. A educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ao passo que a Educação Continuada é o componente

essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições[2].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende-se que a educação continuada faz parte do desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços por meio do desempenho do seu pessoal[5].

Considerando que os modelos correntes não dão conta adequadamente da prática comunicativa dos processos de intervenção social, o modelo do mercado simbólico em rede descentrado e multipolar é composto por uma formulação teórica. Sabido que o modelo de mercado simbólico propõe representar a comunicação dentro de uma esfera mercadológica onde os sentidos sociais, bem simbólicos são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas em comunidade discursiva que participam deste mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e sociedade – em busca de poder simbólico o poder de construir a realidade[6]. Que é apresentada através de uma representação gráfica que contempla: a rede de sentidos sociais; os interlocutores e seus contextos e lugar de interlocução.

O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade da assistência; Equidade; Descentralização Político-Administrativa; Participação da comunidade; regionalização e hierarquização (REIS, 2003). A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado[1].

Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas priorizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada [4].

2- JUSTIFICATIVA

O projeto será desenvolvido sobre a temática Educação em Saúde na VISA devido à lacuna existente entre a Vigilância Sanitária e a população dos municípios. Essa lacuna existe devido a uma aplicação parcial das atribuições da Vigilância Sanitária como citado no artigo nº 6 da lei nº 8.080 de 1990 que define no seu parágrafo 1º Vigilância Sanitária 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; dessa forma atualmente esse conjunto de ações se mantém restrito as ações de fiscalização". Por isso, propomos a criação de um canal de comunicação local e exclusivo que permita o acolhimento, orientação e resolução dos problemas de educação sanitária no município do Recife - PE.

Profissionais da Vigilância Sanitária através das suas atividades cotidianas estão em permanente trabalho de educação junto ao setor regulado. Durante uma inspeção sanitária, mais do que notificar os proprietários dos estabelecimentos quanto às diversas irregularidades encontradas, os inspetores esclarecem sobre os riscos provenientes da falta de adequação dos serviços, como também dos dispositivos legais infringidos.

No entanto, percebe-se a falta de conhecimento da população (donas de casa, trabalhadores, profissionais liberais, estudantes etc.) acerca dessas ações e de suas inserções no cotidiano das pessoas. Essa falta de conhecimento da população em geral se deve a falta de educação sanitária na formação do cidadão associada a uma população acostumada apenas com a face policialesca da Vigilância Sanitária. Como forma de minimizar esse problema o grupo propõe a criação de um canal no qual a população possa ter acesso a informações sobre as atividades da Vigilância Sanitária fazendo com que na medida em que temos pessoas mais esclarecidas poderemos ter verdadeiros aliados nas nossas ações.

Na cidade do Recife existem alguns impressos utilizados pelos Inspetores Sanitários como instrumento de informação e comunicação que são disponibilizados no momento das inspeções abrangendo temas como: higiene das mãos durante a manipulação dos alimentos, limpeza de reservatórios e higienização dos utensílios utilizados no preparo de alimentos etc. São confeccionados também, materiais com informações que são distribuídos aos comerciantes informais e população em geral por ocasião de grandes eventos

realizados na cidade. Além desses impressos citados os Inspetores Sanitários promovem cursos de capacitação para os comerciantes informais que trabalham nesses eventos.

É importante ressaltar, que as ações ocorrem de forma pontual em função das festividades do município. Percebemos a ausência de um trabalho sistemático de educação que permita à população acesso a informações pertinentes às ações de saúde afins à Vigilância Sanitária. Embora tenhamos no município o Serviço de Ouvidoria, esse canal de comunicação não contempla o que propõe o trabalho, já que no caso da Ouvidoria ela tem como principal objetivo receber denúncias, sugestões e opiniões que são repassadas aos setores responsáveis pelo serviço prestado.

Outra questão de relevância que devemos abordar é o desconhecimento da população no que diz respeito às atribuições da Vigilância Sanitária nas esferas Federal, Estadual e Municipal de governo. É comum recebermos ligações nos serviços onde solicitações que deveriam ser direcionadas à Vigilância Sanitária Estadual são solicitadas ao município e vice-versa. É importante que a população tenha conhecimento que cabe "À Vigilância Sanitária da União (representada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária- (ANVISA). Coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios e executar ações de sua exclusiva competência e ter a compreensão de que na execução dessas atividades, a União poderá contar com a cooperação dos Estados ou Municípios. Ao Estado, Coordenar, executar ações e implementar serviços de Vigilância Sanitária em caráter complementar às atividades municipais e prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e aqui também, na execução de atividades de sua competência, o Estado poderá contar com a cooperação dos Municípios. No caso da Vigilância Municipal será a principal executora das ações e a principal responsável por implementar serviços de Vigilância Sanitária, com cooperação técnica e financeira da União e Estado".

A grande indústria conhece muito bem as regras de produção e comercialização de produtos internacionais e nacionais. Quando comete uma irregularidade que leva risco de saúde à população, está sujeita a uma pronta punição. Mas nem todos os pequenos produtores conhecem os riscos que seus produtos podem oferecer para a saúde, nem as regras da Vigilância Sanitária. Por isso, a ação da Vigilância Sanitária nos municípios vem mudando. Antes, privilegiavam-se as ações com o foco de: regular, vigiar e punir, agora: regular, vigiar e educar, advertir e orientar; punir em último caso. As ações da Vigilância Sanitária nos dias de hoje têm como recomendação fundamental a ação educativa, que

deve ser exercida não apenas por meio das fiscalizações, mas também por intermédio de reuniões, seminários com associações, sindicatos, etc.

Como bem descreve Ana Júlia Colazans e Márcia de oliveira em artigo intitulado Trabalho e Educação na Saúde: um olhar na Vigilância Sanitária "podemos notar que apesar da herança reguladora da VISA própria de Estado, compreendemos que para que possa cumprir suas finalidades previstas na lei orgânica da saúde, é necessário que o processo de trabalho abranja estratégias que informem e comuniquem situações de promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, o uso concomitante de vários instrumentos além do legal e da fiscalização, deve compor as prioridades de ações às de incentivo a participação social".

Pesquisando sobre o tema encontramos na Vigilância Sanitária do Estado da Bahia um manual onde é descrito como missão da Vigilância Sanitária, entre outras, "Ações de informação, educação e comunicação em saúde". Afirma que é importante que não apenas os usuários, mas também os prestadores de serviço sejam orientados e esclarecidos nas suas dúvidas quanto à maneira de proceder para disponibilizar à população bens de consumo e serviços de qualidade, de modo a minimizar ou até eliminar os riscos à saúde dos usuários. O manual descreve o papel educativo desenvolvido pelos Agentes de Vigilância Sanitária como de fundamental importância social. Conclui, portanto, que é importante investir no processo de educação, a fim de instrumentalizar a formação de uma massa crítica que possa exercer sua cidadania, reconhecendo que se trata de um processo dinâmico que precisa ser construído por cada um de nós. Para a intermediação desses dois segmentos da sociedade, consumidor e produtor/prestadores de serviços requerem-se dos profissionais de Vigilância Sanitária, além de capacitação técnica para exercer suas funções, conhecimento e sensibilidade na área de educação em saúde. Dessa forma, "o binômio Educação-Vigilância Sanitária é de importância ímpar nessa área de atuação, devendo ser visto como inseparável".

Ao chegar ao mercadinho, a dona de casa observará o prazo de validade, acondicionamento dos produtos e condições higiênicas do local. A população à medida que se apropria de conhecimentos referentes às ações da VISA, passará a agir de maneira mais segura tanto no consumo, como no modo de acondicionar e preparar os alimentos na sua residência; terá mais segurança ao adquirir medicamentos, saberá identificar se os serviços prestados em estabelecimentos de interesse à saúde estão sendo oferecidos de maneira adequada; cobrando, por exemplo, que esses estabelecimentos exponham suas licenças

sanitárias de funcionamento. Como conseqüência, teremos a médio e longo prazo uma diminuição nos atendimentos em serviços de saúde causados por agravos, provenientes da utilização de serviços ou consumo de produtos em condições inadequadas.

A apresentação desse trabalho tem por objetivo propor a criação de um Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária, que além de proporcionar maior humanização nas ações da VISA, irá proporcionar um momento de acolhimento para essa parcela da população, que muitas vezes percebe a VISA como um órgão policialesco que apenas interdita, popularmente “fecha estabelecimentos”, ou seja, é visto como um ente distante da realidade e do alcance do cidadão. Por isso, este trabalho tem por pretensão aproximar a Vigilância Sanitária da população, que é o ator mais importante nesse contexto.

3- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Propor Implantação do Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária.

3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar proposta do núcleo de educação;
2. Criar um espaço físico de acolhimento/atendimento ao público;
3. Criar um Disque- VISA para atendimento à população e ao setor regulado;
4. Construir um BLOG-VISA.

4 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As ações programáticas necessitam ser repensadas no sentido de desenvolver ações que reduzam, concomitantemente, os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento[15]. E, tendo em vista, que o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistênciais[16] devem fazer parte das ações realizadas no Sistema Único de Saúde; Compreende-se que a vigilância da saúde ao propor que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções[15] garanta melhoria e qualidade à prestação dos serviços.

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, são fatores determinantes e condicionantes de saúde; e, ações de Vigilância Sanitária estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde[18].

Entendendo a importância da educação na construção do saber e como agente modificador do meio, dentro desta perspectiva de comunicação, não há só o discurso comunicacional oficial sobre saúde a ser considerado, mas uma gama de discursos de diversos emissor-receptores que se entrelaçam. Assim, percebe-se um farto campo para a construção de ecossistemas comunicacionais[17]. Assim, se enriquecem e possibilitam a participação social na construção democrática da saúde pública. Entendendo essa construção democrática como participação política da população, por meio do controle social (princípio garantido na Constituição de 1988 e na Lei nº 8080 que regulamentou a criação do Sistema Único de Saúde), o que evidencia a sua importância.

A prioridade atribuída à prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil[15]. Sendo assim, ações de educação em saúde em Vigilância Sanitária podem colaborar para a promoção da saúde, considerando que a política de promoção da saúde deve atuar para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano[19].

É importante salientar, que a educação em saúde para uma comunidade requer considerações não apenas relacionadas ao levantamento das suas necessidades e

determinação arbitrária de ações, mas deve envolver a participação destas comunidades no desenvolvimento destas ações, para que elas mesmas desempenhem o papel principal na identificação de suas próprias necessidades e no planejamento de soluções para atendê-las com maior especificidade[20].

A ampliação dos horizontes de interlocução do campo da saúde com a comunidade, representada pelos diferentes segmentos que a constituem, depende em grande parte dos meios de comunicação. A mídia, em seus mais diversos veículos de comunicação, exerce nesse contexto um papel de fundamental importância, seja na difusão de orientações e informações de interesse coletivo, em relação a procedimentos sanitários básicos, seja na formação da opinião pública quanto à promoção da saúde como um direito do cidadão[17].

No campo da comunicação, é crescente o interesse da mídia por assuntos sobre ciência e saúde. São expressivos os espaços em jornais impressos e maior o tempo em noticiários de rádio e TV, dedicados à informações e notícias referentes à ciência, particularmente no que tange aos seus impactos no cotidiano das pessoas[17].

A reorganização da atenção básica permite um novo processo de trabalho, onde o vínculo profissional/paciente e a co-responsabilização da equipe e da população atendida são condições para se alcançar resolutividade e humanização no atendimento. As ações em saúde demandadas nesse nível do cuidado são inúmeras e têm forte potencial de impacto no padrão de morbidade e de mortalidade da população[21].

4.1 – VIGILÂNCIAS SANITÁRIAS E A EDUCAÇÃO

A importância da educação, em especial na saúde, como forma de prevenção é tão relevante que a ANVISA criou um espaço que é destinado à publicação de conteúdo técnico-científico produzido pela ANVISA e colaboradores do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Onde técnicos, gestores, pesquisadores, estudantes e educadores podem encontrar conteúdo sobre saúde, especialmente em Vigilância Sanitária, tanto para o desenvolvimento de trabalhos e pesquisas quanto para facilitar os processos de ensino-aprendizagem. Além disso, o visitante pode ter acesso a informações sobre os projetos desenvolvidos pela Agência em parceria com diversas organizações. A ANVISA acredita que a educação, a pesquisa e o conhecimento são fundamentais ao exercício da missão da Vigilância Sanitária na proteção e promoção da saúde[25].

Podemos citar, entre outros, o Projeto Educanvisa: Educação em Vigilância Sanitária que é um projeto educativo da ANVISA que tem o objetivo de capacitar professores e profissionais de educação para atuarem junto com os profissionais das Secretarias de Saúde e da Vigilância Sanitária na promoção do uso adequado de medicamentos e de outros produtos sujeitos à Vigilância Sanitária, alertando sobre os riscos e cuidados no consumo desses produtos. E aborda ainda temas de promoção da saúde como alimentação e hábitos de vida saudáveis. O projeto busca romper a visão popular tradicional de que Vigilância Sanitária é apenas o controle de higiene em bares e restaurantes. Procura promover, por intermédio de atividades preventivas, a saúde da população democratizando informações sobre danos, riscos, legislação, dentre outras[25].

Outro projeto de igual relevância, intitulado: “A informação é o melhor remédio”, foi iniciado em 2006, através de uma parceria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e do Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF/MS, com a proposta de realizar uma campanha publicitária para informar a população sobre o uso racional de medicamentos e alertar sobre os riscos das peças publicitárias de medicamentos nos meios de comunicação. Com uma linguagem simples e bem popular, a iniciativa procura sensibilizar o público sobre os problemas causados pela automedicação, pelo uso indiscriminado de medicamentos e pela influência publicitária no consumo desses produtos. O material de divulgação foi composto de um kit que reúne a cartilha da campanha e vídeos educativos para sociedade[25].

Utilizando-se de mais um meio de comunicação como instrumento educativo podemos citar “Nas Ondas do Rádio”, que foi um espaço elaborado para os profissionais de comunicação que atuam no setor de radiodifusão de todo o Brasil e que exercem um importante papel na democratização e acesso à informação. Neste caso, trazendo orientações e dicas para comunicadores de rádio sobre a propaganda de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária. O rádio é parte integrante do cotidiano de grande maioria da população brasileira. A grande popularidade deste veículo de comunicação é atribuída, sobretudo, ao caráter universal de sua linguagem – essencialmente coloquial (simples e direta), além de estabelecer uma empatia com o ouvinte ao atender as suas demandas por entretenimento, informação e companhia. Neste espaço, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preparou um rol de orientações e dicas sobre a propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária para esses comunicadores. A expectativa de tal ação é a construção de uma sociedade mais saudável, crítica e reflexiva[25].

A educação em Vigilância Sanitária é tão relevante para a relação entre Vigilância Sanitária, população e saúde que várias publicações foram feitas, no qual podemos citar "Gestão da Educação em Vigilância Sanitária – Proposições Regionais". As informações oferecidas neste documento contêm, em sua essência, as linhas norteadoras da ação educativa em Vigilância Sanitária e, potencialmente, poderão subsidiar a construção de planos, programas e projetos de educação em saúde, direcionados tanto para os profissionais de Vigilância Sanitária quanto para a população, considerando os vários segmentos da sociedade[25].

A ANVISA reconhece a necessidade de harmonização na gestão da educação no âmbito da Vigilância Sanitária em sintonia com as demais áreas do SUS. Assim, as diretrizes de Gestão da Educação em Vigilância Sanitária têm como objetivo orientar essa harmonização, na ação para proteger a saúde e intervir sobre riscos, e tornar a formação em Vigilância Sanitária ainda mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, respeitando a diversidade das regiões[25].

O assunto não se esgota e é temática de vários artigos, como "A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde" destaca aspectos da promoção da saúde e da educação em saúde que permitem argumentar sobre a pertinência do trabalho desenvolvido com grupos na comunidade. O trabalho em grupo possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas, e circunstâncias de vida que influenciam a saúde[26].

Diante do exposto, nada mais nos resta senão somar e aderir à grande proposta que é investir em educação e saúde, objetivo desse trabalho.

4.2 – CARACTERIZAÇÕES DO TERRITÓRIO

A cidade do Recife recebeu o titulo de cidade em cinco de dezembro de 1823 (IBGE/cidades 2009) e de capital do estado de Pernambuco em 1825. É considerada totalmente urbana, com uma população residente estimada de 1.634.808 habitantes em 2010, apresenta um crescimento populacional ascendente e compatível com perfil correspondente às tendências de crescimento do Estado e do Brasil. Conforme descrição posterior observou uma predominância das faixas etárias mais jovens. Sendo o maior percentual de 35,58% da faixa etária de 30 a 59 correspondendo a 581.727

habitantes, seguindo faixa etária de 15 a 29 anos, que representa 28,87% correspondendo a 471.988 habitantes. A faixa etária de 60 anos representa 9,38 % dos habitantes e compreende 153.418 habitantes. Recife situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 220 km e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o oceano Atlântico.

Com a posição territorial diversificada: morros - 67,43%, planícies - 23,26%, áreas aquáticas - 9,31%, zonas especiais de preservação ambiental (ZEPA) - 5,58%; a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 regiões político-administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário - DS:

- DS I - Recife Antigo, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa vista, Paissandu, ilha Joana Bezerra, Santo Antônio e Ilha do leite;
- DS II - Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto de Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do tiro e Dois Unidos;
- DS III - Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirim, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro e Brejo de Beberibe;
- DS IV - Cidade Universitária, Engenho do meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro e Caxangá;
- DS V - Caçote, Mangueira, Bongi, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó e Afogados;
- DS VI - COHAB, Brasília Teimosa, Ipsep, Ibura, Jordão, Pina, Boa Viagem e Imbiribeira.

Em 1973 foi composta a região metropolitana do Recife com 14 municípios. Analisar bem o Recife é inseri-lo nessa realidade, considerando uma intensa relação com o espaço circundante, onde expressa claramente sua dinâmica interna e externa. Diante de qualquer necessidade de observação necessária de destaque, tanto no contexto demográfico, cultural, econômico, político-institucional, ambiental, patrimônio- histórico, o Recife possui a síntese mais significativa desse contexto. Gerando uma interdependência das cidades da região metropolitana, onde é compreendida e justificada pela infra-estrutura municipal.

4.3 – NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO

A tarefa de melhorar nosso sistema educacional, dinâmico e complexo, exige atuação em múltiplas dimensões e decisões fundamentadas, seguras e criativas. De um lado, há melhorias institucionais, que atingem instalações físicas e recursos materiais e humanos, tornando as escolas e organizações educacionais mais adequadas para o desempenho dos papéis que lhe cabem. De outro, há melhorias nas condições de atendimento às novas gerações, traduzidas por adequação nos currículos e nos recursos para o seu desenvolvimento, num nível tal que provoquem ganhos substanciais na aprendizagem[30].

Pode-se afirmar que a existência de um fosso cultural entre os serviços de saúde e a população foi percebida nas primeiras iniciativas de educação popular em saúde, tal como se organizaram nas periferias das metrópoles e das cidades do interior, entre os anos 1975 e 1985. Essas experiências foram sistematizadas em encontros populares e vieram a compor o ideário do que se convencionou chamar de movimento da Reforma Sanitária[34].

A educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas[32].

Cabe as instituições públicas desenvolver ações com o emprego de tecnologias apropriadas de alta disseminação e baixo custo e que contemplem o caráter pratico da educação, buscando envolver a todos num sistema e processo de permanente interação[36].

A aprendizagem é uma atividade contínua, que se inicia nos primeiros minutos da vida, estende-se ao longo dela. O conceito de aprendizagem não é, portanto, restrito ao período escolar, inicia-se na infância e percorre toda a vida[33].

No entanto, entende-se que outros elementos se incorporam à discussão do conceito de integralidade, especialmente com vistas à promoção da saúde, como os de intersetorialidade e participação social. Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país. E, pensando assim, observar que as ações de saúde não podem ser voltadas apenas para a assistência ou mesmo para o setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde[32].

Ao permitir-se um nível aprofundado de relação é possível dado o engajamento múltiplo dos membros com experiências locais, e movimentos sociais, incorporar vários níveis da experiência e do fazer humano: ativismo político, trabalho organizativo, atuação dentro dos serviços de saúde e criação de identidades compartilhadas com os grupos populares e movimentos sociais[34].

4.4 – DISQUE-VISA

A informação e educação sanitária têm importância primordial para a efetividade das ações da Vigilância Sanitária. É necessária a criação de canais que facilitem o acesso da população às informações inerentes à saúde e proporcione esclarecimento de dúvidas em relação as questões de educação sanitária, é com esse intuito que o Disque-VISA, que através de um número de telefone, irá favorecer a interação dos técnicos em VISA com não apenas cidadãos e consumidores, mas também os produtores, a fim de oferecer um serviço que promova de forma educativa ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde.

É grande o desafio de transformar em realidade os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais - universalidade do acesso, integralidade das ações, eqüidade. Torna-se um desafio construir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, elaborando projetos tecno-assistenciais centrados nas necessidades dos usuários.

É possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam mudanças no âmbito dos estabelecimentos de saúde e reorganização de processos de trabalho, resultando em intervenções positivas. Práticas essas que produzam universalização na atenção, serviços que incorporem as necessidades dos usuários, que sejam acolhedores, que vinculem, sejam equânimes, promovam reforma nas práticas sanitárias e sejam também produtores de indicadores positivos no quadro de morbimortalidade. Esses novos

dispositivos de mudança, quando pensados e articulados conjuntamente pelo coletivo dos trabalhadores de um serviço, ganham maior potência[37].

Na prática, todas as ações de Visa demandam ações de comunicação, reconhecendo-se esta dimensão "comunicativa" como necessária para melhor conhecer os problemas que demandam intervenções da VISA, para torná-los públicos e/ou para buscar soluções coletivas. Além disso, os meios de comunicação de massa ganharam grande importância na nossa sociedade, seja para noticiar os acontecimentos, seja para vender produtos, construindo a realidade social e influenciando substancialmente o comportamento humano. De todos os modos a grande mídia pode afetar a saúde da população e por isso deve ser objeto da ação da Vigilância Sanitária, seja para a regulação seja para a construção de parceria[37].

Externamente, na relação com a sociedade, a comunicação da VISA se faz necessariamente com produtores e distribuidores, para dar visibilidade pública para a sua ação reguladora. Neste caso, podemos dizer que a Vigilância Sanitária realiza uma comunicação normativa, ou seja, aquela que tem por objetivo divulgar normas e procedimentos cabíveis para a produção e circulação de bens de consumo que afetam a saúde, bem como ações e intervenções corretivas sobre produtos danosos à saúde circulando no mercado. Além disso, alia-se à sua ação fiscalizadora uma comunicação educativa que se dirige também à correção normativa de condutas do setor produtivo ou a medidas preventivas[37].

Diante desses pontos críticos da comunicação em Vigilância Sanitária pode-se afirmar que é grande o desafio da comunicação na Vigilância Sanitária. Estudos são necessários para melhor compreender os problemas da comunicação em seus diversos âmbitos e delinear estratégias de comunicação. Os desafios da comunicação no trabalho da Vigilância Sanitária podem ser vistos tanto internamente quanto em sua relação com os segmentos com os quais atua externamente[38].

De todo modo, é um desafio combinar estratégias de comunicação articulando o conhecimento técnico-científico com o conhecimento do senso comum e os interesses econômicos e do mercado, e de modo descentralizado, aproximar-se dos públicos com quem interessa interagir, buscando conhecer o que se pode chamar de seu habitus e situação comunicacional, o que envolve a análise da posição social dos atores em interação, suas preferências por meios, suas formas de comunicar, as rotas de circulação da informação, os pontos de concentração da informação e de tensão por conflitos de

interesses. A partir dessa análise, é possível elaborar um plano de comunicação, orientado a objetivos bem definidos e estabelecendo metas passíveis de serem avaliadas. Para tanto, cabe a este profissional desenvolver habilidades para planejar em comunicação, reconhecendo a necessidade da interação dialógica com os diferentes atores sociais, mediante o exercício da escuta, com firmeza de propósitos, objetividade, identificando os parceiros da comunicação (discursos próximos e distantes), tendo em vista um determinado objetivo ou meta. É fundamental que os profissionais sejam capacitados para compreenderem seu papel na sociedade de consumo e seus limites enquanto agentes da regulação do Estado, na relação com o sistema produtivo e de distribuição de mercadorias. Trata-se, no que se refere à comunicação, de compreender como se fazem as inter-relações no cotidiano dos serviços e analisar quais as possibilidades de criação de interações significativas, que potencializem redes e processos direcionados à proteção e promoção da saúde. Ademais, compreender aspectos políticos que envolvem as estratégias de controle e regulação dos riscos pelo Estado, as opacidades e visibilidades, os atores e seus jogos de interesses, bem como as formas de relação da população e do segmento produtivo em situações que envolvem riscos à saúde. Nessa inter-relação, ao se almejar desencadear um processo de construção de um conhecimento capaz de apontar caminhos para mudanças na direção da proteção da saúde e da promoção de ambientes saudáveis, é necessário estar atento às possibilidades concretas de criação de vínculos de aliança e compromisso entre técnicos e outros atores sociais[38].

4.5 – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMO CANAL DE COMUNICAÇÃO

A Tecnologia de Informação (TI) é um dos componentes mais importantes para o aumento da eficácia e da eficiência do serviço prestado pela Administração Pública à sociedade, tanto no aspecto estratégico quanto no operacional. Essa ferramenta pode oferecer grandes oportunidades para o administrador público, porém, também novos desafios devido a potencial dependência que ela provoca e às particularidades de seu gerenciamento. Superados os desafios, a TI torna-se, segundo Slack, Chambers e Johnston (2000), fonte de benefícios inestimáveis a qualquer organização, seja pública ou privada, quais sejam: redução de custos, incremento na produtividade, melhoria na qualidade do serviço, maior flexibilidade e inovações.

A comunicação é um dos recursos que apresentam maior beneficiamento quando da adoção da TI pela organização devido à possibilidade de transmissões e recepções de

informações e dados de forma instantânea graças à simplificação das operações necessárias e à quase total anulação da influência da distância geográfica entre os agentes.

4.5.1 – USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM FAVOR DA COMUNICAÇÃO

Para as atividades de comunicação relacionadas à Visa, a tecnologia da informação pode oferecer as seguintes ferramentas:

a) *Website*: Este é a primeira e principal ferramenta para que uma organização possa usufruir dos benefícios da internet, pois ele representará a sua instituição no mundo virtual, aberta 24 horas e 7 dias por semana. Além das informações institucionais ele deve conter também formas de contato e listagem dos seus serviços (Site).
b) Redes sociais: são websites cujo objetivo é reunir pessoas e incentivar a Interação/comunicação entre elas. Considerando as redes sociais como um conglomerado de pessoas, ou seja, possíveis clientes, é um ambiente propicio para abordar e atrair membros da sociedade (Site).
c) *Podcasting*: É uma forma de publicação de arquivos de mídia digital (áudio, vídeo, foto, PPS, etc…) pela Internet, através de um feed RSS, que permite aos utilizadores acompanhar a sua atualização. Com isso, é possível o acompanhamento e/ou download automático do conteúdo de um podcast (Wikipédia).
d) Correio eletrônico: correios eletrônicos ou serviços de e-mail estão entre uma das principais ferramentas de comunicação. Ela tem uma alta popularidade pelo caráter de quebra de barreiras geográficas e a possibilidade de envio de arquivos anexados para mais de um destinatário, podendo ser grupo de pessoas. Uma das vantagens desta ferramenta é a facilidade que tem para agilizar processos e diminuir os custos com comunicação (Info Jovem).

A partir do final da década de 60, a gama de serviços de informação e comunicação disponíveis para consumidores residenciais e usuários comerciais nas diversas áreas que contam com tecnologia avançada vem crescendo incessantemente. Desde o lançamento do serviço de videotexto Prestel pela Empresa de Correios da Grã-Bretanha, em 1969, videotextos, audiotextos, banco de dados *on-line*, televisão por assinatura, ligações gratuitas (número 0800), sistemas de mensagens com voz, programas de educação à distância e outros serviços prestados remotamente têm proliferado cada vez mais.

Analisando-se da perspectiva de estratégia de *marketing*, os serviços de informação apresentam novos desafios porque representam um novo tipo de oferta no mercado que

resiste à categorização em algumas estruturas existentes nesse mercado. Os serviços de informação dividem algumas características com atividades de entretenimento (como transmissão de programas de televisão e fitas de vídeo).

4.5.2 – O USO INTENSIVO DA TECNOLOGIA

Da mesma forma que o transporte aéreo e muitos serviços financeiros, a maior parte dos serviços de informação utiliza intensivamente a tecnologia. Esta é necessária não apenas junto ao usuário, como também na rede, que normalmente não é visível por ele. Embora os usuários estejam dispostos a aceitar a tecnologia que permanece como pano de fundo e cria utilidades e serviços, essa disposição geralmente não existe quanto a investir tempo e esforço em tecnologia que requeira considerável manipulação de sua parte (Nussbaum e Ness; 1991, Rooney, 1991).

4.5.3 – INTERATIVIDADE

Muitos serviços de informação oferecem interatividade entre os usuários ou entre usuários e bancos de informações. Tecnologias de comunicação interativa seguem um padrão de difusão e criam um impacto social bem diferente da difusão e do impacto das tecnologias de comunicação de massa (Rogers, 1986). A informação é caracterizada como "vívida", se for interessante, do ponto de vista emocional, criar imagens concretas e, em geral, conter uma forte atração sensória (Nisbett e Ross, 1980). Proeminência refere-se ao destaque, ao relevo de um determinado segmento em um pacote global de informações (Fiske e Taylor, 1984). Apesar de as descobertas de pesquisas sobre efeitos de comunicação causados pela vivacidade e proeminência não serem conclusivas nesta fase, parece que a proeminência tem um efeito forte e a vivacidade, um efeito fraco, sobre a atenção que se dá a uma comunicação e a retenção da informação (Brosius e Mundorf, 1991; Taylor e Thompson, 1982).

4.6 – BLOG - VISA

O desafio para a informação da nova era é desenvolver novos contextos de interação que denotem ao agente participante a utilização, sobretudo, de alternativas criativas e estimulantes ao aprendizado. As ferramentas disponíveis hoje na Internet, desde que com as devidas adaptações e com seu uso resultando de uma estratégia de aplicação, oferecem

um universo de possibilidades a ser explorado pelo sujeito que se propuser a sobrepor a fronteira da tecnologia para descobrir meios para o enriquecimento de sua atuação.

O ciberespaço designa o universo das redes digitais, um espaço no qual “todo elemento de informação encontra-se em contato virtual com todos e com cada um”. Constitui um campo vasto, aberto, ainda parcialmente indeterminado, que não deve ser reduzido a um só de seus componentes, visto sua vocação pra interconectar-se e combinar-se com todos os dispositivos de criação, gravação, comunicação e simulação[23].

Um blog corporativo é um blog publicado por ou com a ajuda de uma organização que queira atingir seus objetivos e metas. Em relação à comunicação externa os potenciais benefícios incluem o fortalecimento do relacionamento com importantes públicos-alvo. Quanto à comunicação interna, os blogs são geralmente uma ferramenta que serve para a colaboração e a gestão do conhecimento[24].

Ainda pode-se definir Blog como uma abreviação de weblog, ou registro eletrônico, e apresenta um caráter dinâmico e de interação possibilitados pela facilidade de acesso e de atualização. O que distingue o blog de um site convencional é a facilidade com que se pode fazer registros para a sua atualização, o que o torna muito mais dinâmico do que os sites pois sua manutenção é mais simples e apoiada pela organização automática das mensagens, ou posts, pelo sistema, que permite que novos textos sejam inseridos sem a dificuldade de atualização de um site tradicional. Seus registros aparecem em ordem cronológica inversa (o último lançamento aparece sempre em primeiro lugar) e utiliza programas simples que praticamente exigem apenas conhecimentos elementares de informática por parte do usuário. (CICLO A, CICLO B, 2003).

A decisão pelo uso do Blog se deu pelo ângulo da sua funcionalidade, ele se diferencia de todas as outras formas de relacionamento virtual (e-mail, chat, instant messages, listas de discussão, etc.) justamente pela sua dinamicidade e interação possibilitadas pela facilidade de acesso e de atualização[22].

Se a aprendizagem colaborativa destaca a participação ativa e a interação, tanto dos alunos quanto dos professores, onde o conhecimento é construído através da interação social, deve-se trabalhar em ambientes que propiciem a interação, a colaboração e a avaliação. O ciberespaço, dentro desse contexto, se configura então como um local onde o

processo de aprendizagem é facilitado, visto que a produção do conhecimento é fruto da ação coletiva, da sinergia das competências e modelos mentais independe da sua diversidade e onde quer que eles se encontrem.

Somado a tais conceitos e processos a ferramenta da tecnologia da informação como fator educador em Vigilância Sanitária, assim como, em outras áreas permite reduzir a emissão de fontes poluidoras (lixos), em virtude de a comunicação ser realizada por meio virtual. Possibilitando atuação como educador e informativo sem prejuízo ao meio ambiente.

5 - PERCURSO METODOLÓGICO

As etapas de construção do Projeto Aplicativo foram divididas nos seguintes momentos:

- Momento de Tempestade de Ideias: nesta etapa foi fundamental a participação, as experiências e criatividade das pessoas envolvidas que possibilitou o aparecimento de um grande número de ideias;

- Seleção e Agrupamento dos Problemas: após a elaboração de uma lista de problemas, os mesmos passaram por um processo de seleção, para eliminar sobreposições ou coincidências. Depois, a lista foi organizada por grau de importância;

- Momento Explicativo: foi o momento em que o se realizou a seleção, a compreensão e a análise do problema;

- Momento Normativo: partindo das causas críticas (nós críticos), desenhou-se o plano de intervenção e onde foram elaboradas as propostas de ação.

5.1 – FERRAMENTAS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional – PES (Matus, 1993, 1994a, 1994b) surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartido, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação[29].

5.1.1 – MATRIZ DE SELEÇÃO DE PROBLEMAS

Essa ferramenta possibilita escolha e priorização mais criteriosas dos problemas, com base em algumas variáveis que devem ser avaliadas pelo grupo, que conferirá, de forma consensual, diferentes graus (alto, médio e baixo) para cada variável, de acordo com seu significado[31].

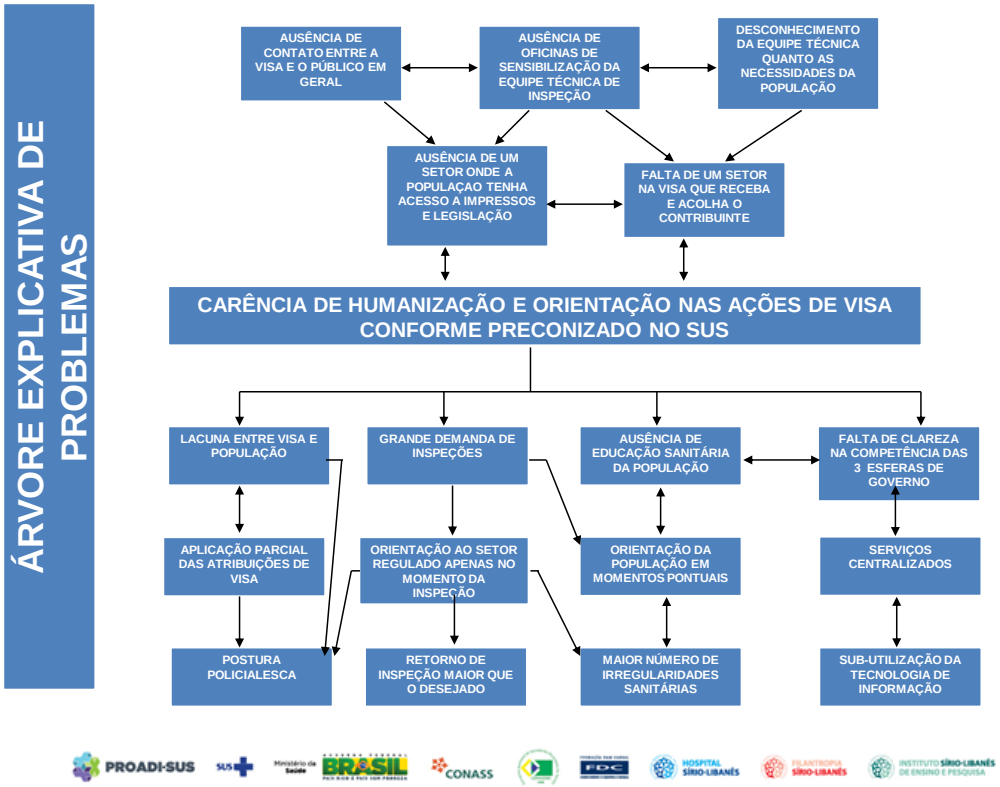
5.1.2 – ÁRVORE EXPLICATIVA PROBLEMAS

É um diagrama de causa-efeito, porque possibilita uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais. Nela são estabelecidas as ligações mais importantes, visando analisar a realidade, que é complexa, de uma forma mais simplificada a fim de tornar possível uma ação. É o que a literatura denomina de "redução da complexidade" [30].

A condição primordial para construir a árvore problema e levantar os nós críticos partiu – exatamente - da inquietação, da busca por respostas, graças a diversidade de pensamentos e um entendimento comum dos componentes desta construção que é a Coerência.

A vivência, sem dúvida, coopera para compreendermos a relação de causa e efeito, permitindo entender o universo a que estamos submersos e ao mesmo tempo garantindo uma visão ampla sobre a temática e, desta forma, facilitando o processo para encontrar uma possível intervenção adequada.

Tabela 3 – Árvore de Problemas do PA



5.1.3 – MATRIZ ATORES SOCIAIS

É definido como um grupo de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que agindo em determinada realidade é capaz de transformá-la. Caracteriza-se por possuir três condições: um projeto para intervir na realidade que se deseja mudar, capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar a frente uma proposta de mudança e algum grau de organização[27].

Compreende-se por atores sociais um grupo de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade é capaz de transformá-la [38]. Sendo assim, para se configurar como ator social é necessário três características/condições:

1. Um projeto para intervir na realidade que deseja mudar;

2. Capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar à frente uma proposta de mudança;
3. Algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar de acordo e de certa forma mobilizado para a mudança.

Nesta proposta de implantação de um núcleo de educação sanitária, apontamos / identificamos como atores sociais diretamente envolvidos neste processo: os técnicos e gestores de Vigilância à Saúde e Vigilância Sanitária, o setor regulado e a população da cidade do Recife e região metropolitana. Buscando a parceria e contribuição mais efetiva somando com as questões e ações de VISA, no processo de construção da promoção e proteção a saúde dos cidadãos da cidade Recife e entorno, com a compreensão com a compreensão de um possível empoderamento social trazidos pelas mudanças implementadas pelo Núcleo de Educação Sanitária e através da prática de uma comunicação humanizada, como co-responsável, no processo de construção de uma nova consciência sanitária nos munícipes.

5.1.4 – MATRIZ DE INDICADORES

Os indicadores são medidas síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões. Vistos em conjunto podem refletir as condições, os modelos de gestão e atenção, permitindo avaliar diferentes aspectos de determinada questão, bem como a adequação e a qualidade de sua aplicação[28].

Alguns Indicadores de Problemas e Avaliação foram utilizados e criados objetivando aperfeiçoar a pesquisa em questão, tais como:

- Redução de Interdições e Auto de Infração Pós-implantação do Núcleo;

  RIA= nº de Interdições e Autos ano corrente/ nº de Interdições e Autos ano anterior x 100;

- Número de Estabelecimentos Licenciados Pós-implantação do Núcleo;

  NEL= nº de Estabelecimento licenciados ano corrente/ nº de Estabelecimentos licenciados ano anterior x 100;

- Redução no número de retornos no processo de licenciamento sanitário Pós-implantação do Núcleo;

  RNR= nº de retornos no proc. Licenciamento ano corrente/ nº de retornos no Proc. Licenciamento ano anterior x 100;

- Número de Atendimentos realizados pelo núcleo de educação em visa;

  NAEV= nº de Atendimentos ano corrente / nº de atendimentos ano anterior x 100;

- Número de capacitações nos ciclos festivos;

  NCCF = nº de capacitações no ano corrente em eventos festivos / nº de capacitações no ano anterior em eventos festivos x 100.

6 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ações	Metas	Atividades	Prazo	Fonte de Financiamento	Atores
Sensibilização dos gestores	Gestores sensíveis a proposta	Apresentação do projeto aos gestores	2º semestre de 2014	Recursos Públicos	Gestores e equipe
Estruturação do Núcleo de Educação em VISA	01 Núcleo de Educação em VISA implantado no Recife	Seleção da equipe técnica *	1º semestre de 2015	Recursos Públicos	Equipe técnica selecionada
Implementação do Núcleo	Atendimento ao público	Receber os usuários além das demais atividades	1º semestre de 2015	Recursos Públicos	Equipe técnica

*Conforme critérios posteriormente determinados

7 - GESTÃO DO PLANO

7.1 – INFRAESTRUTURA

Implantação do setor de educação em Vigilância Sanitária dotados de recursos audiovisuais: computadores, data show, máquina fotográfica, impressoras, referenciais bibliográficos, materiais instrucionais, legislações sanitárias e afins com garantia de acesso à internet ilimitado, quadro de avisos, linha telefônica e demais materiais de expediente.

Item	Quant.	V. unitário	Total
Computadores Positivo Union TV C1260 Intel Celeron 847 1.1 GHz 4096 MB 500 GB	3	1.300,00	3.900,00
Notebooks Dell Inspiron 14 Intel Core i3-3217U 1.8 GHz 4096 MB 500 GB	2	1.500,00	3.000,00
Data-show Epson Powerlite S12+ 2800 ANSI Lumens - Alto Contraste 3000:1, Tecnologia 3LCD, Resolução SVGA (800 x 600 pixels), Porta USB – Preto	1	1.800,00	1.800,00
Quadro Magnético 90 x 60cm Cafix Extra Branco Cortiarte	1	120,00	120,00
Multifuncional HP LaserJet M1132 Laser	2	600,00	1.200,00
Biblioteca (diversos títulos)	10	70,00	700,00
Material de expediente (diversos)	12	200,00	2.400,00
Ar condicionado split de 18.000 Btu	1	3.100,00	3.100,00
Câmera Digital Sony H Series DSC-HX300 20.4 Megapixels	1	1.200,00	1.200,00
Total			**17.420,00**

7.2 – RECURSOS HUMANOS

Quatro profissionais com comprovada experiência em Vigilância Sanitária: formação multiprofissional tais como: serviços de saúde, alimentos, medicamentos etc. (poderia haver um revezamento entre profissionais que tivessem interesse em participar do projeto) essa equipe não seria fixa. Quatro profissionais com comprovada experiência em Vigilância Sanitária: formação multiprofissional tais como: serviços de saúde, alimentos, medicamentos

etc. (poderia haver um revezamento entre profissionais que tivessem interesse em participar do projeto) essa equipe não seria fixa.

7.3 – PÚBLICO ALVO

População em geral, equipes de saúde, conselho municipal de saúde, sociedade civil organizada através de conselho de moradores, entidades de classes etc. População em geral, equipes de saúde, conselho municipal de saúde, sociedade civil organizada através de conselho de moradores, entidades de classes etc.

7.4 – ATIVIDADES DO NÚCLEO

- Atendimento aos usuários do sistema prestando esclarecimentos referentes às ações de vigilância sanitária;
- Elaboração de materiais didáticos e de divulgação;
- Atualização semanal do BLOG-VISA;
- Disque - VISA;
- Atendimento junto às comunidades (escolas, associações e conselhos de moradores etc.) através de palestras; mídia, impressos, etc.;
- Promover encontros de atualização junto aos inspetores e agentes da VISA sobre as necessidades levantadas a partir da NEVISA (Núcleo De Educação em Vigilância Sanitária) com freqüência trimestral.

8- CRONOGRAMA

ATIVIDADES DO PA EM 2013/14	NOV	DEZ	JAN	FER	MAR	ABR	MAI	JUN
Reunião, Planejamento e Execução	X	X	X	X	X	X	X	
Revisão de Literatura			X	X				
Elaboração do Material Escrito				X	X	X		
Elaboração da Apresentação e outros							X	
Apresentação								X

9 – ORÇAMENTO

Equipamentos

Item	Quant.	V. unitário	Total
Computadores Positivo Union TV C1260 Intel Celeron 847 1.1 GHz 4096 MB 500 GB	3	1.300,00	3.900,00
Notebooks Dell Inspiron 14 Intel Core i3-3217U 1.8 GHz 4096 MB 500 GB	2	1.500,00	3.000,00
Data-show Epson Powerlite S12+ 2800 ANSI Lumens - Alto Contraste 3000:1, Tecnologia 3LCD, Resolução SVGA (800 x 600 pixels), Porta USB – Preto	1	1.800,00	1.800,00
Quadro Magnético 90 x 60cm Cafix Extra Branco Cortiarte	1	120,00	120,00
Multifuncional HP LaserJet M1132 Laser	2	600,00	1.200,00
Biblioteca (diversos títulos)	10	70,00	700,00
Material de expediente (diversos)	12	200,00	2.400,00
Ar condicionado split de 18.000 Btu	1	3.100,00	3.100,00
Câmera Digital Sony H Series DSC-HX300 20.4 Megapixels	1	1.200,00	1.200,00
Total			**17.420,00**

Serviços

Serviço	Meses	V. mensal	Total
Banda larga corporativa de 15 Mbps	12	100,00	1.200,00
Linha telefônica	12	100,00	1.200,00
Energia elétrica	12	300,00	3.600,00
Água e esgoto	12	150,00	1.800,00
Total			**7.800,00**

Natureza	Custo anual
Equipamentos	17.420,00
Serviços	7.800,00
Total	

10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANTES, C. I. S *et al*. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.

2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vigilância Sanitária e Escola: parceiros na construção da cidadania/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.120 p.ISBN 978-85-88233-34-8.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) ISBN 978-85-334-1490-7.

4. BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

5. Janes, M. W; Marques, M. C. da Costa; A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na grande São Paulo Saúde Soc;22(4):1205-1215, out.-dez. 2013.

6. Ferreira, L. B. de A. Vigilância sanitária: conhecer e aproximar para atuar. Divulg. Saúde debate; (48): 82 – 86, Jun. 2012.

7. Silva, M. F; Conceição, F. A; Leite, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. O Mundo da Saúde São Paulo: 2008: jan/mar 32(1): 47-55.

8. Araujo, I. S. The symbolic market: a communication model for public policies, interface – comunic., saúde, educ., v.8, n.14, p.165-77, set. 2003-fev. 2004.

9. Duarte AJC, Teixeira MO. Trabalho E Educação Na Saúde: Um Olhar Na Vigilância Sanitária.

10. Moraes MC, Torre SDL. Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico. Rev Educação 2006; 1(58): 145-72.

11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vigilância Sanitária e Escola: parceiros na construção da cidadania/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.120 p.ISBN 978-85-88233-34-8.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) ISBN 978-85-334-1490-7.

13. Janes, M. W; Marques, M. C. da Costa; A contribuição da comunicação para a saúde:estudo de comunicação de risco via rádio na grande São Paulo Saúde Soc;22(4):1205-1215, out.-dez. 2013.

14. Ferreira, L. B. de A. Vigilância sanitária: conhecer e aproximar para atuar. Divulg. Saúde debate; (48): 82 – 86, Jun. 2012.

15. Silva, M. F; Conceição, F. A; Leite, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. O Mundo da Saúde São Paulo: 2008: jan/mar 32(1):47-55.

16. Araujo, I. S. The symbolic market: a communication model for public policies, interface – comunic., saúde, educ., v.8, n.14, p.165-77, set. 2003-fev. 2004.

17. Campos, C E A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde coletiva 8(2) – 569 – 584, 2003.

18. BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF:Senado, 1988.

19. Janes, M W; Marques, M C C. A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na grande São Paulo. Saude soc. Vol. 22 n. 4 São Paulo oct/Dec. 2013.

20. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

21. Ministério da Saúde(BR). Política Nacional de Promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

22. Fontana, R S. A vigilância sanitária no contexto escolar: um relato de experiência. Rev. bras. enferm. vol.61 no.1 Brasília Jan./Feb. 2008.

23. O´DWYER, G.; TAVARES, M.F.L.; DE SETA, M.H. The challenge of rendering sanitary surveillance actions operational in health promotion and in the family health locus. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.23, p.467-84, set/dez 2007.

22. Barbosa, C A P. Serrano, C A. O Blog como ferramenta para construção do conhecimento e aprendizagem colaborativa.

23. LÉVY, P.. Cibercultura. São Paulo: Editora 34, 1999.

24. WACKA, Fredrik. http://www.corporateblogging.info/about/

25. http://www.anvisa.gov.br/propaganda/educacao_saude/educanvisa.htm

26. Souza, Aline Corrêa de. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. vol. 26, n. 2 (ago. 2005), p. 147-153.

27. Matus C. Estratégias política: Chipanzé, Machiavello e Gandhi. Fundap, 2ª impressão, 2007. São Paulo.

28. Brasil. Organização Panamericana de Saúde – RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações, 2ª edição. Brasília, 2008. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf.

29. Artmann E. O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL: um instrumento a favor da visão multissetorial.

30. Acúrcio FA, Santos, MA e Ferreira SMG. O planejamento local de serviços. In: Mendes EV (org) A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

31. Carvalho GS. Fundamentos conceituais e metodológicos para análise da situação de saúde na perspectiva do planejamento em vigilância sanitária. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, 2012.

32. ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care,Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

33. OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5).

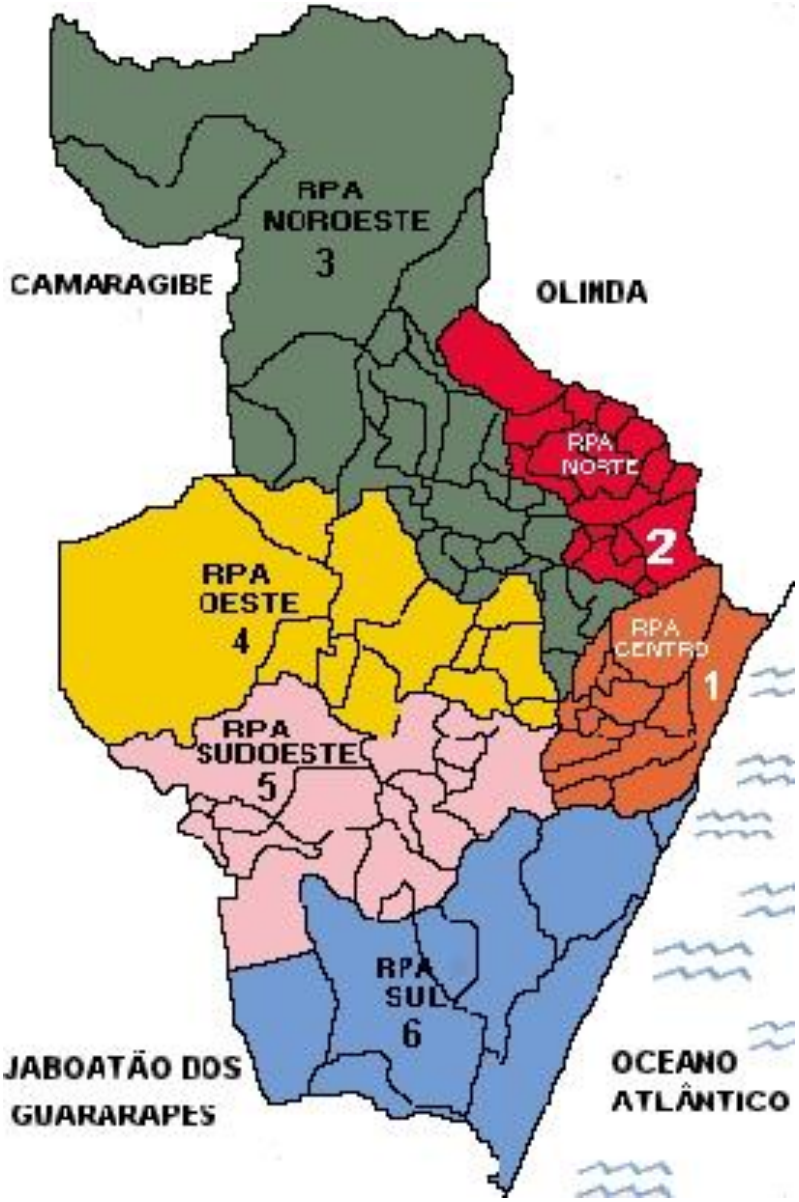
34. STOTZ, E. N; DAVID, H. M. S. L; UN, J. A. W, Educação popular e saúde – trajetóroia, expressões e desafios de um movimento social, Revista APS, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2005.

35. Disponível em: http://ged.feevale.br/bibvirtual/Diversos/0000001A.pdf acesso em: 11/05/2014 às 16:00h.

36. CASTRO, F., Educação a distância e políticas públicas no Brasil. Uma experiência do Núcleo de Educação a Distância da Universidade de Brasília. NED/UnB.

37. ORLANDI, E. P. Discurso e leitura. São Paulo: Cortez.

38. MALTA, D.C., FERREIRA, L. M., REIS, A.T., MERHY., 1998. E.E. Acolhimento _ mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência em Belo Horizonte, In: O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público. (C.R. Campos, D.C. Malta, AT. Reis, AF. Santos, E.E..Merhy, Or.). Editora Xamã VM, Belo Horizonte.

11- ANEXO

11.1- ANEXO I. MAPA DO RECIFE