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

Área de competência "Gestão do risco à saúde" – Parte 2

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	Nova perspectiva na construção de modelo padrão de Termo de Referência para otimização dos processos de compras do LACEN-DF.
2.	O Desenvolvimento da capacitação na fiscalização de padarias em municípios da região metropolitana de Belo Horizonte – projeto piloto: Brumadinho.
3.	Padronização da notificação de doenças transmitidas por alimentos para vigilância sanitária: Fluxograma descritivo.
4.	Padronização dos processos de trabalho com vistas à emissão do licenciamento sanitário no âmbito da vigilância Sanitária do Distrito Federal.
5.	Plano de capacitação das vigilâncias sanitárias da RIDE-DF/entorno a partir de um diagnóstico dos cadastros dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária.
6.	Proposta de criação de juntas para o julgamento dos processos administrativos sanitários.
7.	Proposta para padronização do processo de trabalho da vigilância sanitária de Cuiabá em serviços de salões de beleza e barbearias.
8.	Saúde em foco: a vigilância sanitária como ferramenta de gestão.

Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

PROJETO APLICATIVO:

Nova perspectiva na construção de modelo padrão de Termo de Referência para otimização dos processos de compras do LACEN-DF.

Analda Lima dos Santos

Ana Cristina Cerqueira Silva

GemmaGalgany de Lucena Souza

Marcus Vinícius Dias de Oliveira

Neura Phanebecker Goulart

Rejane Cristina Fonseca Monteiro

Thiago Mendonça Chagas

Warley Vieira Rabelo

Brasília

2014

Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

PROJETO APLICATIVO:

Nova perspectiva na construção de modelo padrão de Termo de Referência para aquisição de Reagentes Químicos do LACEN-DF.

Projeto aplicativo apresentado para fins de conclusão do Curso de Especialização de Gestão em Vigilância Sanitária - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa parcial à obtenção do título de especialista de Gestão em Vigilância Sanitária.

Orientação Facilitadora: Claudia Spindola Leal Costa

Brasília

2014

EPÍGRAFE

“Não corrigir nossas faltas é o mesmo que cometer novos erros.”
(Confúcio)

RESUMO

A falta de padronização dos Termos de Referência e a deficiência na capacitação dos profissionais responsáveis pela elaboração dos documentos vêm retardando e até mesmo invalidando o processo de compras de reagentes no LACEN-DF. Vários modelos de Termos de Referência para a aquisição de um determinado produto podem incorrer em dúvidas, atraso e falhas. Desenvolvemos um estudo sobre o impacto que a deficiência de capacitação causa em todo o processo de compras. Nossa hipótese é que o profissional despreparado impacta drasticamente no bom andamento das atividades de compras. Mediante a aplicação de questionário nas diversas áreas, coletamos dados relacionados ao conhecimento e satisfação dos profissionais que elaboram os termos de referência. Depois de identificar e analisar as questões de cada item agrupamos as diversas respostas e construímos gráficos comparativos. Após a análise dos resultados, identificamos um percentual significativo de profissionais insatisfeitos com a falta de uma padronização de termos de referências e deficiência de capacitação. Isso indica que a falta de padronização dos Termos de Referência e a deficiência de capacitação afetam diretamente a eficácia do processo de compras.

Palavras- chave: Padronização de Termo de Referência, Eficácia e Capacitação.

SUMÁRIO

1. Introdução.....7

2. Objetivos.....12

2.1. Objetivo Geral.....12

2.2. Objetivo Específico.....12

3. Justificativa.....13

4. Estrutura do Trabalho.....18

4.1. Referencial Teórico.....18

4.1.1. Definição do objeto.....24

4.1.2. Justificativa.....25

4.1.3. Condições de garantia ou assistência técnica do objeto.....25

4.1.4. Orçamento (pesquisa de preços).....25

4.1.5. Dotação orçamentária.....26

4.1.6. Condições de habilitação.....26

4.1.7. Forma de apresentação da proposta e suas condições.....27

4.1.8. Condições de recebimento do objeto.....27

4.1.9. Prazo de entrega ou forma de pagamento ou cronograma físico financeiro.....28

4.1.10. Local de entrega-gerência responsável, local, horário.....28

4.1.11. Amostras.....28

4.1.12. Obrigações da contratada.....29

4.1.13. Obrigações da contratante.....29

4.1.14. Sanções administrativas.....29

4.1.15. Garantia contratual.....29

4.1.16. Fiscalização.....30

4.1.17. Outras informações.....30

4.1.18. Local, data e assinatura.....30

5. Metodologia do trabalho.....32

6. Gráficos.....33

7. Propostas de intervenção.....41

8. Gestão do plano.....42

9. Cronograma de aplicação do projeto.....43

10. Recursos financeiros.....45

11. Considerações finais.....46

12. Referências.....47

ANEXO-I (Questionário).....49

ANEXO-II (Termo de Referência).....51

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de laboratório de saúde têm-se desenvolvido rapidamente a partir do começo do século, mas de um modo totalmente desordenado (OMS, 1962). Muitos laboratórios foram criados para atender a uma necessidade de orientação científica que forçosamente havia de sentir-se em uma época de enfermidades epidêmicas freqüentes. (OMS, 1962).

A maior parte dos mais antigos laboratórios de saúde pública tiveram existência motivada por alguma epidemia catastrófica (WEBSTER'S, 1964). Podemos entender por laboratório como sendo um local equipado para estudo experimental em uma ciência ou para testes e análises. Local que oferece oportunidade para experimentação, observação prática em um campo de estudo ou onde se elabora, se transforma alguma coisa em outra. (WEBSTER'S, 1964)

Em muitos países se tem agrupado os laboratórios em dois ramos principais: o serviço de laboratório de saúde pública e o serviço de laboratório de hospital. Este sistema tem funcionado melhor ou pior segundo os casos e não faltam países onde os serviços estão perfeitamente organizados e satisfazem normalmente as necessidades nacionais em matéria de laboratório de saúde pública (OMS, 1962). Todavia, com certa freqüência, esses serviços resultam anti-econômicos pela falta de coordenação, pela desnecessária duplicidade de muitos trabalhos e pela má utilização dos recursos disponíveis: além disso, em suas atividades têm transparecido perigosas lacunas. (OMS, 1972)

Em geral, os serviços de laboratório compartilham os mesmos problemas que afetam os serviços de saúde aos quais pertencem e suas estruturas e desenvolvimento são afetados de maneira similar (CARVALHO, 1975)

Os laboratórios de saúde pública sofreram radical transformação nas últimas duas décadas, apresentando uma nova filosofia e assumindo novas responsabilidades, sendo assim, estão intimamente ligados a todo programa moderno de atenção médica e de saúde pública e desta relação derivam problemas com respeito à demanda de serviços e os recursos para satisfazê-la (CARVALHO, 1975)

Outro grande problema é a escassez de fundos ou a inexistência de orçamentos precisos, ou as restrições orçamentárias (CARVALHO, 1975). Contudo, acreditamos que a maior dificuldade que enfrentam os laboratórios de saúde pública é a falta de pessoal competente e capacitado em todas as categorias.

A Portaria Ministerial n.º 699, de 24 de junho de 1993, estabelece que o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB deve ser integrado pela rede pública de unidades laboratoriais pertencentes à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal, organizados segundo o grau de complexidade das atividades que desenvolvem em apoio aos programas e ações dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

Atualmente na estruturação da ANVISA os laboratórios centrais são regulados pela Gerência-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – GGLAS, que tem por competências:

1. Coordenar, apoiar e supervisionar a rede nacional de laboratórios de vigilância sanitária, que compõe o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS, em articulação com as três esferas de governo;
2. Coordenar, monitorar e divulgar as informações provenientes da rede nacional de laboratórios de vigilância sanitária, em articulação com as demais unidades, no âmbito da ANVISA e entidades afins;
3. Promover ações relacionadas à implantação, manutenção e melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade para os laboratórios que realizam análises em produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária;
4. Propor, coordenar e apoiar ações para implantação e adequação de laboratórios estratégicos para execução das atividades de vigilância sanitária, em articulação com as demais unidades, no âmbito da ANVISA e entidades afins;
5. Credenciar e supervisionar laboratórios para realização de análises em produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em caráter complementar à rede nacional de laboratórios de vigilância sanitária;
6. Habilitar e coordenar a Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde - Reblas;

7. Elaborar normas técnicas para laboratórios que realizam análises em produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária;
8. Planejar, organizar, realizar e participar de eventos e fóruns nacionais e internacionais de interesse científico, político e tecnológico na área de laboratórios;
9. Propor temas e diretrizes para o desenvolvimento de estudos, pesquisa e outras.

Considerando a missão da vigilância sanitária de proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços na busca de atender a comunidade, instituiu-se o LACEN-DF que tem como objetivo a execução das mais diversas análises de interesse em saúde pública, fazendo parte integrante da vigilância em saúde.

Trata-se de um laboratório público, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, através da Superintendência de Vigilância em Saúde que atende diversas demandas provenientes das Regionais de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental, além de coordenar a Rede de Laboratórios Públicos e Privados do DF que realizam análises de interesse em saúde pública, desenvolvendo atividades de controle de qualidade, supervisão, assessoria técnica e capacitações de recursos humanos da rede de laboratórios habilitados e encaminhamento de informações relativas às atividades laboratoriais através de relatórios.

Entre as ações laboratoriais, destacam-se pela sua importância:

1. Coordenar a rede de laboratórios públicos e privados;
2. Capacitar recursos humanos;
3. Disponibilizar informações ao MS por meio de relatórios;
4. Complementar diagnóstico;
5. Controlar a qualidade das análises na rede de laboratórios
6. Realizar análises de controle de qualidade

Neste contexto, constatou-se que o processo formal administrativo de compras do LACEN-DF abrange vários documentos e informações que são anexados

constantemente e de forma cronológica, durante a vida útil do processo: autorizações, pedidos, levantamentos, cotações, mapa de preços, despachos, documentos de habilitação, notas de empenho e pagamentos que, conjuntamente, servem para compor todos os passos utilizados para efetuar os procedimentos administrativos necessários para realizar uma compra.

A busca pela melhoria dos processos passa pelo uso sistemático da informação como base, influenciando diretamente a capacidade de se atingir os objetivos pretendidos, tornando-se necessário que se tenha o envolvimento de todos os interessados no processo.

Contudo, os fluxos de informações que determinam os processos administrativos podem apresentar-se de forma truncada e ineficaz, gerando ineficiência e baixa produtividade de informações, que prejudicam a estrutura decisória da empresa.

Segundo Cruz (2003:79-80) "qualquer processo dentro de uma estrutura funcional sofre de inúmeros males difíceis de ser corrigidos ou eliminados", como por exemplo:

1. O fluxo de informação é truncado. A informação flui pelas diversas atividades que compõem o processo de forma não-linear. Muitas vezes, quem as envia não sabe com certeza por que o faz e quem as recebe, também ignora a real importância que ela pode ter para o desempenho de seu papel na empresa;

2. O fluxo de material é, geralmente, desorganizado e pode, por causa disso, gerar perdas elevadas tanto de matéria-prima quanto de material em processo;

3. O processo não tem um líder;

4. A seqüência de operações não pode ser reorganizada facilmente porque as pessoas não têm controle absoluto sobre o que estão fazendo, além de ser mal documentadas;

5. Cada empregado só conhece, quando muito, sua própria atividade. Não conhece o papel que deve desempenhar;

6. As melhorias no processo são raras e demoradas;

7. Cada empregado só é responsável por sua atividade, uma vez que não conhece as atividades anteriores e posteriores;

8. Cada empregado faz, geralmente muito mal, só sua parte. A empresa terá empregados desmotivados e desinteressados.

9. Isso se deve à adoção de estruturas tradicionais, funcionais e departamentadas, que apresentam rigidez na sua estrutura decisória, contrapondo ao processo que é dinâmico, flexível e procura se adaptar às mudanças que ocorrem no meio em que vive.

Isto posto, objetivou-se com o presente trabalho que aperfeiçoará os processos administrativos de compras do LACEN-DF buscando eliminar revisões desnecessárias do Termo de Referencia, identificando o nó crítico do problema com vistas à obtenção de um melhor desempenho nas aquisições de reagentes.

2 OBJETIVOS

2.1. GERAL

Aperfeiçoar os processos de compras, por meio da construção um modelo de Termo de Referência que promova uma maior celeridade nos processos de aquisição de reagentes no LACEN-DF, garantindo com isso, estoques adequados para atender as necessidades, tanto em análises laboratoriais internas demandadas pelos órgãos reguladores e unidades de saúde do Distrito Federal, quanto às demandas externas através de ensaios analíticos pactuados com a GGLAS (ANVISA) e CGLAB (Ministério da Saúde).

2.2. ESPECÍFICOS

Elaborar procedimento operacional padrão com instruções de como preencher o Termo de Referencia (TR) definindo um modelo de TR para aquisição de reagentes;

Capacitar profissonais envolvidos na elaboração de TRs, através de curso de aperfeiçoamento em Termos de Referência, direcionado às necessidades específicas do LACEN-DF;

Definir indicadores para acompanhar a aplicabilidade do projeto;

3 JUSTIFICATIVA

Após análises e levantamento dos dados sobre a situação dos processos de compras do LACEN-DF, no período compreendido entre os anos de 2009 a 2013 verificou-se um grande percentual de processos que retornaram a sua fase inicial por diversos erros na elaboração de Termos de Referência. Do total de 239 (duzentos e trinta e nove) processos autuados neste período o que representa uma média de 60 (sessenta) por ano, obtivemos 187 (cento e oitenta e sete) processos devolvidos por algum tipo de erro no Termo de Referência representando assim um total de 78% de processos que não obtiveram êxito.

Diante deste cenário presume-se que parte deste problema pode estar relacionada à falta ou ineficácia de capacitação e baixa experiência profissional decorrente da grande rotatividade dos mesmos. Outro ponto analisado refere-se a inúmeros modelos, de termo de referência com o mesmo objetivo o que gera dificuldade para alinhamento de um modelo único para aquisição de um mesmo objeto.

Atualmente, pela análise do mercado de trabalho e das diversas áreas de atuação dos profissionais de saúde percebe-se, a competência profissional como requisito básico, uma vez que se vive a era da informação e do conhecimento, buscando-se padrões de excelência, alcançando-se melhores resultados organizacionais e aumentando a competitividade (Gabrielli, 2004).

Nesse âmbito, a educação continuada é considerada também fundamental para uma tomada de consciência da necessidade da formação profissional sistemática, programada de modo a atingir todos os níveis, oferecendo a todos a oportunidade de crescimento profissional e pessoal. (Padilha, 1991).

Os compradores públicos, de um modo geral, ainda estão longe de se tornarem efetivamente proativos, resumidamente por dois motivos: em primeiro lugar, a legislação de licitação brasileira não permite ao comprador flexibilidade nos processos de compras, pois ele tem que seguir o que estabelece a legislação que inibe a capacidade de negociação do comprador público. Em segundo lugar, apresenta-se a própria falta de capacitação profissional dos compradores públicos, tanto do ponto de vista do entendimento total da legislação de licitação bem como ineficiência das

capacitações.

Neste sentido, Luiza, Castro e Nunes (1999:774) alertam para a falta de treinamento e motivação dos servidores envolvidos com as compras institucionais, especialmente nas organizações de saúde, traçando um paralelo entre o profissionalismo dos funcionários das empresas fornecedoras e a conseqüente falta de treinamento dos compradores públicos, alertando que as organizações compradoras, nesse caso, organizações públicas de saúde, são empresas onde, via de regra, a missão institucional não está bem definida, as atividades-meio são pouco profissionalizadas e os funcionários, conseqüentemente, mal treinados.

As mudanças no perfil do comprador público acontecem devido a fatores determinantes associados ao perfil das compras realizadas. Segundo Lima (2004:47) esses fatores determinantes estão "associados aos novos fundamentos e objetivos assumidos pelas organizações diante dos desafios do mundo contemporâneo (globalização, novas tecnologias, novas exigências por parte do consumidor, maior concorrência)". Para o autor "novas qualificações e perfis fazem parte dessa mudança e se refletem no trabalho do comprador".

Assim, o quadro é deveras desfavorável ao serviço público: de um lado fornecedores bem equipados; de outro, uma organização constituída de servidores mal treinados e freqüentemente desmotivados, atendendo não aos interesses de seus clientes/usuários, mas sim, exclusivamente a interpretações da legislação.

As ações de capacitação referem-se mais diretamente aos resultados alcançados em termos de melhoria dos processos de trabalho, devem ser consideradas como um investimento para o aprimoramento técnico dos servidores, visando melhorar os serviços públicos. Alguns instrumentos como: o Plano anual de capacitação e Relatório de execução do plano anual de capacitação são elementos essenciais para monitorar o desempenho das ações de capacitação.

Algumas qualidades mais diretamente relacionadas aos aspectos do “desenvolvimento” dos servidores:

I - desenvolvimento: processo continuado que visa ampliar os conhecimentos, as capacidades e habilidades dos servidores, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento dos objetivos institucionais;

II - capacitação: processo permanente e deliberado de aprendizagem, que utiliza ações de aperfeiçoamento e qualificação, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de competências institucionais, por meio do desenvolvimento de competências individuais;

III - educação formal: educação oferecida pelos sistemas formais de ensino, por meio de instituições públicas ou privadas, nos diferentes níveis da educação brasileira, entendidos como educação básica e educação superior;

IV - aperfeiçoamento: processo de aprendizagem, baseado em ações de ensino-aprendizagem, que atualiza, aprofunda conhecimentos e complementa a formação profissional do servidor, com o objetivo de torná-lo apto a desenvolver suas atividades, tendo em vista as inovações conceituais, metodológicas e tecnológicas;

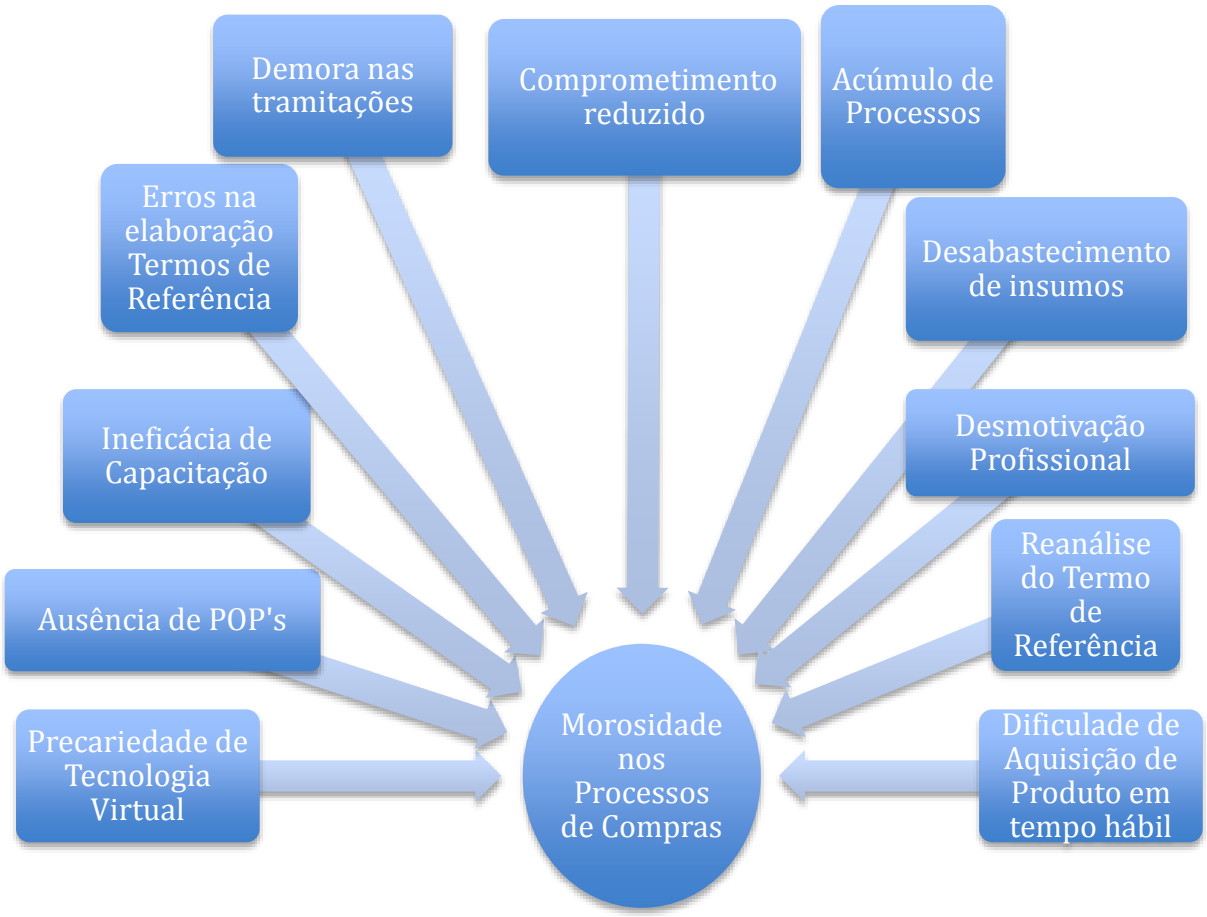
V - qualificação: processo de aprendizagem baseado em ações de educação formal, por meio do qual o servidor adquire conhecimentos e habilidades, tendo em vista o planejamento institucional e o desenvolvimento do servidor na carreira;

Buscou-se para a elaboração deste projeto a identificação da situação problema no atual fluxograma de processo de compras, qual seja a morosidade, diversos modelos de Termos de Referência e a intensa burocracia que juntos acarretam o desabastecimento de insumos, retardo na renovação de equipamentos e adequação da estrutura. (ver Figura 1).

Para elaboração do projeto aplicativo o grupo elencou todos os nós críticos dentro de sua governabilidade, chegou-se a causa mais determinante da ineficiência nos processos de compras, a qual destacamos a identificação da utilização de variados modelos de Termos de Referência e erros recorrentes em sua elaboração.

FIGURA 1. : ORDENAMENTO DOS NÓS CRÍTICOS IDENTIFICADOS NA MOROSIDADE DOS PROCESSOS DE COMPRAS E A INTENSA BUROCRACIA

RETARDANDO O ABASTECIMENTO DE INSUMOS, RENOVAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA



Verificando-se que o principal nó crítico está no falta de padronização de um termo de referência, foi considerada como estratégia de melhoria a padronização deste, através da elaboração de um Procedimento Operacional Padrão determinando um modelo de Termo de Referência para aquisição de reagentes. A seleção dessa categoria de produtos como modelo inicial se deu em função de sua relevância, criticidade de especificação e frequência de uso nas diversas áreas técnicas, impactando diretamente nas atividades de vigilância em saúde.

O projeto visa maior resolutividade dos trâmites nos processos, assegurando a efetividade e celeridade das aquisições dos materiais no tempo estimado, sendo este direcionado para as áreas técnicas do LACEN-DF que irão dispor de uma ferramenta facilitadora a ser utilizada nas futuras aquisições

4 Estrutura do trabalho

Nos tópicos a seguir encontramos o referencial teórico, o processo metodológico e a conclusão do projeto; sendo o referencial teórico o suporte científico para embasar o projeto e dar sustentabilidade à conclusão; o processo metodológico demonstra a técnica utilizada para a construção de um modelo de termo de referência e por último a conclusão que apresenta o projeto piloto a ser aplicado no processo de compras do LACEN-DF.

4.1. Referencial teórico

A partir de 1988 o Brasil conseguiu garantir ao cidadão o direito à saúde conforme o art. 196 da Constituição “A saúde é direito de todos e dever do estado”. Foram colocados como objetivos a identificação dos condicionantes e determinantes da saúde, o planejamento para melhorar os riscos de agravos e doenças e a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dentre os vários princípios e diretrizes assistenciais e organizacionais do SUS conforme lei 8080/1990 estão: universalidade, integralidade, igualdade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade, uso da epidemiologia para planejar e alocar recursos, descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único por esfera, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento da União, Estados e Municípios e participação da comunidade.

Ocorre que nos últimos anos e em todas as esferas, o governo tem procurado a redução dos gastos públicos, principalmente no setor de saúde, onde a diminuição apresenta maior repercussão. Logo, cresce cada vez mais a necessidade de profissionalizar a gestão de suprimentos, seja por meio de novas ferramentas e metodologias, ou pela incorporação de técnicas avançadas e inovadoras no setor (Batista e Maldonado 2008).

A crescente busca pela alta qualidade, menor custo, maior rapidez e flexibilização das compras e contratações públicas tem demonstrado uma constante preocupação dos gestores no uso eficiente dos recursos públicos que representam uma parcela orçamentária importante, e o seu bom gerenciamento é uma alternativa complementar para o aumento da eficiência na utilização dos gastos públicos e para melhorar o desempenho das organizações governamentais (Batista e Maldonado 2008).

As compras de materiais e bens destinados à pesquisa científica apresentam uma crescente preocupação por parte dos atores envolvidos, tanto do ponto de vista do custo apresentado, passando pela problemática da qualidade dos produtos adquiridos, quanto pela incapacidade apresentada pelas organizações públicas em fazer suprir seus estoques com a agilidade necessária, dentro do prazo.

Colaborando com essa premissa Luiza, Castro e Nunes (1999:770) afirmam que a administração de materiais tem-se destacado como um ponto crítico, entre outros, na gestão das unidades de saúde. O setor público, particularmente, vem se preocupando de forma crescente com a questão da eficiência, resultando em uma ampla discussão da necessidade de profissionalização das ações das atividades-meio.

A aplicação de novas práticas de gestão e a profissionalização permanente dos seus servidores, em especial os da área de gestão de suprimentos, possibilita à administração pública reduzir os seus custos de manutenção, que aliado à difusão da informação e do conhecimento, possa trazer vantagem competitiva, de forma a garantir a realização dos objetivos estratégicos da organização.

A Lei nº 8.666, de 1993, ao regulamentar o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, estabeleceu normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Assim sendo a Lei nº 8.666 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), de 21 de junho de 1993, alterações posteriores em conjunto com a Lei nº 10.520 (Lei do

Pregão), de 17 de julho de 2002, constituem a legislação básica sobre licitações para a Administração Pública.

A licitação objetiva garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração, de maneira a assegurar oportunidade igual a todos os interessados e possibilitar o comparecimento ao certame do maior número possível de concorrentes.

Segundo Adilson Abreu Dallari diz que ‘’O instituto da licitação assumiu grande importância atualmente na esfera de atuação da administração pública, por meio do desempenho de novas funções exigidas pela complexidade da vida moderna.

As regras que disciplinam as licitações públicas devem ser interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que informadas no edital e não comprometa o interesse da administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

De acordo com a legislação supracitada, a celebração de contratos com terceiros na Administração Pública deve ser necessariamente precedida de licitação, ressalvadas as hipóteses de dispensa e de inexigibilidade de licitação.

Dependendo da modalidade da licitação e da sua competência legislativa vai obrigar a utilização do TR. Na modalidade Pregão o TR é documento obrigatório, definido na lei 10.520/02.

Nas demais modalidades não é obrigatório, desde que não exista algum decreto obrigando a utilização do mesmo nos municípios.

Porém a falta do bom termo de referência pode trazer conseqüências diversas ao sucesso do certame, podendo até mesmo gerar uma licitação deserta ou fracassada, devido a especificações definidas de forma incorretas ou imprecisas dos objetos a serem licitados.

A definição de Termo de Referência é dada pelo Decreto Federal nº 3.555/00 em seu art. 8º, inciso II.

> "O termo de referência é o documento que deverá conter elementos capazes de propiciar a avaliação do custo pela Administração, diante de orçamento detalhado, considerando os preços praticados no mercado, a definição dos métodos, a estratégia de suprimento e o prazo de execução do contrato".

Em outra definição do Termo de referência encontramos no art. 9º, § 2º do Decreto nº 5.450/05.

> "O termo de referência é o documento que deverá conter elementos capazes de propiciar avaliação do custo pela administração diante de orçamento detalhado, definição dos métodos, estratégia de suprimento, valor estimado em planilhas de acordo com o preço de mercado, cronograma físico-financeiro, se for o caso, critério de aceitação do objeto, deveres do contratado e do contratante, procedimentos de fiscalização e gerenciamento do contrato, prazo de execução e sanções, de forma clara, concisa e objetiva."

Assim, o Termo de Referência deve ser devidamente autorizado pela autoridade competente, contendo todos os elementos capazes de propiciar, de forma clara, concisa e objetiva o processo licitatório, em especial:

- objeto;

- critério de aceitação do objeto;

- avaliação do custo pela administração diante de orçamento detalhado;

- definição dos métodos;

- estratégia de suprimento;

- valor estimado em planilhas de acordo com o preço de mercado;

- cronograma físico-financeiro, se for o caso;

- deveres do contratado e do contratante;

- procedimentos de fiscalização e gerenciamento do contrato;

- prazo de execução e de garantia, se for o caso;

- sanções por inadimplemento.

Se o Termo de Referência, de modo preliminar, é o instrumento que se vincula à modalidade de licitação denominada pregão; é componente inafastável da etapa preparatória que se atrela às demais fases procedimentais irradiando efeitos para todo o ciclo da contratação. Assim como componente da etapa preparatória, sendo elaborado corretamente pela área solicitante levará ao sucesso da licitação e é por isso que deficiências e omissões no Termo de Referência podem conduzirá insatisfação e até mesmo ao verdadeiro fracasso do pregão, com consequente repetição, anulação ou revogação.

A realidade no Poder Público é que a grande maioria dos servidores das áreas técnicas responsáveis pela elaboração do TR desvaloriza a importância do Termo de Referência, ou mesmo desconhecem a sua relevância. Em sua rotina realizam requisições genéricas e com dados insuficientes aos setores responsáveis da cadeia do processo de aquisição de materiais, consequentemente a responsabilidade pelas aquisições e contratações é deixada a cargo dos pregoeiros e demais membros da equipe de apoio. Contudo o Termo de Referência é um dos primeiros documentos a ser confeccionado na etapa inicial do processo de compras e devido a alta complexidade da sua elaboração requer uma ação intersetorial com participação de diversos servidores de suas respectivas áreas técnicas.

O Termo de Referência ganhou ênfase com o pregão, contudo sua definição normativa não se encontra na lei do pregão, mas sim em regulamentos que explicitam o Pregão Presencial e o Pregão Eletrônico, por meio dos Decretos 3.555 de 2000 e 5.450 de 2005 respectivamente.

Conforme disposto no Art.8, do Decreto 3.555/2000:

> *Art. 8º A fase preparatória do pregão observará as seguintes regras:*
>
> *I - a definição do objeto deverá ser precisa, suficiente e clara, vedadas especificações que, por excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, limitem ou frustrem a competição ou a realização do fornecimento, devendo estar refletida no termo de referência;*
>
> *II - o termo de referência é o documento que deverá conter elementos capazes de propiciar a avaliação do custo pela Administração, diante de orçamento detalhado, considerando os preços praticados no mercado, a*

> *definição dos métodos, a estratégia de suprimento e o prazo de execução do contrato;*

Conforme disposto no Art.9 , do Decreto 5.450/2005:

> *Art. 9º Na fase preparatória do pregão, na forma eletrônica, será observado o seguinte:*
>
> *I - elaboração de termo de referência pelo órgão requisitante, com indicação do objeto de forma precisa, suficiente e clara, vedadas especificações que, por excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, limitem ou frustrem a competição ou sua realização;*
>
> *II - aprovação do termo de referência pela autoridade competente;*
>
> *III - apresentação de justificativa da necessidade da contratação;*
>
> *IV - elaboração do edital, estabelecendo critérios de aceitação das propostas;*
>
> *V - definição das exigências de habilitação, das sanções aplicáveis, inclusive no que se refere aos prazos e às condições que, pelas suas particularidades, sejam consideradas relevantes para a celebração e execução do contrato e o atendimento das necessidades da administração; e*
>
> *§ 2o O termo de referência é o documento que deverá conter elementos capazes de propiciar avaliação do custo pela administração diante de orçamento detalhado, definição dos métodos, estratégia de suprimento, valor estimado em planilhas de acordo com o preço de mercado, cronograma físico-financeiro, se for o caso, critério de aceitação do objeto, deveres do contratado e do contratante, procedimentos de fiscalização e gerenciamento do contrato, prazo de execução e sanções, de forma clara, concisa e objetiva.*

As normas legais do Termo de Referência são basicamente a lei do pregão e seus respectivos decretos, contudo nada impede que a Administração discipline internamente a matéria de maneira a guiar a aquisição do órgão.

Quanto ao seu conteúdo não há uma regra específica, contudo é necessário que o Termo de Referência, cumpra fielmente as suas funções e se traduza num documento eficaz para as aquisições e serviços contratados na Administração Pública.

Elementos Essenciais no Termo de Referência, conforme legislação vigente.

4.1.1. Definição do objeto

art.3º, II da Lei n.10.520 de 2002.

A definição do objeto que se pretende adquirir é o aspecto mais polêmico do Termo de referência, isto porque na prática administrativa sempre na ânsia de melhorar as aquisições, a Administração Pública acaba por cometer inúmeros equívocos, falhas ou excessos no cumprimento da Lei.

O Termo de Referência se consolidará em função das necessidades e especificações do referido objeto em questão de maneira precisa, suficiente e clara, não sendo recomendadas especificações excessivas, irrelevantes, desnecessárias, limitadoras da competição ou da própria realização do certame. Tais diretrizes estão previstas na lei n.10520 de 2002, em seu artigo 3, inciso II, nos Decretos 3.555 de 2000 em seu artigo8, inciso I e 5.450, em seu artigo 9, inciso I.

Nas práticas administrativas relacionadas à elaboração do Termo de Referência nos deparamos também com outro desafio: a questão da qualidade das aquisições versus o menor preço-obrigatório no pregão. De maneira que, não há como fazê-lo senão a partir de uma caracterização precisa do objeto. Não se trata de transcrever para o Termo de Referência as especificações técnicas de manuais e nem de folders explicativos. Faz-se necessário o estudo detalhado e minucioso daquilo que se pretende comprar levando em consideração todos os aspectos estruturais, técnicos e de ordem econômica.

A virtude a ser adotada por ocasião da descrição do objeto do contrato administrativo é o meio-termo, sem que se admita restringi-lo nem ampliá-lo em demasia. Conhecer a necessidade e as possíveis soluções de mercado e, com base na análise de custo benefício, descrever as condições para a aquisição ou prestação de serviços. É vedada a indicação de marca, conforme § 5º do art. 7º e o inciso I do § 7º do art. 15 da lei n. 8666/93, salvo se houver justificativa em interesse público.

4.1.2. Justificativa

art.3º, I e III da Lei n.10.520 de 2002.

As justificativas existentes no Termo de Referência sejam de ordem técnica ou não, deverão ser ratificadas (para aprovação) pela autoridade competente. Ou seja, em termos práticos, deverá a autoridade decidir justificativamente acerca dos motivos da futura aquisição.

É importante, assim, esclarecer por que, para quê, para quem se adquire o objeto a ser licitado em consonância com o planejamento estratégico da instituição.

4.1.3. Condições de garantia ou assistência técnica do objeto

art.3º, III da lei 10.520 de 2002

Todo objeto é singular, portanto cada um deve ter um prazo de garantia, onde procurar os manuais e o código de defesa do consumidor.

4.1.4. Orçamento (pesquisa de preços)

art.3, III da Lei 10.520/02

O orçamento também é um importante aspecto no Termo de Referência, contudo não é apenas na modalidade de pregão que é indispensável fazer o dimensionamento econômico do objeto, a lei n.8.666 em seu artigo 7, 14, e 40 § 2º. Em se tratando de orçamento, de rotinas específicas para realizar o orçamento detalhado, nem a lei 8.666 nem a lei n.10.520 e seus decretos regulamentadores também não o fizeram.

Como não há norma específica, cada unidade administrativa realiza de um jeito o orçamento para tomar como referencial, não se sabe se na realidade o orçamento detalhado se refere a um, dois ou três orçamentos para tomar como referencial do preço máximo ou médio.

O orçamento detalhado evita o superfaturamento, guia a execução do orçamento público em consonância com a lei n.4.320 de 64, ou seja, além de referenciar o preço de mercado, o orçamento estimado ou referencial dará consistência à execução do orçamento público.

4.1.5. Dotação orçamentária

Lei de responsabilidade fiscal LC101/00 art.16em especial

São os recursos para custear a despesa com a aquisição do objeto ou dos serviços;

4.1.6. Condições de habilitação

artigo 4º, XIII da lei n.10.520/2002

1. Habilitação Jurídica - documentos exigidos no art.28 da lei 8.666/93.
2. Regularidade fiscal- documentos exigidos no art.29 da lei 8.666/93.
3. Capacitação Técnica - documentos exigidos no art.30 da lei 8.666/93. Pregão- deve estar de acordo com o objeto e a avaliação dos agentes administrativos.
4. Capacitação econômico-financeira documentos exigidos no art.31 da lei 8.666/93

4.1.7. Forma de apresentação da proposta e suas condições

O licitante deverá encaminhar proposta de preços com a descrição do objeto e o preço apresentando o valor unitário ou global do item de acordo com o Termo de

Referência. O preço ofertado deve ter a inclusão dos tributos, fretes, tarifas e as despesas decorrentes da execução. Não será aceita oferta de objeto com especificações diferentes do TR.

A lei n.10.520/02 não se ateve a aceitação ou não dos preços praticados acima do mercado, subsidiariamente a lei n.8.666 estabelece em seu artigo 40, X. Logo o dispositivo citado permite a fixação do preço máximo no edital, assim o melhor é já estipular o valor máximo.

Quanto à inexequibilidade das propostas a lei n.10.520/02 não prescreve norma alguma, assim novamente a lei LGL merece destaque o inciso IV do artigo 43, o § 3º do artigo 44 e o inciso II do artigo 48, assim cabe à Administração deixar claro no edital que os valores devem ser compatíveis com os preços praticados no mercado sob pena de desclassificação; o que a Administração jamais pode deixar de fazer é se recusar a apurar a inexequibilidade dos preços.

A validade das propostas encontra previsão no art. 6º da lei n.10.520/02, que assim dispõe: “o prazo de validade das propostas no pregão deve ser de 60 dias, se outro não estiver fixado no edital.”.

4.1.8. Condições de recebimento do objeto

Trata-se da aceitação do objeto, recebimento provisório e definitivo;

Recebimento provisório- no ato da entrega do objeto, no Departamento que procederá à conferência de sua conformidade com as especificações do Edital, da proposta, da nota de empenho e da Ata de Registro de Preços. Caso não haja qualquer impropriedade explícita, será atestado esse recebimento;

Recebimento definitivo, em até 5 dias úteis após o recebimento provisório, mediante “atesto” na nota fiscal/fatura, após comprovada a adequação aos termos contratuais e desde que não se verifique defeitos ou imperfeições. (máximo de 30 dias, art. 16 § 3º Marco Regulatório)

4.1.9. Prazo de entrega e forma de pagamento ou cronograma físico financeiro

art.3º, I, da Lei 10.520/02

Prazo para a entrega e como se darão os pagamentos durante a execução do respectivo contrato (mensal ou após a entrega), não esquecendo a proibição de pagamento antecipado prevista nos artigos 62 e 63 da lei n.4.320/64 e art.40, §3º, 55, III e 65, II, “c” da Lei n.8.666/93.

4.1.10. Local de entrega-gerência responsável Local, horário

Definir o local bem com horários de funcionamento da instituição para programação de entrega por parte do licitante.

4.1.11. Amostras

artigo 43, §3º da LGL Posição

Se necessário a administração poderá solicitar ao licitante o envio de amostras para aprovação prévia, devendo este envio estar descrito no TR.

4.1.12. Obrigações da contratada

art.3, I da Lei n. 10.520/02 (cláusulas contratuais)

Auxilia a definir as cláusulas do futuro contrato, disposição expressa a respeito dos prazos para o fornecimento de bens ou para a prestação dos serviços. (art.55 da lei n.8.666/93).

4.1.13. Obrigações da contratante

art. 3, I da lei n.10.520/02

Pagamento em até 30 dias, como será a fiscalização, infra-estrutura, etc.

4.1.14. Sanções administrativas

art.3, I e 7º da Lei n.10.520/02 e artigos 86 LGL

Toda e qualquer sanção deve estar em consonância com a teoria da tipicidade. O art. 7º determina que a multa deve estar prevista no edital e no contrato, logo a previsão isolada, em um ou outro não é suficiente. É prudente que o edital já estabeleça o valor ou o modo de apurar o valor das multas.

4.1.15. Garantia contratual

art.56, § 1º a 5º da LGL- limite máximo de 5%

A critério da autoridade competente, em cada caso, poderá ser exigida prestação de garantia nas contratações de obras, serviços e compras.

4.1.16. Fiscalização

artigo 67 da LGL

Indicação do nome do servidor e quais suas competências

4.1.17. Outras informações

artigo 40, XVII DA LGL

Neste campo é possível inserir outros dados que ainda não foram citados anteriormente, ou não possuem campo próprio.

4.1.18. Local, data e assinatura

A elaboração do Termo de Referência trata de uma atividade administrativa plural e complexa, que com certeza não é função do pregoeiro e nem da Comissão de licitação, assim, necessário na prática administrativa o estabelecimento de um responsável, pois até mesmo a área requisitante não detém as informações necessárias e suficientes para a elaboração do Termo de Referência, contudo tal documento não deverá ficar a cargo de apenas uma única pessoa, pois é justamente a pluralidade de idéias na elaboração que levará à efetiva aplicabilidade do Termo de Referência

Este documento deverá ser assinado pelo responsável da Unidade Solicitante e pela Direção do Setor (duas assinaturas), através do qual o requisitante esclarece e detalham o que realmente precisa adquirir ou contratar, trazendo definição do objeto, orçamento detalhado de acordo com os preços estimados de mercado, métodos, estratégias de suprimentos, cronograma, retratando os planejamentos iniciais da licitação e da contratação, definindo seus elementos básicos.

É através dos dados constantes do Termo de Referência que se elaborará o Edital e licitante será informado acerca do que a administração quer contratar.

O sucesso da licitação depende da fase interna, da elaboração do instrumento convocatório, pois nele são definidas todas as condições a serem cumpridas pelo licitante vencedor.

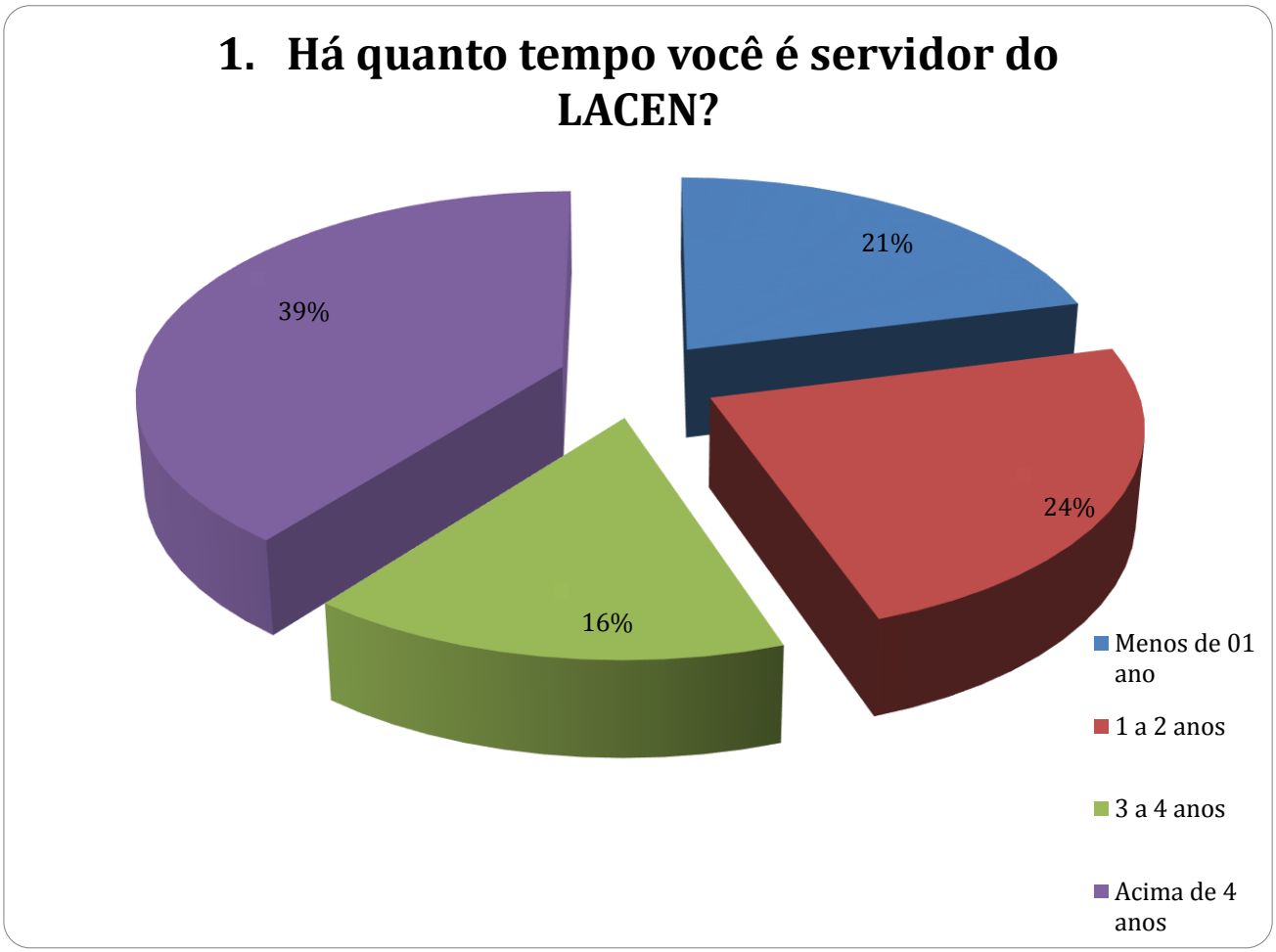
A Unidade solicitante deverá expor no Termo de Referência a definição do objeto da contratação de forma clara, precisa e detalhada, a estrutura de custos, os preços praticados no mercado, a forma e prazo para entrega do bem ou realização do serviço contratado, bem como as condições de sua aceitação, deveres do contratado e da contratante, os mecanismos e procedimentos de fiscalização do serviço prestado, quando for o caso.

5 Metodologia do trabalho

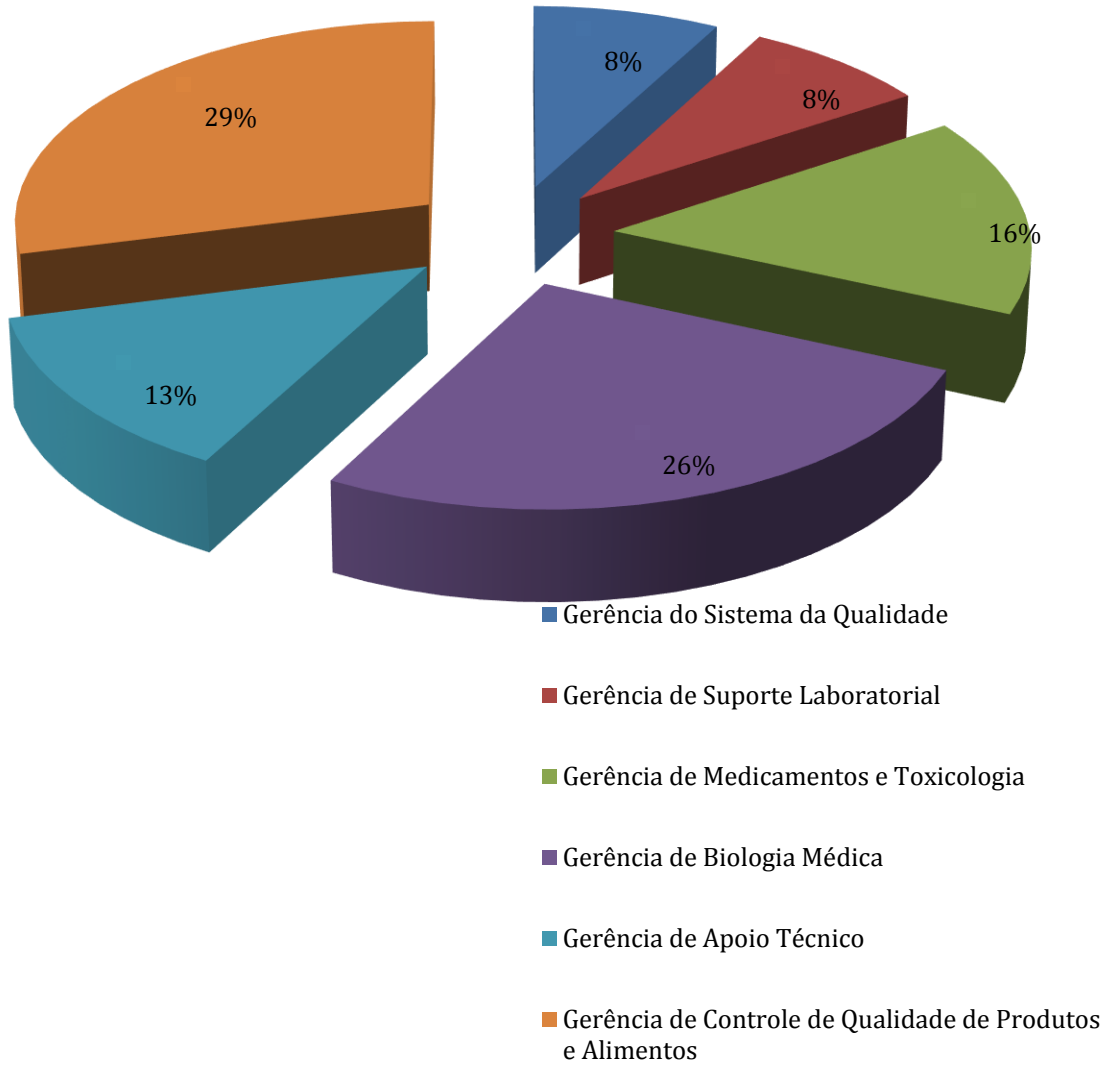
O primeiro passo para a realização deste projeto aplicativo foi o levantamento de dados na Gerencia de Apoio Técnico da quantidade de processo de compras emitida pelo LACEN-DF e a sua efetividade. Observou-se que mais de 50% dos processos passavam por inúmeras revisões em seus termos de referência.

Para avaliar as possíveis causas de repetidas revisões, foi aplicado junto aos servidores do LACEN-DF um questionário para avaliar seu grau de entendimento e capacitação para a elaboração de termos de referência. Os resultados encontrados podem ser analisados a partir dos gráficos a seguir.

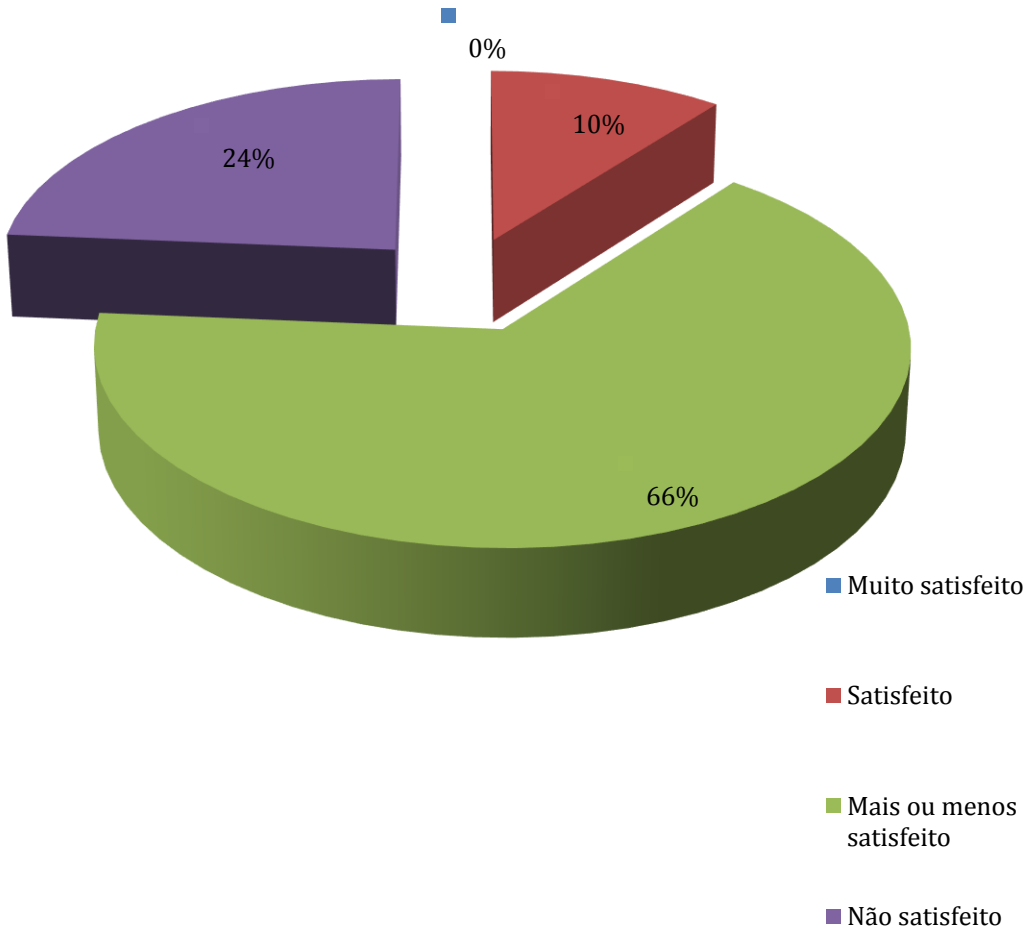
6 Gráficos

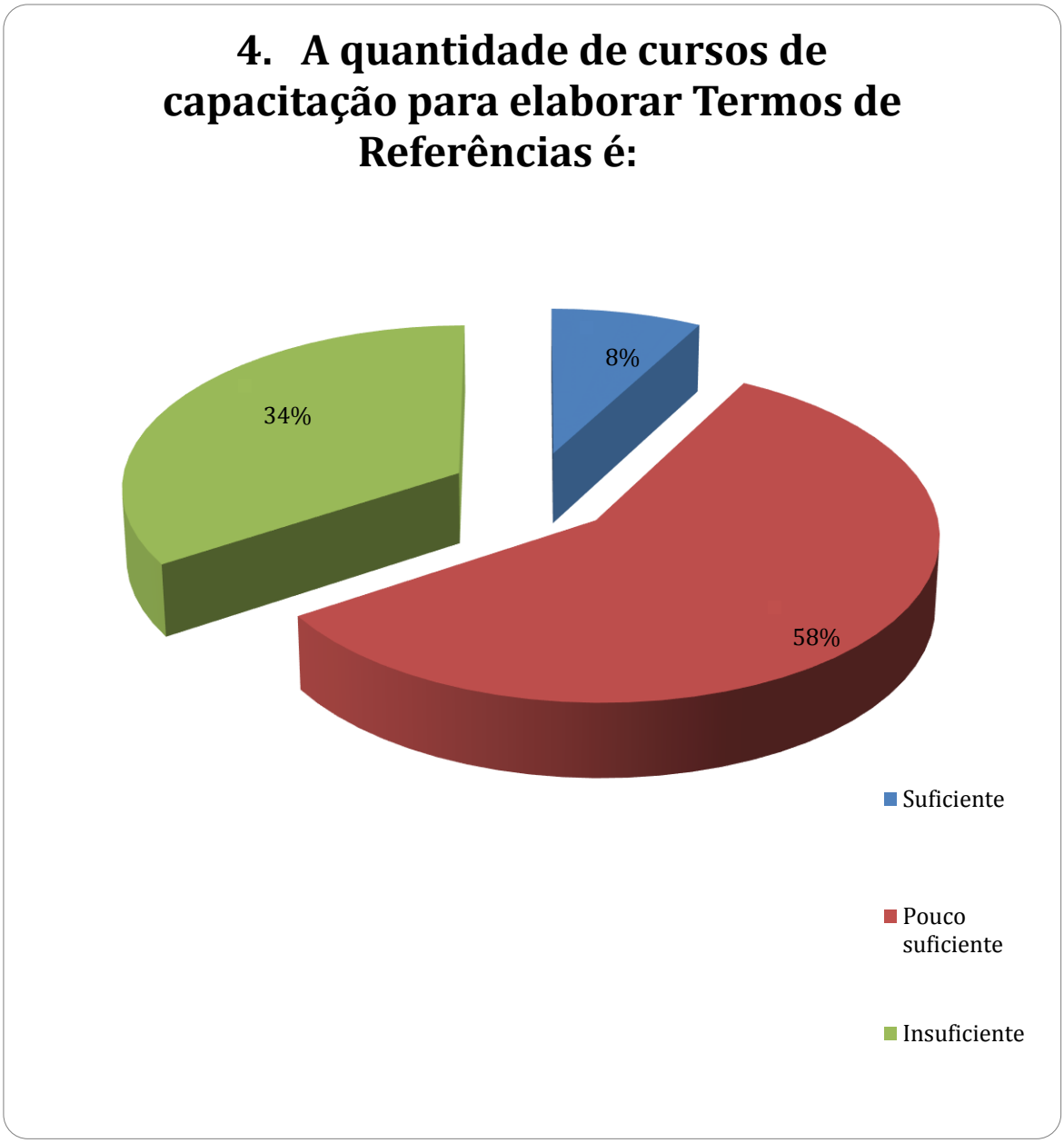

1. Há quanto tempo você é servidor do LACEN?
21%
24%
16%
39%
Menos de 01 ano
1 a 2 anos
3 a 4 anos
Acima de 4 anos

2. Assinale a gerência onde você desempenha suas funções

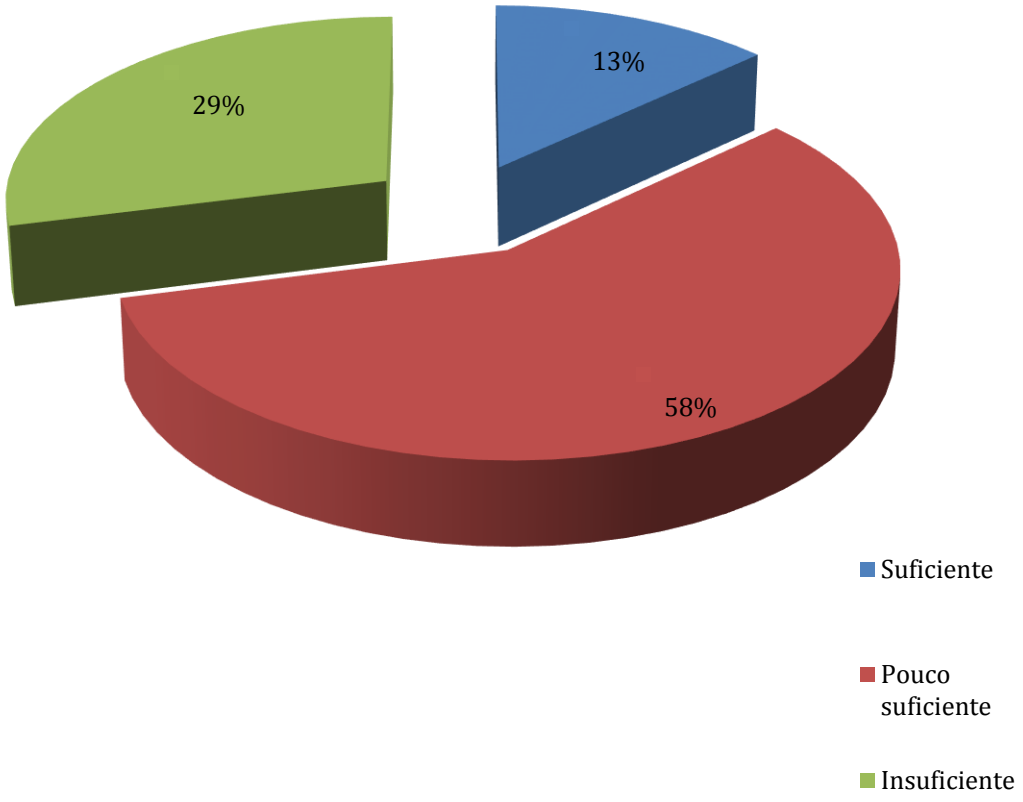


3. Em termos de atuação profissional com relação à elaboração de TR, você está:

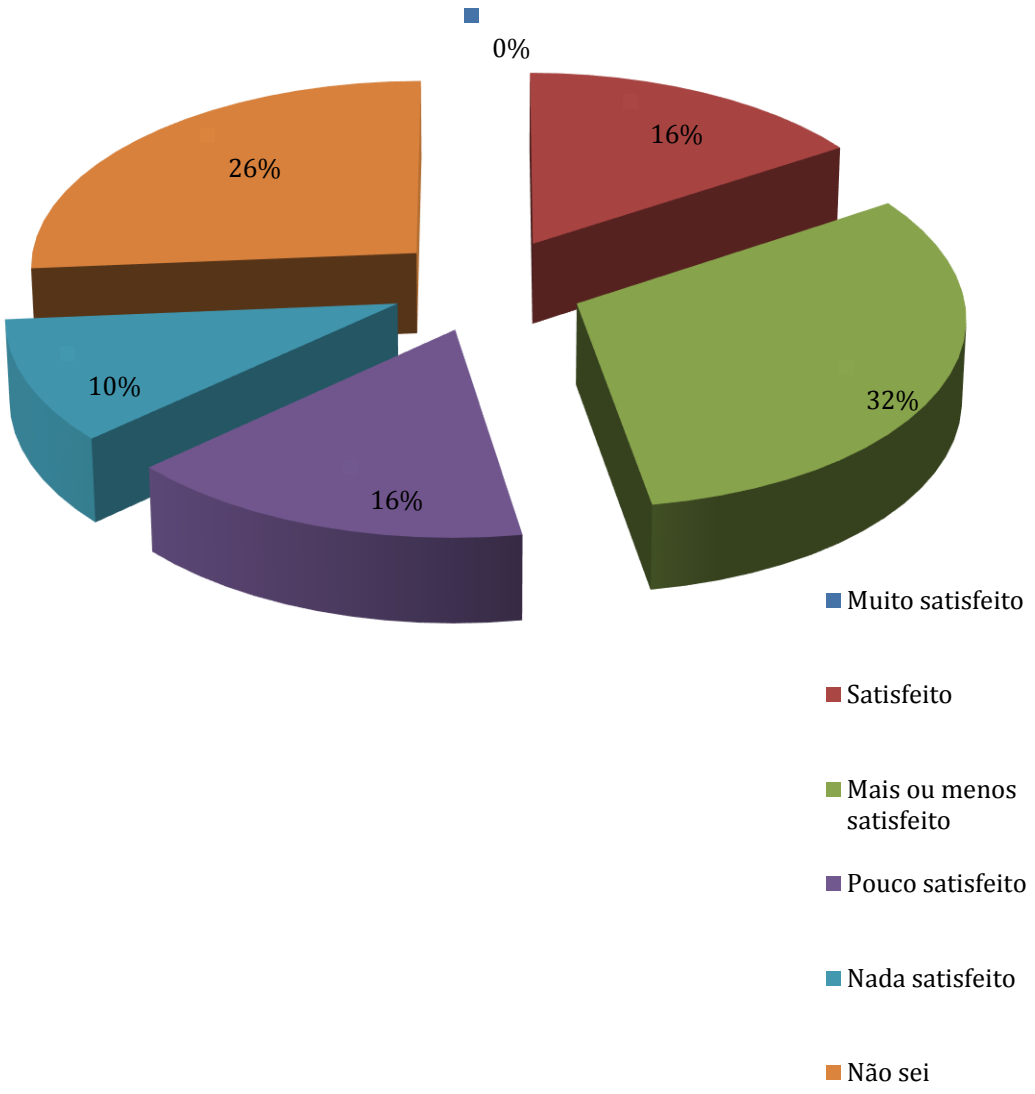



4. A quantidade de cursos de capacitação para elaborar Termos de Referências é:
8%
34%
58%
Suficiente
Pouco suficiente
Insuficiente

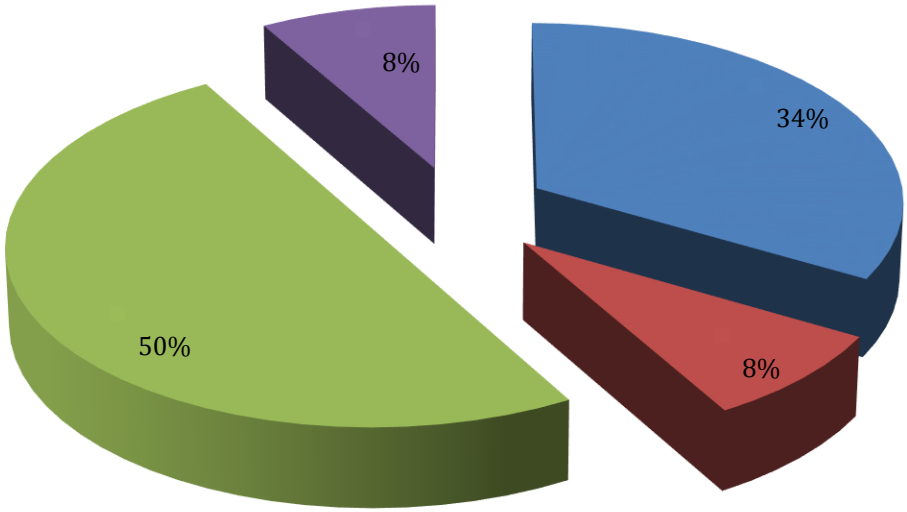
5. Seu conhecimento sobre as legislações referentes ao Termo de Referência é:



6. No que diz respeito às idéias e melhorias sugeridas por você sobre Termo de Referência serem ouvidas, você está?



7. Este espaço é reservado para comentários (pontos positivos e melhorias)



- Carência de capacitação - 4servidores
- Muita mudança, dificultando o trabalho / NECESSIDADE DE PADRONIZAR 1 servidor
- Falta POP de cada tipo de TR / padronização(para reagentes, para insumos, para serviços, para equipamentos) - 6 servidores
- Necessidade de programa computadorizado para evitar duplicidade em solicitações e facilitar o andamento do processo – 1 servidor

A maior parte dos servidores atua no LACEN a mais de 4 anos. A maioria dos entrevistados atua na Gerência de Controle de Qualidade de Produtos e Ambientes ou na Gerência de Biologia Médica 29 e 26% respectivamente. Um percentual de 66% dos entrevistados está mais ou menos satisfeito com a atuação em elaboração de termo de referência, nenhum servidor se considerou muito satisfeito com está atividade. 58% consideraram pouco suficiente a quantidade de cursos de capacitação, sendo que 34% acreditam serem insuficientes as atividades com este objetivo.

Apenas 13% dos servidores ouvidos consideram suficiente seu conhecimento sobre a legislação que tange os termos de referência.

Além de pesquisa com servidores, foi possível observar através de abordagem direta aos gerentes que existem variados modelos de termos de referência atualmente em uso, e ocorrem constantes mudanças em seus conteúdos e formatações.

A partir destes dados e com base nos parâmetros da Qualidade, definiu-se a necessidade da criação de um Procedimento Operacional Padrão (PG-GSQ-NGQ-00) anexo I que servirá de base para todas as gerências do LACEN-DF para a confecção de termos de referência.

7 Propostas de intervenção

Capacitar os profissionais do LACEN-DF envolvidos na elaboração do Termo de Referência para aquisição de reagentes utilizando as instruções contidas no Procedimento Operacional Padrão que contém como anexo o Termo de Referência. Para efetivação desse projeto se fez necessário a inclusão na Programação de Capacitação dos Servidores do LACEN-DF de 2014 cursos de capacitação para elaboração de Termo de Referência para aquisição de reagentes cujo conteúdo tem como enfoque abordagens sobre legislações, fluxo de tramitação do processo, identificação e especificidade do objeto de compra.

8 Gestão do plano

Pretende-se capacitar 100% dos servidores no ano de 2014 envolvidos na elaboração de Termos de Referência. A avaliação será por meio de questionário com perguntas específicas sobre os diferentes assuntos abordados no Curso de Capacitação. O requisito para o servidor ser considerado apto para elaborar de Termo de Referência de Reagentes é acertar 65% das questões. Resultados inferiores indicam que o servidor deve ser capacitado novamente.

Para avaliar a efetividade do processo de compras de reagentes no que tange a governabilidade do LACEN será utilizado o indicador número de processos autuados x devolvidos para ajuste. Será considerado aceitável o percentual de 10% de devolução. No caso de ultrapassar esse percentual, as causas serão investigadas e medidas corretivas adotadas.

9 Cronograma de aplicação do projeto

Ação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Aplicação do questionário				X								
Levantamento do número de processos que retornaram ao LACEN para nova análise no ano de 2013					X							
Pesquisa de referencial bibliográfico	X	X	X	X	X							
Elaboração de TR para capacitação						X						
Capacitação dos profissionais que elaboram Termos de Referência											X	
Introdução da aplicabilidade do procedimento											X	
Monitoramento do número de processos que retornarão				X				X				X

ao LACEN em 2015												

10 Recursos financeiros

Considerando a necessidade de elaborar TR para capacitação dos servidores, no TR está previsto a contratação de 02 capacitadores com 16horas/aula cada para capacitação específica, tendo como enfoque especificação de reagentes. O curso será ministrado nas instalações do LACEN-DF.

Ação	Carga Horária	Valor	Instituição	Período
Capacitação inicial	20 hs	Sem custos	EGOV	Semestral
Capacitação específica	40 hs	R$ 5.000,00 por evento	LACEN-DF	Semestral
Participação em eventos (feiras, congressos, simpósios)	30 hs	R$ 10.000,00 (sendo até 2.500 por pessoa)		Semestral

11 Considerações finais

Por tudo o que se tratou até então, verifica-se que a elaboração do Termo de referência não é tarefa das mais simples, na realidade depende da complexidade do objeto que se pretende adquirir, não deve ser elaborado por apenas uma pessoa, deve ter itens necessários como unidade requisitante, objeto, justificativa, garantia, orçamento, dotação orçamentária, condições de habilitação, condições de recebimento do objeto, prazo de entrega, horário, instalação, responsável pelo recebimento, obrigações das partes, sanções administrativas e por fim deve ser aprovado pela autoridade competente ou o ordenador de despesa.

Tal importância nesses itens necessários é porque se trata da etapa interna do pregão, mas também se projeta no procedimento para a etapa externa, (edital) para a execução e também para o controle, assim, com toda a pratica administrativa e a adquirida ao longo deste trabalho, é necessário a Administração Pública um modelo pré- configurado e padronizado do Termo de Referência para facilitar a sua elaboração que deve ser múltipla, assim o sucesso da licitação estará garantido.

12 Referências

1. BATISTA, M. A.C; MALDONADO, J.M.S.V.M. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). *Rev. Adm. Pública. vol. 42, 2008.*

2.BRITO, Osias Santana. Gestão de Riscos: Uma abordagem orientada a riscos operacionais. São Paulo: Saraiva, 2007.

3.CARVALHO, J. P. de P. – Planejamento e organização do laboratório de patologia clinica para um hospital geral de 200 leitos. *Rev. paul. Hosp.,***6**:240-51, 1975.[Links]

4.CRUZ, Tadeu. *Sistemas de informações gerenciais*: tecnologia da informação e a empresa do século XXI. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2003. [Links]

5.DALLARI, Aspectos Jurídicos da Licitação, 1992.

6. GABRIELLI,JMW. Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004. [Links]

7.LIMA, José C. S. *Um estudo sobre a reconfiguração da função compras em empresas do setor automotivo.* 2004. Tese (Doutorado em Engenharia) — Departamento de Engenharia de Produção, Universidade de São Paulo, São Paulo. [Links]

8.LUIZA, Vera L.; CASTRO, Claudia G. S. O; NUNES, Joaquim M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade — custo. *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 769-776, out./dez. 1999. Disponível em: <WWW. scielosp.org/scielo. Php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400011&lng=pt&nrm=ISO>. Acesso em: mar. 2006. [Links]

9.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos en Servicios de Laboratorio de Salud Pública. Ginebra, 1961. *Planificación, organización y administración de un servicio nacional de laboratório de salud publica. 3.° informe.* Ginebra, 1962. (Ser. Inf. tecn., 236). [Links]

10. Padilha MICS. A prática da educação em serviço na instituição privada. Enfoque (São Paulo). 1991;19(3):55-8. [Links]

11. WEBSTER'S third new international dicionary. Springfield, Mass., Merriam Company, 1964. [Links]

ANEXO I

Questionário investigativo

1. Há quanto tempo você é servidor do LACEN?	qtde
Menos de 01 ano	8
1 a 2 anos	9
3 a 4 anos	6
Acima de 4 anos	15
2. Assinale a gerência onde você desempenha suas funções	Qtde
Gerência do Sistema da Qualidade	3
Gerência de Suporte Laboratorial	3
Gerência de Medicamentos e Toxicologia	6
Gerência de Biologia Médica	10
Gerência de Apoio Técnico	5
Gerência de Controle de Qualidade de Produtos e Alimentos	11
3. Em termos de atuação profissional com relação à elaboração de TR, você está:	Qtde
Muito satisfeito	0

Satisfeito	4
Mais ou menos satisfeito	25
Não satisfeito	9

Heliana Passos Oliveira

Leandro Esteves de Vasconcellos

Luiz Felipe Nunes Menezes Borges

Maria do Socorro de Souza

Michelle Aparecida Rezende

Rosana Joaquina de Souza

O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DE PADARIAS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE – PROJETO PILOTO: BRUMADINHO

Belo Horizonte

2014

Heliana Passos Oliveira

Leandro Esteves de Vasconcellos

Luiz Felipe Nunes Menezes Borges

Maria do Socorro de Souza

Michelle Aparecida Rezende

Rosana Joaquina de Souza

O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DE PADARIAS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE – PROJETO PILOTO: BRUMADINHO

Projeto Aplicativo apresentado ao Curso de Pós Graduação em "Gestão da Vigilância Sanitária - GVISA 2ª Edição" em parceria do SUS e o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas.

Orientadora: Gislene Ferreira Silva Ribeiro

Belo Horizonte

2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 3
2. OBJETIVOS..... 5
2.1 Ojetivo Geral..... 5
2.2 Objetivos Específicos..... 5
3. JUSTIFICATIVA..... 5
4. LOCAL DE APLICAÇÃO..... 6
5. AÇÕES DE INTERVENÇÃO..... 7
5.1 Momento I..... 7
5.2 Momento II..... 7
5.3 Momento III..... 7
5.4 Momento IV..... 7
5.5 Momento V..... 8
5.6 Momento VI..... 8
6. RESULTADOS..... 8
6.1 Sensibilização dos Gestores..... 8
6.2 Sensibilização dos Fiscais Sanitários..... 9
6.3 Visita Técnica Municipal..... 9
6.4 Classificação Quanto ao Nível de Criticidade..... 11
6.5 Multiplicação da Capacitação Recebida..... 12
7. CONCLUSÃO..... 12
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 12
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 13
10. ANEXOS..... 15
10.1 Anexo 1..... 15
10.2 Anexo 2..... 23
10.3 Anexo 3..... 24
10.4 Anexo 4..... 25
10.5 Anexo 5..... 27
10.6 Anexo 6..... 27

1. INTRODUÇÃO

A formação de cidadãos e profissionais responsáveis tem origem no processo educacional, sendo esse um fator preponderante para o progresso individual. Da mesma forma, o progresso de um Município, Estado ou País, depende diretamente da competência intelectual de seus atores (gestores e servidores) para fluir de maneira satisfatória. Para tal, a Administração Pública deve contar com profissionais qualificados e capacitados para o desenvolvimento de suas funções com qualidade e excelência (RESENDE, 2003).

Segundo GARIBOTTI, *et al.* (2006) a formação dos profissionais de vigilância se dá num processo, muitas vezes, empírico, descontínuo e assistemático e, não raramente sem comprometimento com o conhecimento técnico e eficácia da ação. A formação defronta-se com um conjunto de limitações que advém do tradicional isolamento institucional da vigilância sanitária (VISA) no contexto da saúde.

Durante o desenvolvimento das atividades do curso de Pós Graduação em Gestão da Vigilância Sanitária, em levantamento dos problemas pelos quais passam as Vigilâncias locais, a "falta de capacitação" foi apontada como um dos entraves à boa realização dos trabalhos (Figura 1).

Figura 1: Processo de construção da Árvore Explicativa de Problemas, pelos integrantes do GAF-C.

Da mesma forma, em pesquisa nacional (CAMPOS, *et al.*, 2001; LEITE e RONCALLI, 2003), cujos dados foram trabalhados pelos especialistas do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, a informação insuficiente e subutilizada

dos profissionais em vigilância sanitária foi apontada, representando um dos pontos de gestão dos riscos à saúde a serem trabalhados.

LIMA (2006) relata da necessidade de qualificação dos profissionais da VISA e elaboração de um programa de capacitação completo e eficiente para valorizar a ferramenta mais importante da VISA: os recursos humanos.

Em vista das estratégias de priorização das ações para desenvolvimento das vigilâncias e após a priorização dessas ações, o Grupo Afinidade C definiu como Projeto Aplicativo a ser trabalhado, a capacitação dos funcionários em Vigilância Sanitária. Para desenvolvimento de um trabalho mais efetivo e pontual, com maiores chances de bons resultados, considerando o grande número de estabelecimentos de baixa e média complexidade, o risco sanitário envolvido nos mesmos e que no Brasil ainda é alto o risco de toxinfecções alimentares (SOARES, *et al*., 2009), o grupo optou por realizar uma capacitação focada para fiscais sanitários de nível médio, profissionais responsáveis pela fiscalização sanitária dos estabelecimentos de baixa e média complexidade.

Como exemplificação do tipo de estabelecimento e para realizar um treinamento mais adequado à prática cotidiana de fiscalização, o grupo optou por trabalhar a capacitação de fiscais, a partir da elaboração de um Roteiro de Inspeção (Anexo 1), embasado nas Boas Práticas de Manipulação de Alimentos (ANVISA - RDC 216/2004) aplicado às padarias.

O problema determinado como “inexistência de capacitação efetiva para fiscal sanitário nível médio” foi trabalhado pela equipe através do diagrama de causa-efeito “Árvore Explicativa de Problemas” (Anexo 2), procurando as relações causais para o problema priorizado, construída segundo DE TONI *et al*., (2008). Dessa análise, foram determinados os “nós críticos”, de causas e conseqüências, gerando os pontos a serem trabalhados e as justificativas para a elaboração e execução do projeto.

A análise apontou importância de se trabalhar a sensibilização e o perfil educacional dos funcionários da VISA, assim como o planejamento das ações. A sensibilização torna-se necessária como estratégia para mudança no comportamento, individual e coletivo, promovendo maior engajamento dos funcionários com a qualidade das ações a serem realizadas e com a evolução da equipe.

Finalizando, a capacitação é uma ação que contribui para o desenvolvimento individual e institucional, fornecendo aos servidores a oportunidade para desenvolver suas habilidades e contribuir para a melhoria de seu desempenho nas atividades realizadas no dia-a-dia. Além do mais, a capacitação promove o acesso democrático à informação e troca de experiências, contribuindo para a formação de redes de colaboração dentro do próprio setor de trabalho (LIMA, 2006).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar um projeto piloto de capacitação de fiscais sanitários, no município de Brumadinho, para aprimorar a capacidade de detecção de possíveis riscos sanitários em padarias, utilizando como ferramenta de trabalho um roteiro de inspeção sanitária de boas práticas de manipulação de alimentos.

2.2. Objetivo Específico

- Elaborar o roteiro de inspeção em padarias, embasado na RDC 216/04;
- Classificar o risco sanitário de cada item constante no roteiro de padarias;
- Aplicar e avaliar o uso do roteiro no direcionamento da inspeção em padarias;
- Sensibilizar os profissionais da VISA, quanto à importância da educação continuada.

3. JUSTIFICATIVA

Visualizando o processo de trabalho com a desmotivação do profissional da VISA, diante da dificuldade de fiscalização de locais com grande numero de alimentos não padronizados, observou-se a necessidade de criação de um roteiro de inspeção com o objetivo de diminuir e minimizar futuros prejuízos financeiros, riscos sanitários e consequentemente agravos à saúde, possibilitando assim, a não oneração do sistema único de saúde.

4. LOCAL DE APLICAÇÃO:

O projeto piloto será aplicado em Brumadinho, município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, cortado pelas rodovias BR-381 e BR-040 (Figura 2). A cidade tem o quarto maior município em extensão territorial do estado, com uma área de 640,150 km², densidade de 54, 81 hab/km^2. De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010, sua população é de 34.391 habitantes.

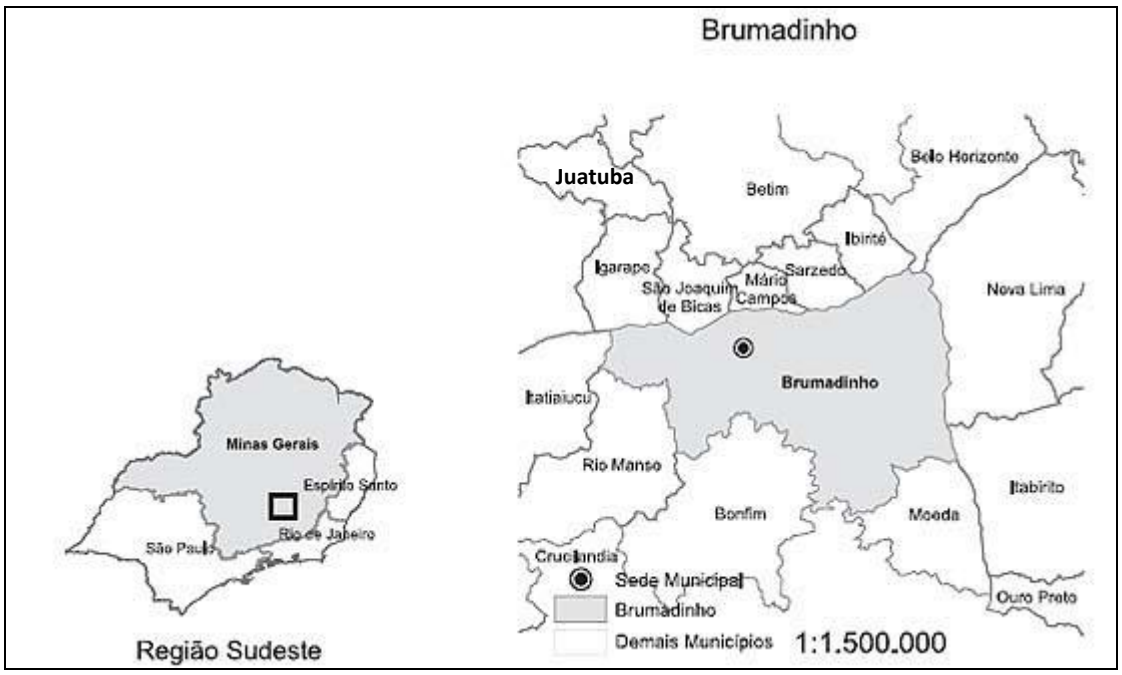


Figura 2: Mapa localização do município de Brumadinho, 2014.

O nome Brumadinho deve-se ao fato do local estar próximo a antiga vila de Brumado Velho, que por sua vez, teria sido assim denominada pelos bandeirantes por causa das brumas comuns em toda a região montanhosa em que se situa o município, especialmente no período da manhã. Está localizado nas encostas da Serra da Moeda e integra o Circuito Veredas do Paraopeba, formado por mais nove municípios. A região é cercada por montanhas e tem diversos atrativos naturais, com atividades relacionadas principalmente à abundância de água na região (cachoeiras, rios e cascatas). Dentro dos limites territoriais do município, passa o Parque Estadual da Serra da Rola Moça, uma das principais áreas verdes de Minas Gerais e o terceiro maior parque em área urbana do país. Dentre as principais atividades econômicas destacam-se a atividade mineradora, produção de cachaça e o turismo (BRUMADINHO, 2014).

O serviço de VISA conta com uma equipe de 10 profissionais, sendo 04 fiscais de nível médio e 05 de nível superior, além de um motorista. Possui 18 padarias cadastradas e somente uma com alvará sanitário.

5. AÇÕES DE INTERVENÇÃO

Para o monitoramento da execução das ações de intervenção foi elaborado um Plano de Contingência (Anexo 3).

Segundo MATUS, *et al.*, (1998), há uma estreita relação entre o planejamento e a ação. O Plano é o cálculo que precede e preside a ação. Se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde. E se chega a tempo mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem o cálculo que a presida é mera improvisação.

O Plano de contingência elaborado pelos membros do Grupo Afinidade C abrange os momentos a seguir:

5.1 Momento I:

Sensibilização dos gestores de saúde.

5.2 Momento II:

Sensibilização dos fiscais sanitário municipal

5.3 Momento III:

Construção do roteiro de inspeção (Anexo 1) tendo como base as legislações sanitárias estaduais e federais, contendo informações a respeito da “documentação”, “sobre o estabelecimento”, “sala de manipulação”, “depósito de alimentos”, “salão de vendas”, “instalações sanitárias e vestiários”, e “ funcionários”. Este roteiro será utilizado na vistoria de padarias, foi elaborado focando-se na verificação do cumprimento das Boas Práticas de Fabricação de alimentos, sendo utilizada predominantemente a RDC 216/04. E explicação da forma de classificação de acordo com os níveis de criticidade (alta, média e baixa).

5.4 Momento IV:

Implantação do projeto piloto (Teste de aplicabilidade do roteiro de inspeção) em Brumadinho. Cada fiscal utilizará o roteiro de vistoria padronizado recém-elaborado

na vistoria de uma padaria de seu município fazendo avaliações e tecendo críticas e/ou sugestões para eventuais melhorias e correções.

5.5 Momento V:

Avaliação do desenvolvimento do projeto piloto, da aplicabilidade do roteiro de inspeção, das críticas / sugestões recebidas e realização de eventuais melhorias / adequações no roteiro, através da ferramenta: Questionário de Avaliação do Roteiro de Inspeção (Anexo 4)

5.6 Momento VI:

Repasse (multiplicação) da capacitação recebida pelo fiscal do município para os seus colegas que não receberam o treinamento.

6. RESULTADOS

6.1 Sensibilização dos Gestores

No dia 03 de fevereiro de 2014 foi realizado o Seminário de Gestão em Vigilância Sanitária (Figura 3) para promover a sensibilização dos gestores de saúde através da apresentação dos indicadores que justificam a implementação do projeto em questão, enumerando-se os problemas existentes: inexistência de capacitação efetiva para os fiscais sanitários de nível médio para vistoriar padarias e suas consequências, tais como: desmotivação da equipe de fiscalização, processo de trabalho ineficiente, aumento da exposição da população ao risco sanitário com possíveis agravos à saúde e consequentes prejuízos financeiros ao município. O projeto aplicativo foi aceito a ser aplicado no município de Brumadinho.

Figura 3: Apresentação e debate no Seminário de Gestão em Vigilância Sanitária, 2014.

6.2 Sensibilização dos Fiscais Sanitários

Foi realizada a sensibilização dos fiscais sanitários (Figura 4), na data de 25 de fevereiro, para a importância da oportunidade da capacitação em conjunto, com apresentação dos indicadores que justificam a implementação do projeto e possíveis consequências tais como maior padronização das ações fiscais, diminuição da possibilidade de perda de recursos contra notificações lavradas, aumento da autoestima, dentre outros. Os fiscais ficaram inicialmente receosos, porém tiveram boa receptividade.

Figura 4: Sensibilização dos fiscais sanitários de Brumadinho, 2014.

6.3 Visita Técnica Municipal

Foi realiza, no dia 15 de abril, visita técnica no município de Brumadinho, conforme cronograma estabelecido (Anexo 5). As atividades se iniciaram com assinatura da lista de presença (Anexo 6) e os participantes foram recebidos com um *Coffe-break*, posteriormente foi feita a apresentação da equipe (Figura 5), sensibilização dos fiscais presentes para a atividade diária (Figura 6), apresentação do Projeto e do Roteiro de Inspeção (Figura 7) elaborado (Anexo 1).

Figura 5: Membros da equipe que participaram da visita prática em Brumadinho, 2014.

Figura 6: Apresentação e sensibilização local da equipe da VISA Brumadinho, 2014.

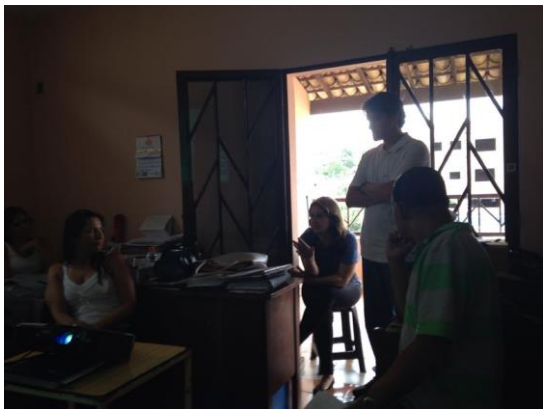


Figura 7: Apresentação do roteiro de inspeção a ser aplicado em Brumadinho, 2014.

Foram divididos em dois grupos para inspecionar as duas padarias participantes. Um grupo inspecionou a “Panificadora Super Luna” (Figura 8) e o outro a “Padaria Ramo de Trigo” (Figura 9).

Figura 8: Inspeção na Panificadora Super Luna em Brumadinho, 2014.

Figura 9: Inspeção na Padaria Ramo de Trigo, Brumadinho, 2014.

Ambos os grupos preencheram o Roteiro de Inspeção, e fizeram um relatório para ser entregue aos estabelecimentos.

Após a visita técnica de inspeção foi aplicado um questionário semi-estruturado (Anexo 4) a cada fiscal participante (Figura 10).

Figura 10: Preenchimento do questionário avaliativo pelos fiscais sanitários capacitados em Brumadinho, 2014.

Pode-se observar que os fiscais possuem formação de nível médio, exercendo o cargo a menos de 5 anos, receberam treinamento introdutório para ingresso no cargo (exceto um), porém não foi específico para a fiscalização em padarias.

Em relação à aplicabilidade do roteiro pode-se observar que este é direcionado a padarias, de fácil entendimento, com abordagem de todos os aspectos relacionados, facilitando e direcionando a fiscalização, sendo viável sua aplicação em outros municípios, conforme relatado pelos fiscais: *"é um roteiro bastante específico, que norteia a inspeção, e inclusive possibilita a aplicação em outros estabelecimentos ligados a vigilância em alimentos", "facilita a inspeção podendo ver tudo que é risco em um estabelecimento, compreendendo mais como que é uma inspeção sanitária", "para abordar todos os aspectos necessários em área de alimentos"*.

6.4 Classificação Quanto ao Nível de Criticidade:

O roteiro de inspeção consta 117 itens (Anexo 1), subdivididos em 08 grupos a serem verificados. Do total, 33 (28,2%) itens foram classificados como de risco alto, 29 (24,8%) de risco médio e 55 (47%) de risco baixo.

Essa classificação permite a VISA local traçar estratégias gerenciais de priorização de ações que visem diminuir a exposição da população ao risco com a diminuição do não cumprimento aos itens que representam alto risco na manipulação de alimentos. A ação fiscal deve incidir prioritariamente sobre os itens classificados de alto risco, tomando medidas sanitárias pertinentes.

6.5 Multiplicação da Capacitação Recebida

Os fiscais realizaram, no dia 23 de abril, o repasse da capacitação recebida na data de 15/04/2014 para os demais que não receberam o treinamento (Figura 11). Sendo este feito e recebido com interesse mutuo.

Figura 11: Repassa das informações pelos fiscais capacitados para os demais, Brumadinho, 2014.

7. CONCLUSÃO

A utilização do Roteiro de Inspeção foi de fácil entendimento e boa aplicabilidade, sendo viável sua implantação em outros municípios devido à boa aceitação pelos fiscais capacitados. A capacitação foi de extrema importância para padronização do serviço, elevação da auto estima dos funcionários e ampliação da sua visão quanto a presença de riscos sanitários, bem como sensibilizar e trabalhar o perfil educacional dos fiscais em vigilância sanitária.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram observados como fatores dificultadores a falta de sensibilização dos funcionários, falta de planejamento, falta de perfil educacional do profissional da VISA. E como facilitadores a multidisciplinariedade dos participantes, boa aceitação pelos funcionários e fácil aplicabilidade do roteiro de inspeção na rotina da VISA.

A partir da proposta de multiplicação do projeto piloto esperamos a sensibilização e incorporação da aplicação do roteiro de inspeção em padarias na rotina de trabalho das VISA’s, bem como a capacitação dos demais municípios interessados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC n° 216, de 15 de setembro de 2004. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/segurancaalimentar/resolucoes/2004/Resolucao%20RDC%20no%20216-%20de%2015%20de%20setembro%20de%202004%20-%20Anvisa.pdf/view>. Acesso em: 01 Abril 2014.
- BRUMADINHO, Prefeitura Municipal de Brumadinho. História de Brumadinho. Disponível em: <http://www.brumadinho.mg.gov.br/historia-de-brumadinho>. Acesso em: 25 Março 2014.
- CAMPOS, F. E; WERNECK, G. A.F; TONON, L.M. Vigilância Sanitária. Universidade Federal de Minas Gerais: Coopmed, p.129, (Caderno de Saúde 4) 2001.
- 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, p. 140-150, 2008.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/UWG>. Acesso em: 30 março 2014.
- GARIBOTTI, Wanda, *et al*. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cadernos de Saúde Pública. v.22, n.5, p.1043-1051, 2006.
- LIMA, Thalita Antony de Souza. A qualificação dos profissionais da vigilância sanitária do Distrito Federal. Monografia (Especialização em Qualidade de Alimentos). Universidade de Brasília. Brasília, p.53, 2006.
- LEITE, M.J.V.F; RONCALLI, A. G. Recursos Humanos em Vigilância Sanitária: Uma discussão sobre perfil profissional. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, p.15, 1993.
- MATUS, C. Método MAPP. Método ALTADIR de planificación popular. Fondo Editorial Altadir, 2da edición. Maracaibo, Venezuela, 1998.

- RESENDE, E. O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. 2.ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 242p. 2003.
- SOARES, E. F.; SILVA, A. C. J. Aspectos higiênico-sanitários dos manipuladores de alimentos do campus UFRPE. Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2009. Disponível em: < http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/R0799-1.pdf>. Acesso em: 01 Abril 2014.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1 Roteiro de Inspeção

01 – IDENTIFICAÇÃO				
RAZÃO SOCIAL				
NOME FANTASIA				
ENDEREÇO				
BAIRRO	CEP	TEL	FAX	REGIONAL
CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO MUNICIPAL		ALVARÁ LOCALIZAÇÃO	ALVARÁ SANITÁRIO
ATIVIDADE				
RESPONSÁVEL TÉCNICO				NO DE RTS

02 – DOCUMENTAÇÃO	
2.1 - POSSUI ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO?	**INF** □SIM □NÃO □NA
2.2 - POSSUI ALVARÁ SANITÁRIO?	**N** □SIM □NÃO □NA
2.3 – O ALVARÁ SANITÁRIO ENCONTRA-SE DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE?	**R** □SIM □NÃO □NA
2.4 – O ALVARÁ SANITÁRIO ESTÁ AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO?	**R** □SIM □NÃO □NA
2.5 – POSSUI FUNCIONÁRIO COMPROVADAMENTE CAPACITADO EM CURSO DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS? RDC 216/04 ITEM 4.12.2	**N** □SIM □NÃO □NA
2.6 – APRESENTOU LAUDO COMPROVANDO QUE A ÁGUA DE POÇO ARTESIANO É POTÁVEL? RDC216/04 ITEM 4.4.1	**N** □SIM □NÃO □NA
2.7 – APRESENTOU COMPROVANTE DE DESINSETIZAÇÃO FEITO POR EMPRESA ESPECIALIZADA NO CONTROLE DE PRAGAS? RDC 216/04 ITEM 4.11.6	**R** □SIM □NÃO □NA
2.8 – APRESENTOU XEROX DO A.A.S DA EMPRESA CONTRATADA?	**INF** □SIM □NÃO □NA
2.9 – APRESENTOU REGISTRO DE LIMPEZA DA CAIXA D'ÁGUA, QUE DEVE SER REALIZADO SEMESTRALMENTE? RDC 216/04 ITEM 4.4.4	**N** □SIM □NÃO □NA
2.10 – COMPROVOU A MANUTENÇÃO PERIÓDICA DOS EQUIPAMENTOS E CALIBRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS OU EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO?	**INF** □SIM □NÃO □NA

RDC 216/04 ITEM 4.1.16	
2.11 – FAZ REGISTRO DA LIMPEZA, MANUTENÇÃO E TROCA DE FILTRO DA ÁREA CLIMATIZADA? RDC 216/04 ITEM 4.1.11	**R** □SIM □NÃO □NA
2.12 – FAZ CONTROLE DE SAÚDE PERIÓDICO DOS MANIPULADORES? RDC 216/04 ITEM 4.61	**INF** □SIM □NÃO □NA
2.13 – POSSUI E IMPLEMENTA O MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS? RDC 216/04 ITEM 4.11.1	**N** □SIM □NÃO □NA
2.14 – OCORRE TREINAMENTO DOCUMENTADO E SUPERVISÃO CONSTANTE FEITOS PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO AOS MANIPULADORES? RDC 216/04 ITEM 4.6.7	**N** □SIM □NÃO □NA
2.15 – A TEMPERATURA DE ARMAZENAMENTO DOS PRODUTOS É MONITORADA E REGISTRADA REGULARMENTE? RDC 216/04 ITEM 4.8.18	**N** □SIM □NÃO □NA
2.16 – POP'S (PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO)	
2.16.1 – HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS? RDC 216/04 ITEM 4.11.4 ALINEA A	**N** □SIM □NÃO □NA
2.16.2 – CONTROLE DE PRAGAS? RDC 216/04 ITEM 4.11.4 ALINEA B	**N** □SIM □NÃO □NA
2.16.3 - HIGIENIZAÇÃO DOS RESERVATÓRIOS DE ÁGUA? RDC 216/04 ITEM 4.11.4 ALINEA C	**N** □SIM □NÃO □NA
2.16.4 – HIGIENE E SAÚDE DOS MANIPULADORES? RDC 216/04 ITEM 4.11.4 ALINEA D	**N** □SIM □NÃO □NA
2.17 – EXISTEM CARTAZES DE ORIENTAÇÃO QUANTO À CORRETA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS? RDC 216/04 ITEM 4.6.4	**R** □SIM □NÃO □NA
3. O ESTABELECIMENTO	
3.1 – POSSUI DIMENSIONAMENTO ADEQUADO, COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES REALIZADAS? RDC 216/04 ITEM 4.1.2	**N** □SIM □NÃO □NA
3.2 – AUSÊNCIA DE ANIMAIS DOMÉSTICOS? RDC 216/04 ITEM 4.1.7	**N** □SIM □NÃO □NA
3.3 – PLANTAS E ORNAMENTOS NÃO CONSTITUEM FONTE DE CONTAMINAÇÃO PARA O ALIMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.10.6	**R** □SIM □NÃO □NA
3.4 – AUSÊNCIA DE EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS ALHEIOS AO SERVIÇO E EM DESUSO? RDC 216/04 ITEM 4.1.7	**N** □SIM □NÃO □NA
3.5 – PAREDES, TETO, PISO, POSSUEM REVESTIMENTO LISO, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL E MANTIDO BEM CONSERVADO? RDC 216/04 ITEM 4.1.3	**N** □SIM □NÃO □NA
3.6 – AUSÊNCIA DE PRAGAS E CONDIÇÕES PARA SUA INFESTAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.3.1	**I** □SIM □NÃO □NA
3.7 – INSTALAÇÕES ELÉTRICAS EMBUTIDAS PROTEGIDAS EM TUBULAÇÕES EXTERNAS E ÍNTEGRAS? RDC 216/04 ITEM 4.1.9	**N** □SIM □NÃO □NA

3.8 – SISTEMA DE ESGOTO EFICIENTE E EM PERFEITO ESTADO DE FUNCIONAMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.1.6	**I** □SIM □NÃO □NA
3.9 – ÁREA FECHADA E ISOLADA DA ÁREA DE MANIPULAÇÃO E ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS PARA ARMAZENAMENTO DO LIXO EVITANDO CONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE? RDC 216/04 ITEM 4.5.3	**N** □SIM □NÃO □NA
3.10 – ABASTECIDA DE ÁGUA CORRENTE? RDC 216/04 ITEM 4.1.5	**N** □SIM □NÃO □NA
3.11 – PRODUTOS UTILIZADOS NA HIGIENIZAÇÃO	
3.11.1 – OS PRODUTOS PARA DESINFECÇÃO E/OU LIMPEZA POSSUEM REGISTRO NO ÓRGÃO COMPETENTE? RDC 216/04 ITEM 4.2.5	**N** □SIM □NÃO □NA
3.11.2 – ACONDICIONADOS EM LOCAIS ADEQUADOS, AFASTADOS DE ALIMENTOS? RDC 216/04 ITEM 4.2.5	**N** □SIM □NÃO □NA
4 – SALA DE MANIPULAÇÃO	
4.1 - ÁREA FÍSICA	
4.1.1 – DIMENSÕES SUFICIENTES PARA MANIPULAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO ADEQUADAS? RDC 216/04 ITEM 4.1.2	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.2 – PAREDES, TETO, PISO, POSSUEM REVESTIMENTO LISO, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL E MANTIDO BEM CONSERVADO? RDC 216/04 ITEM 4.1.3	**N** □SIM □ NÃO □NA
4.1.3 – ILUMINAÇÃO ADEQUADA À CORRETA MANIPULAÇÃO DO ALIMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.1.8	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.4 – POSSUI LUMINÁRIAS COM PROTEÇÃO ADEQUADA CONTRA QUEBRAS E EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.1.8	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.5 - PORTAS AJUSTADAS NO BATENTE, CONSTITUÍDAS DE MATERIAL ADEQUADO, DE FÁCIL LIMPEZA, COM FECHAMENTO AUTOMÁTICO? RDC 216/04 ITEM 4.1.4	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.6 – JANELAS E ABERTURAS PROVIDAS DE TELAS MILIMETRADAS REMOVÍVEIS COM LIMPEZA PERIÓDICA? RDC 216/04 ITEM 4.1.4	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.7 – VENTILAÇÃO ADEQUADA NATURAL E/OU ARTIFICIAL? RDC 216/04 ITEM 4.1.10	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.8 – OS RALOS SÃO DO TIPO SIFÃO OU SIMILAR (QUE EVITE ENTRADA DE INSETOS/MAU-CHEIRO) E AS GRELHAS POSSUEM DISPOSITIVO QUE PERMITAM SEU FECHAMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.1.5	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.9 – CAIXAS DE GORDURA/ESGOTO LOCALIZADAS FORA DA ÁREA DE MANIPULAÇÃO? 216/04 ITEM 4.1.6	**R** □SIM □NÃO □NA
4.1.10 – AS CAIXAS DE GORDURA SÃO PERIODICAMENTE LIMPAS? RDC 216/04 ITEM 4.2.2	**N** □SIM □NÃO □NA
4.1.11 – POSSUI PIA COM ÁGUA CORRENTE? RDC 216/04 ITEM 4.1.5	**N** □SIM □NÃO □NA

4.1.12 – PIA EXCLUSIVA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, ABASTECIDA DE SABÃO LÍQUIDO INODORO, ANTI-SÉPTICO, PAPEL TOALHA DE PAPEL OU OUTRO DISPOSITIVO HIGIÊNICO DE SECAGEM DE MÃOS E COLETOR DE PAPEL ACIONADO SEM CONTATO MANUAL? RDC 216/04 ITEM 4.1.14	**IN** □SIM □NÃO □NA
4.1.13 – OS VISITANTES CUMPREM OS REQUISITOS DE HIGIENE E DE SAÚDE ESTABELECIDOS PARA OS MANIPULADORES? RDC 216/04 ITEM 4.6.8	**N** □SIM □ NÃO □NA
4.2 - EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS	
4.2.1 – EQUIPAMENTOS E MÓVEIS CONSTITUÍDOS DE MATERIAL LISO, RESISTENTE, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL QUE PERMITA PERFEITA HIGIENIZAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.1.15	**N** □SIM □NÃO □NA
4.2.2 – OS EQUIPAMENTOS, OS MÓVEIS E OS UTENSÍLIOS SÃO MANTIDOS EM CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS APROPRIADAS? RDC 216/04 ITEM 4.2.1	**N** □SIM □NÃO □NA
4.2.3 – OS EQUIPAMENTOS PARA CONSERVAÇÃO DE PERECÍVEIS SÃO EM NÚMERO SUFICIENTE E EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVAÇÃO E FUNCIONAMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
4.2.4 – EQUIPAMENTOS PARA PERECÍVEIS QUENTES – TEMPERATURA ACIMA DE 60ºC? RDC 216/04 ITEM 4.8.15	**N** □SIM □NÃO □NA
4.2.5 – EQUIPAMENTOS PARA PERECÍVEIS FRIOS – TEMPERATURA ATÉ 5ºC? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
4.2.6 – EQUIPAMENTOS PARA PRODUTOS CONGELADOS - TEMPERATURA INFERIOR A -18° C? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
4.2.7 – LIXEIRAS DE MATERIAL ADEQUADO E PROVIDAS DE TAMPAS ACIONADAS SEM CONTATO MANUAL? RDC 216/04 ITEM 4.5.1	**R** □SIM □NÃO □NA
4.2.8 – AUSÊNCIA DE OBJETOS DE USO PESSOAL E/OU ROUPAS? C/C RDC 216/04 ITEM 4.6.3	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3 - MATÉRIA-PRIMA, INGREDIENTES E PRODUTOS (ALIMENTOS)	
4.3.1 – EXISTEM CRITÉRIOS ESPECIFICADOS DE AVALIAÇÃO PARA ESCOLHA DE FORNECEDORES? RDC 216/04 ITEM 4.7.1	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.2 – RECEPÇÃO DE MATÉRIAS-PRIMAS É FEITA EM ÁREA LIMPA E PROTEGIDA? RDC 216/04 ITEM 4.7.2	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.3 – PERECÍVEIS SÃO MANTIDOS NA TEMPERATURA AMBIENTE O MÍNIMO NECESSÁRIO AO PREPARO? RDC 216/04 ITEM 4.8.5	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.4 – EMBALAGENS DOS PRODUTOS EM PERFEITAS CONDIÇÕES? RDC 216/04 ITEM 4.7.3	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.5 – ARMAZENAMENTO É ADEQUADO, COM PROTEÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.7.5	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.6 – ALIMENTOS QUENTES SÃO MANTIDOS EM TEMPERATURA SUPERIOR A 60ºC (MÁXIMO 6H)? RDC 216/04 ITEM 4.8.15	**N** □SIM □NÃO □NA

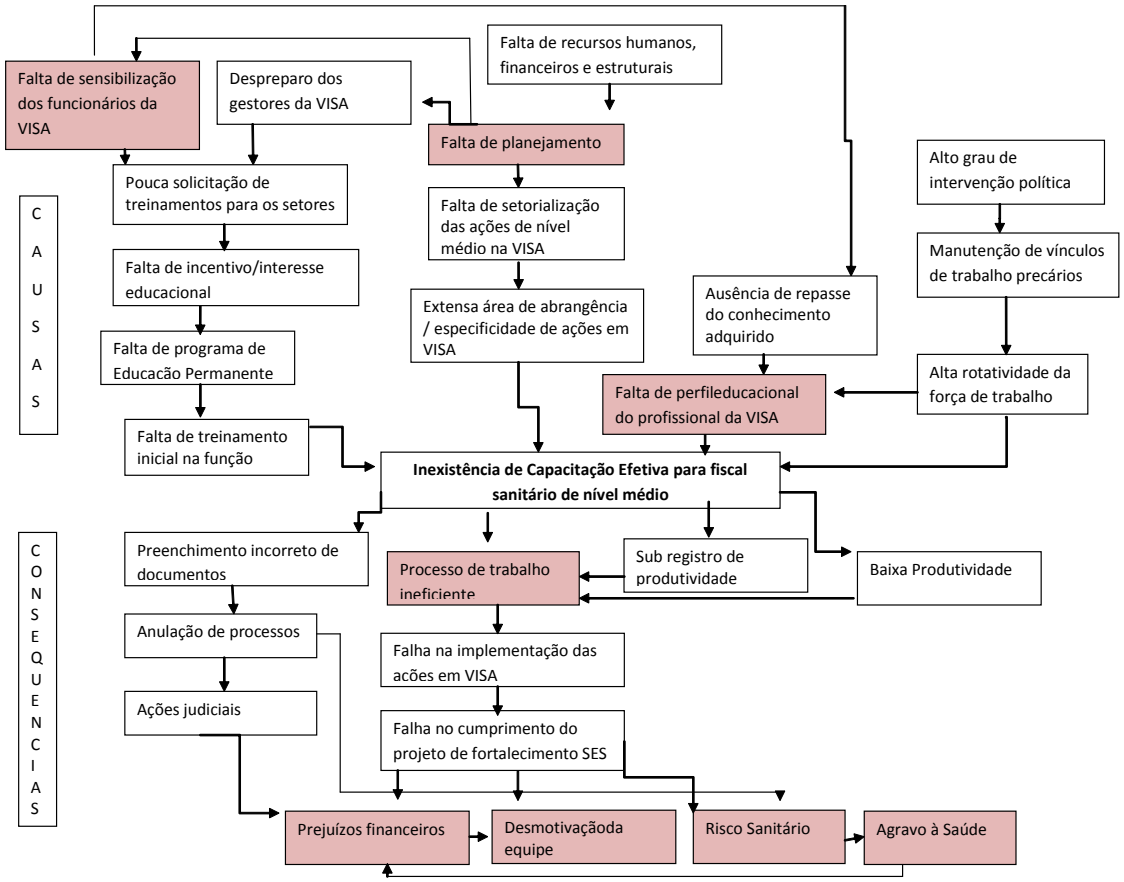
4.3.7 – É FEITO DESCONGELAMENTO LENTO EM TEMPERATURA ATÉ 5ºC? RDC 216/04 ITEM 4.8.13	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.8 – O ALIMENTO DESCONGELADO EM MICROONDAS SOFRE COCÇÃO IMEDIATA? RDC 216/04 ITEM 4.8.13	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.9 – ALIMENTO DESCONGELADO É MANTIDO RESFRIADO E NÃO É RECONGELADO? RDC 216/04 ITEM 4.8.14	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.10 – HÁ REDUÇÃO DE TEMPERATURA DE ALIMENTOS QUENTES DE 60ºC PARA 10ºC EM ATÉ 2H E EM SEGUIDA É FEITA A REFRIGERAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.11 – ALIMENTOS EXPOSTOS AO CONSUMO SÃO DEVIDAMENTE PROTEGIDOS DE CONTAMINAÇÕES? RDC 216/04 ITEM 4.9.1	**I** □SIM □NÃO □NA
4.3.12 OS PRODUTOS ENCONTRAM-SE DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE? RDC 216/04 ITEM 4.7.5	**I** □SIM □NÃO □NA
4.3.13 – HÁ PREVENÇÃO CONTRA CONTAMINAÇÃO CRUZADA, EVITANDO-SE O CONTATO ENTRE ALIMENTOS CRUS, SEMI-PREPARADOS E PRONTOS? RDC 216/04 ITEM 4.8.3	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.14 – OCORRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTO CRU E COZIDO? RDC 216/04 ITEM 4.8.4	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.15 – QUANDO APLICADO O TRATAMENTO TÉRMICO AO ALIMENTO, ESTE GARANTE QUE TODAS AS PARTES DO ALIMENTO ATINJAM NO MÍNIMO 70°C (OUTRAS TEMPERATURAS ADEQUANDO TEMPO E TEMPERATURA)? RDC 216/04 ITEM 4.8.8	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.16 – ALIMENTOS CONSUMIDOS "IN NATURA" SOFREM HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA E SÃO UTILIZADOS PRODUTOS REGULARIZADOS NO MS? RDC 216/04 ITEM 4.8.19	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.17 – MATÉRIA-PRIMA OU INGREDIENTE QUE FOI UTILIZADO PARCIALMENTE ESTÁ DEVIDAMENTE IDENTIFICADA (PRODUTO, DATA DE FRACIONAMENTO E DATA DE VALIDADE APÓS O FRACIONAMENTO)? RDC 216/04 ITEM 4.8.6	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.18 – ÓLEO/GORDURA DE FRITURA SEM ALTERAÇÕES QUE APRESENTEM RISCO À SAÚDE? RDC 216/04 ITEM 4.8.11	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.19 – O GELO UTILIZADO EM ALIMENTOS É FABRICADO A PARTIR DE ÁGUA POTÁVEL E MANTIDO EM CONDIÇÕES QUE NÃO PERMITAM SUA CONTAMINAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.4.2	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.20. – O ALIMENTO EMBALADO SOB REFRIGERAÇÃO OU CONGELAMENTO É EMBALADO E ROTULADO COM AS SEGUINTES INFORMAÇÕES: NOME DO PRODUTO, DATA DO PREPARO, DATA DE VALIDADE? RDC 216/04 ITEM 4.8.18	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.21 – EMBALAGENS SÃO ADEQUADAS E BEM CONSERVADAS? RDC 216/04 ITEM 4.8.6	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.22 – MEIOS DE TRANSPORTE DE ALIOMENTO PREPARADO SÃO DE MATERIAL ADEQUADO, CONSERVADO E HIGIENIZADO? RDC 216/04 ITEM 4.9.3	**N** □SIM □NÃO □NA
4.3.23 – ALIMENTO PREPARADO E ARMAZENADO, ESTÁ DEVIDAMENTE PROTEGIDO E IDENTIFICADO? RDC 216/04 ITEM 4.8.18	**N** □SIM □NÃO □NA

4.3.24 – POSSUI INSTRUMENTOS DE MONITORAÇÃO DA TEMPERATURA DOS ALIMENTOS NOS MEIOS DE TRANSPORTE? RDC 216/04 ITEM 4.9.2	**R** □SIM □NÃO □NA
4.3.25 – A MAIONESE UTILIZADA É INDUSTRIALIZADA? RES ESTADUAL 0124/03	**R** □SIM □NÃO □NA
5 – DEPÓSITO DE ALIMENTOS	
5.1 - ÁREA FÍSICA	
5.1.1 – PAREDES, TETO, PISO, POSSUEM REVESTIMENTO LISO, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL E MANTIDO BEM CONSERVADO? RDC 216/04 ITEM 4.1.3	**N** □SIM □NÃO □NA
5.1.2 - PORTAS AJUSTADAS NO BATENTE, CONSTITUÍDAS DE MATERIAL ADEQUADO, DE FÁCIL LIMPEZA, COM FECHAMENTO AUTOMÁTICO? RDC 216/04 ITEM 4.1.4	**N** □SIM □NÃO □NA
5.1.3 – JANELAS E ABERTURAS PROVIDAS DE TELAS MILIMETRADAS REMOVÍVEIS COM LIMPEZA PERIÓDICA ? RDC 216/04 ITEM 4.1.4	**N** □SIM □NÃO □NA
5.1.4 – PRODUTOS IMPRÓPRIOS PARA CONSUMO ARMAZENADOS SEPARADAMENTE? RDC 216/04 ITEM 4.7.4	**N** □SIM □NÃO □NA
5.2 - EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS	
5.2.1 – CONSTITUÍDOS DE MATERIAL INÓCUO QUE PERMITA PERFEITA HIGIENIZAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.1.15	**N** □SIM □NÃO □NA
5.2.2 – AUSÊNCIA DE OBJETOS DE USO PESSOAL E/OU ROUPAS? RDC 216/04 ITEM 4.6.3	**N** □SIM □NÃO □NA
5.2.3 – LIXEIRAS DE MATERIAL ADEQUADO E PROVIDAS DE TAMPAS ACIONADAS SEM CONTATO MANUAL? RDC 216/04 ITEM 4.5.1	**N** □SIM □NÃO □NA
5.2.4 – EQUIPAMENTOS PARA PERECÍVEIS FRIOS – TEMPERATURA ATÉ 5ºC? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
5.2.5 – EQUIPAMENTOS PARA PRODUTOS CONGELADOS - TEMPERATURA INFERIOR A-18° C? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
5.2.6 – PALETES, ESTRADOS E OU PRATELEIRAS, DE MATERIAL LISO, RESISTENTE, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL, RESPEITANDO-SE O ESPAÇAMENTO MÍNIMO NECESSÁRIO PARA GARANTIR ADEQUADA VENTILAÇÃO E LIMPEZA ? RDC 216/04 ITEM 4.7.6	**R** □SIM □NÃO □NA
6 – SALÃO DE VENDAS	
6.1 – ÁREA FÍSICA	
6.1.1 – PAREDES, TETO, PISO, POSSUEM REVESTIMENTO LISO, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL E MANTIDO BEM CONSERVADO? RDC 216/04 ITEM 4.1.3	RDC 216/04 ITEM 4.1.3
6.2 - EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS	

6.2.1 – CONSTITUÍDOS DE MATERIAL INÓCUO QUE PERMITA PERFEITA HIGIENIZAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.1.15	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.2 – EQUIPAMENTOS E MÓVEIS CONSTITUÍDOS DE MATERIAL LISO, RESISTENTE, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL QUE PERMITA PERFEITA HIGIENIZAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.1.15	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.3 – OS EQUIPAMENTOS, OS MÓVEIS E OS UTENSÍLIOS SÃO MANTIDOS EM CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS APROPRIADAS? RDC 216/04 ITEM 4.2.1	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.4 – OS EQUIPAMENTOS PARA CONSERVAÇÃO DE PERECÍVEIS SÃO EM NÚMERO SUFICIENTE E EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVAÇÃO E FUNCIONAMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.5 – EQUIPAMENTOS PARA PERECÍVEIS QUENTES – TEMPERATURA ACIMA DE 60ºC? RDC 216/04 ITEM 4.8.15	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.6 – EQUIPAMENTOS PARA PERECÍVEIS FRIOS – TEMPERATURA ATÉ 5ºC? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.7 – EQUIPAMENTOS PARA PRODUTOS CONGELADOS - TEMPERATURA INFERIOR A -18° C? RDC 216/04 ITEM 4.8.16	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.8 – BALCÃO SELF-SERVICE POSSUI PROTEÇÃO ADEQUADA CONTRA AÇÕES DO USUÁRIO? RDC 216/04 ITEM 4.10.4	**N** □SIM □NÃO □NA
6.2.9 – O VAPOR QUANDO EM CONTATO COM ALIMENTOS OU SUPERFÍCIES QUE ENTREM EM CONTATO COM ALIMENTOS É PRODUZIDO A PARTIR DE ÁGUA POTÁVEL E NÃO REPRESENTA FONTE DE CONTAMINAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.4.3	**N** □SIM □NÃO □NA
7 – INSTALAÇÕES SANITÁRIAS E VESTIÁRIOS	
7.1. ÁREA FÍSICA	
7.1.1 – AS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS E VESTIÁRIOS NÃO POSSUEM COMUNICAÇÃO DIRETA COM ÁREAS DE MANIPULAÇÃO E ARMAZENAMENTO? RDC 216/04 ITEM 4.1.12	**N** □SIM □NÃO □NA
7.1.2 – POSSUEM PORTA DOTADA DE FECHAMENTO AUTOMÁTICO? RDC 216/04 ITEM 4.1.12	**N** □SIM □NÃO □NA
7.1.3 – PAREDES, TETO, PISO, POSSUEM REVESTIMENTO LISO, IMPERMEÁVEL E LAVÁVEL E MANTIDO BEM CONSERVADO? RDC 216/04 ITEM 4.1.3	**N** □SIM □NÃO □NA
7.1.4 – POSSUEM VENTILAÇÃO E ILUMINAÇÃO ADEQUADAS? RDC 216/04 ITEM 4.1.8 e 4.1.10	**N** □SIM □NÃO □NA
7.1.5 – POSSUI PIA ABASTECIDA COM SABÃO LÍQUIDO INODORO, ANTI-SÉPTICO, TOALHAS DE PAPEL OU OUTRO SISTEMA HIGIÊNICO PARA SECAGEM DE MÃOS? RDC 216/04 ITEM 4.1.13	**N** □SIM □NÃO □NA
7.1.6 - INSTALAÇÃO SANITÁRIA ABASTECIDA COM PAPEL HIGIÊNICO? RDC 216/04 ITEM 4.1.13	**N** □SIM □NÃO □NA
7.1.7 – LIXEIRAS DE MATERIAL ADEQUADO E PROVIDAS DE TAMPAS ACIONADAS SEM CONTATO MANUAL? RDC 216/04 ITEM 4.5.1	**R** □SIM □NÃO □NA

8 – FUNCIONÁRIOS	
8.1 – APRESENTA RIGOROSO ASSEIO CORPORAL, DO VESTUÁRIO DIÁRIO E DOS UNIFORMES? RDC 216/04 ITEM 4.6.3	**N** □SIM □NÃO □NA
8.2 – MANIPULADORES FAZEM USO DE UNIFORME ADEQUADO? RDC 216/04 ITEM 4.6.3	**N** □SIM □NÃO □NA
8.3 – USO EXCLUSIVO DO UNIFORME NAS DEPENDÊNCIAS INTERNAS DA EMPRESA? RDC 216/04 ITEM 4.6.3	**N** □SIM □NÃO □NA
8.4 – FAZEM USO DE UNIFORME APROPRIADO E DIFERENCIADO PARA A HIGIENIZAÇÃO DOS BANHEIROS? RDC 216/04 ITEM 4.2.7	**IN** □SIM □NÃO □NA
8.5 – FAZEM USO DE PROTEÇÃO PARA CABELOS NA COR CLARA DURANTE A MANIPULAÇÃO? RDC 216/04 ITEM 4.6.6	**N** □SIM □NÃO □NA
8.6 – HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA DAS MÃOS E UNHAS PARA MANIPULAR ALIMENTOS? RDC 216/04 ITEM 4.6.4	**I** □SIM □NÃO □NA
8.7 – UNHAS CURTAS E SEM PINTURA DURANTE A MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS? RDC 216/04 ITEM 4.6.6	**N** □SIM □NÃO □NA
8.8 – AUSÊNCIA DE ADORNOS DURANTE A MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS? RDC 216/04 ITEM 4.6.6	**N** □SIM □NÃO □NA
8.9 – AFASTAMENTO IMEDIATO EM CASO DE QUEIMADURAS, CORTES E INFECÇÕES? RDC 216/04 ITEM 4.6.2	**I** □SIM □NÃO □NA
8.10 – OS FUNCIONÁRIOS QUE RECEBEM PAGAMENTO DE CLIENTES NÃO MANIPULAM ALIMENTOS PREPARADOS, EMBALADOS OU NÃO? RDC 216/04 ITEM 4.10.7	**R** □SIM □NÃO □NA
9 – OBSERVAÇÕES	

10.2 Anexo 2 Árvore Explicativa de Problemas



10.3 Anexo 3 Plano de Contingência

Operação 1	Ações 2 (o que?)	Estratégia (como?)	Quando?	Atores (quem?)		Recurso necessários	Produto esperado
				Responsável	Atores envolvidos		
Prévia	Sensibilização do gestor justificando a implementação do projeto	Através dos indicadores dos municípios/ diminuição da perda de recursos financeiros	Nov/Fev	Integrantes GAF C	Gestores municipais/ gestores de aprendizagem/ Facilitadores/Especializandos/ representantes da VISA municipais	Transporte/ insumos gráficos/ multimídia	Atores sensibilizados e roteiro finalizado
	Sensibilização e dos fiscais sanitários	Através dos indicadores dos municípios/padronização das ações fiscais/ diminuição da possibilidade de perda de recursos contra notificações lavradas/ aumento da autoestima	Nov/Fev	Integrante GAF C: Heliana Passos	Gestores e VISA's municipais	Transporte/ insumos gráficos/ multimídia	
	Criação de um check list (roteiro) de inspeção e classificação de risco	Com base nas legislações sanitárias estaduais e federais.	Fevereiro	Integrantes GAF C	Integrantes GAF C	Insumos gráficos/ multimídia	
Durante o evento	Implantação do projeto piloto no município Brumadinho	Capacitação dos fiscais sanitários para inspeção em padarias	Março/abril	Integrantes GAF C	Integrantes GAF C / VISA municipal	Transporte/ insumos gráficos	Instrumento que possibilite traçar estratégias gerenciais de priorização de ações visando a dimuniução do risco sanitário
		Aplicação do roteiro em duas (02) padarias de Brumadinho	Março/abril	Integrantes GAF C	Integrantes GAF C / setor regulado / VISA municipal	Transporte/ insumos gráficos	
	Discussão da classificação de risco	Através da percepão fiscal do risco envolvido	Março/abril	Integrantes GAF C	Integrantes GAF C / VISA municipal	Material de escritório	
Pós evento	Avaliação da aplicaçao dos roteiros, críticas recebidas e realização de eventuais melhorias/acertos no roteiro	Discussão em grupo	Abril/maio	Integrantes GAF C	Integrantes GAF C	Material de escritório	Equipe capacitada para vistoriar estabelecimentos através da aplicação do roteiro padronizado em outros municípios
	Repasse (multiplicação) da capacitação recebida pelo fiscal do município para os demais fiscais que não receberam o treinamento.	Realização de capacitação interna, com avaliaçao do roteiro e recebimento de críticas sobre o mesmo	Maio	VISA municipal	Integrantes GAF C / VISA municipal	Insumos gráficos /multimídia	
	Apresentação dos resultados do projeto piloto	Exposição arguitiva no seminário	2/3 junho	Integrantes GAF C	Especializandos/ Facilitadores / VISA's municipais	Insumos gráficos/ multimídia	

10.4 Anexo 4 Questionário de Avaliação do Roteiro de Inspeção

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO USO DE ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM PADARIAS (PROJETO PILOTO – BRUMADINHO)

1 - Qual o tipo de fiscal sanitário da VISA que inspeciona este tipo de estabelecimento?
( ) Nível médio ( ) Nível superior

2 - Há quanto tempo você é fiscal sanitário?
( ) menos de um 01 ano ( ) entre 1 a 5 anos ( ) mais de 5 anos

3 - Recebeu treinamento introdutório para ser fiscal?
( ) sim ( ) não
3.1 Se sim, onde_____
3.2 Ha quanto tempo?_____

4 - Recebeu treinamento especifico para inspecionar padarias ?
( ) sim ( ) não
4.1 Se sim, onde_____
4.2 Ha quanto tempo?_____

5 - Já havia trabalhado na inspeção de padarias com uso do roteiro?
( ) sim ( ) não

6 - As questões do roteiro são de fácil entendimento?
( ) sim ( ) não

7 - As questões do roteiro abordam todos os aspectos a serem observados no estabelecimento?
( ) sim ( ) não

8 - O uso do roteiro direciona a inspeção?
( ) sim ( ) não

9 - Com o uso do roteiro ficou mais fácil avaliar todos os aspectos necessários na inspeção de padarias?
( ) sim ( ) não

10 - O uso do roteiro é viável de ser aplicado a outros municípios?
( ) sim ( ) não
10.1 Porquê?_____
_____
_____

10.5 Anexo 5 Cronograma da Capacitação em VISA

Capacitação de Fiscais Sanitários para Fiscalização em Padarias – Projeto Piloto

Instituto Sírio-Libânes de Ensino e Pesquisa e Ministério da Saúde

A Coordenação e os Especializandos em "Gestão da Vigilância Sanitária - GVISA 2ª EDIÇÃO" do Curso de Pós- Graduação do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, em projeto de parceria com o Ministério da Saúde, tem a honra de convidar V. Sª. para a capacitação de fiscais sanitários, em inspeção direcionada com uso de roteiro, em padarias do município de Brumadinho, afim de otimizar o trabalho da Vigilância Sanitária.

Local: Vigilância em Saúde/Vigilância Sanitária de Brumadinho. Rua Reinaldo Pinto Vieira, 636, Silva Prado.

Data: 15 de abril 2014

Agenda

09:00 –Lista de Presença e *Coffe-break*

09:15 – Apresentação da equipe – Hellana Passos Oliveira

09:30 – Sensibilização – Michelle Aparecida Rezende

09:45 – Apresentação Projeto Aplicativo Grupo Afinidade C– Luiz Felipe Nunes Menezes Borges

10:00 - Apresentação Roteiro de Inspeção – Leandro Esteves de Vasconcellos

10:15 - Finalização Teórica- Janaína Henriques de Andrade

10:30 – Aplicação do Roteiro em Padarias do Município

12:30 – Almoço

14:00 – Discussão das ações – Aline Aparecida de Assis Lima e Maria do Socorro de Souza

16:00 - Encerramento

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS

10.6 Anexo 6 Listas de presença assinada durante a visita técnica, manha e tarde em Brumadinho na data de 15 de abril de 2014.

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

Gestão da Vigilância Sanitária GVISA 2ª EDIÇÃO

PROJETO APLICATIVO - O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DE PADARIAS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE .

PROJETO PILOTO

LISTA DE PRESENÇA

DATA: 15/04/2014 MANHÃ

LOCAL: VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICIPIO DE BRUMADINHO

NOME	CARGO	MUNICIPIO	E-MAIL
Juliana Passos de Oliveira	Fiscal sanitário	Brumadinho	lipassos@yahoo.com.br
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	Fisc sanitário	Betim/MG	[illegible]
Jonaiza Pereira Miranda	Farmacêutica	Betim	Jonaiza@yahoo.com.br
Michelle A. Resende	Farmacêutica	Betim	michelleareresende@gmail.com
Ana Eliza Morais Jamal	Fiscal sanitária	Juatuba	aninnajamal@hotmail.com
Leandro Esteves de Vasconcellos	Fiscal sanitário	BH	leandroev@hotmail.com
[illegible]	Fiscal sanitário	Brumadinho	milagrs@hotmail.com
[illegible]	[illegible]	Brumadinho	vigapromoca.bruma@gmail.com
Aline Aparecida Alves Lima	Enf	São Joaquim de Bicas	aline.jsm@terra.com.br
[illegible]	Fiscal sanitário	Brumadinho	[illegible]
José Antônio de Jesus	R.T. VISA-AMA	BRUMADINHO	HOFFMOL@GMAIL.COM

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

Gestão da Vigilância Sanitária GVISA 2ª EDIÇÃO

PROJETO APLICATIVO - O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO NA FISCALIZAÇÃO DE PADARIAS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE .

PROJETO PILOTO

LISTA DE PRESENÇA

DATA: 15/04/2014 TARDE

LOCAL: VIGILÂNCIA SANITÁRIADO MUNICIPIO DE BRUMADINHO

NOME	CARGO	MUNICIPIO	E-MAIL
Juliana Passos de O.	Fiscal sani	Brumadinho	lipassos@yahoo.com.br
Ana Eliza Morais Jamal	Fiscal sanitária	Juatuba	aninnajamal@hotmail.com
Leandro Esteves de Vasconcellos	Fiscal sanitário	BH	leandroev@hotmail.com
Michelle A. Resende	Farm/fiscal S	Betim	michelleareresende@gmail.com
[illegible]	Fiscal sanitário	Brumadinho	milagrs@hotmail.com
[illegible]	[illegible]	Juatuba	[illegible]
[illegible]	Fiscal sanitário	Brumadinho	[illegible]
[illegible]	Fiscal sanitário	Belo Horizonte	[illegible]

INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE
ENSINO E PESQUISA

PADRONIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: FLUXOGRAMA DESCRITIVO

DORIS MARIA ASSUNÇÃO PRADO
FELIPE ESTANISLAU SILVA ALMEIDA
FERNANDA RIBEIRO DIAS
HELOÍSA DE ALMEIDA LOPES MURTA
HILDA SIÚVES
JOSIANE RAMALHO TORTA
MARIA MADALENA FERREIRA PINTO
YARA MELO SANTIAGO SOUZA

Belo Horizonte
2014

DORIS MARIA ASSUNÇÃO PRADO
FELIPE ESTANISLAU SILVA ALMEIDA
FERNANDA RIBEIRO DIAS
HELOÍSA DE ALMEIDA LOPES MURTA
HILDA SIÚVES
JOSIANE RAMALHO TORTA
MARIA MADALENA FERREIRA PINTO
YARA MELO SANTIAGO SOUZA

PADRONIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: FLUXOGRAMA DESCRITIVO

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificado como especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária.
Orientadora: Maria Angélica Alves

Belo Horizonte,
2014

Dedicatória

Dedicamos primeiramente a "**JESUS"** porque, sem ele não somos nada.

Aos gestores das Secretarias Municipais de Saúde, Diretores e Gerentes dos municípios e membros desta equipe afinidade B.

Aos nossos familiares, colegas de trabalhos, facilitários e apoiadores do curso GVISA-BH.

Ao Ministério da Saúde e o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa.

Agradecimentos

Nossos familiares que não mediram esforços para nos apoiarem nesta jornada.

Gestores das Secretarias Municipais de Saúde, Diretores, Gerentes e Colegas de trabalho pelo apoio, colaboração, compreensão e liberação durante todos os encontros presenciais.

Em especial a toda equipe de saúde do município de Nova União, pelo apoio e cooperação.

RESUMO

Neste estudo será analisada a integração da Vigilância Sanitária (VISA) com a Rede de saúde, utilizando ferramentas como as notificações de doenças transmitidas por alimentos (DTA). Desta feita, ao longo do presente projeto, será abordado, primeiramente, a pactuação das notificações de DTA por meio de um fluxograma, desenvolvido como Projeto Piloto no município de Nova União em Minas Gerais. O fluxograma que melhor se enquadra para a realização deste Projeto Aplicativo (PA) é o fluxograma parcial ou descritivo que apresenta o curso de ação e os trâmites dos documentos, e é mais aproveitado para levantamentos, por ser mais utilizado nas rotinas que envolvam poucas unidades organizacionais. Buscamos destacar o enfoque dado à comunicação entre setores, por meio do fluxograma, garantindo, assim, a perfeita e completa intersetorialidade na rede de saúde.

Palavras-chave: Fluxograma. Doenças Transmitidas por Alimentos. Notificações/investigações. Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

This study will analyze the integration of health monitoring (VISA) with the Health Network, using tools such as reports of foodborne disease (FBD). This time, throughout this project, will be addressed, first, the pact notifications of DTA through a flowchart, developed as a pilot project in Nova Union in Minas Gerais. The flowchart that best fits to achieve this Project Application (PA) is the partial or descriptive flow chart showing the course of action and the procedures in documents, and is more leveraged to surveys, being more used to the routines involving few units organizational. We seek to highlight the focus given to the communication between sectors through the flowchart, thus ensuring perfect and complete in intersectoral health network.

Keywords: flowchart. Foodborne Diseases. Notifications/investigations. Health Surveillance.

SUMÁRIO

Introdução 11

1. Justificativa 12

2. Objetivo Geral 13

2.1. Objetivos Específicos 13

3**. Desenvolvimento** 14

3.1. Delimitação do Problema 14

3.2. Doenças Transmitidas por Alimentos 16

3.3. Programas de Vigilâncias para o controle e prevenção de DTA 17

3.4. Ações da Vigilância Sanitária relacionadas às DTA 18

3.5. Caracterização do Município 24

4. **Descrição do Município**.....24

4.1. Dados da Microrregião.....25

4.2. Serviços de Saúde 26

4.3. Configuração da Rede de Saúde.....26

4.4. Dados Epidemiológicos.....27

5. **Aplicando o Projeto Aplicativo**.....27

5.1. Avaliação 28

5.2. Resultado e Discussão.....29

5.3. Metas e Indicadores.....31

6**. Considerações Finais**.....32

Referências Bibliográficas.....33

Apêndices.....35

Anexos.....57

LISTA DE FIGURAS

Figura nº: 01. Número de surtos e de doentes por DTA. Brasil 2000 a 2013.....14
Figura nº. 02. Mapa da Macrorregião Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima.....26
Figura nº. 03. Fotografia da Capacitação.....28
Figura nº. 04. Definições dos problemas.....36
Figura nº. 05. Fotografia dos participantes da Capacitação.....53
Figura nº. 06. Fotografia da Especializanda e os participantes.....54
Figura nº. 07. Fotografia da Capacitação apresentação Fluxograma.....55
Figura nº. 08. Fotografia da socialização durante a Capacitação.....56
Figura nº: 09. Ficha de notificação devidamente preenchida.....58
Figura nº 10. Ficha Individual e investigação de Surto.....59
Figura nº 11 Planilha para acompanhamento de Surto.....60
Figura nº: 12. Formulário Relatório Final de Surto de DTA.....61

LISTA DE QUATROS

Quadro 1 Locais de ocorrência de DTA. Brasil 2000 a 2013.....15
Quatro 2. Quadro Epidemiológico das DTA.....19
Quadro 3. Árvore Explicativa do Problema.....23
Quadro 4. Metas e Indicadores.....31
Quatro 5. Matriz Decisória.....37
Quadro 6. Matriz decisória para seleção.....38
Quadro 7. Matriz decisória para seleção de Problema 3.....40
Quadro 8. Árvore Explicativa do Problema.....42
Quadro 9. Planilha dos Nós Críticos.....43
Quadro10. Plano de Ação.....44
Quadro 11. Slides para Capacitação.....46
Quadro 12. Registro de participantes da capacitação.....52

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DTA	Doença Transmitida por Alimento
EJA	Educação para Jovem e Adulto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitária de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSFACIL	Sistema Único de Saúde Fácil
SVS	Secretaria Vigilância em Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
VISA	Vigilância Sanitária

INTRODUÇÃO

As doenças transmitidas por alimentos (DTA) são causadas por agentes biológicos, químicos ou físicos, que adentram no organismo pela ingestão de água ou alimentos contaminados e podem, inclusive, levar a óbito.

As DTA nem sempre são oficialmente notificadas, o que de fato, dificulta o seu conhecimento e tratamento. Importante mencionar que, mesmo quando o caso de DTA é notificado à autoridade competente, nem sempre os procedimentos corretos são adotados.

Neste diapasão, o escopo do trabalho é estabelecer a padronização da notificação de doenças transmitidas por alimentos para a vigilância sanitária por meio de um Fluxograma, que nada mais é que um instrumento norteador de um processo de trabalho, por meio de uma representação esquemática do mesmo.

Ao longo deste estudo, será discutida a possibilidade de integração e aplicação do fluxograma descritivo para a padronização da notificação de DTA para a vigilância sanitária. Para tanto, será realizada uma capacitação com as equipes da atenção primária, do pronto atendimento e da vigilância em saúde no município de Nova União, escolhida pelo Grupo Afinidade B do curso de especialização (GAF B) como cidade piloto para este Projeto.

Acredita-se que, a utilização do fluxograma junto a Rede de Saúde aumentará a eficiência no processo de notificação de DTA, além de compor a base de dados padronizados pelo Ministério da Saúde e manejo adequado em caso de surtos de DTA.

1. Justificativa

A ocorrência de Doença Transmitida por Alimento (DTA) vem aumentando de modo assustador em todo o mundo. Os fatores que contribuem para o aumento destas doenças são variados como o aumento da população, o crescimento desordenado da cidade, a produção de alimento em grande escala e a ineficiência no controle de qualidade na produção de alimento.

Segundo o MANUAL, 2010:

> 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)

Por esse motivo propõe-se a realização de um modelo de fluxograma para direcionar e organizar o fluxo de informação a fim de auxiliar nas tomadas de decisões em tempo hábil, minimizando a ocorrência deste agravo.

Este fluxograma piloto será implantado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Nova União, que recentemente, começou a esboçar um perfil epidemiológico, tendo em vista a ausência de dados para elaborar diagnóstico situacional.

A comunicação e as informações geradas pelas Unidades de Saúde assistenciais devem seguir o fluxo corretamente entre os setores envolvidos para que ações de prevenção possam ser realizadas, registradas e alcançar as metas estabelecidas.

2. Objetivo Geral

Implantar/implementar fluxograma para notificação de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) pelas Unidades de Saúde para viabilizar as ações da Vigilância Sanitária.

2.1. Objetivos Específicos

- ✓ Melhorar a organização e o processo de trabalho nas unidades de saúde relacionadas à notificação de DTA;
- ✓ Direcionar os formulários de investigações das DTA para a Vigilância Sanitária;
- ✓ Sensibilizar profissionais de saúde quanto à importância do registro das notificações das doenças de notificação compulsória com destaque para DTA.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Delimitação do Problema

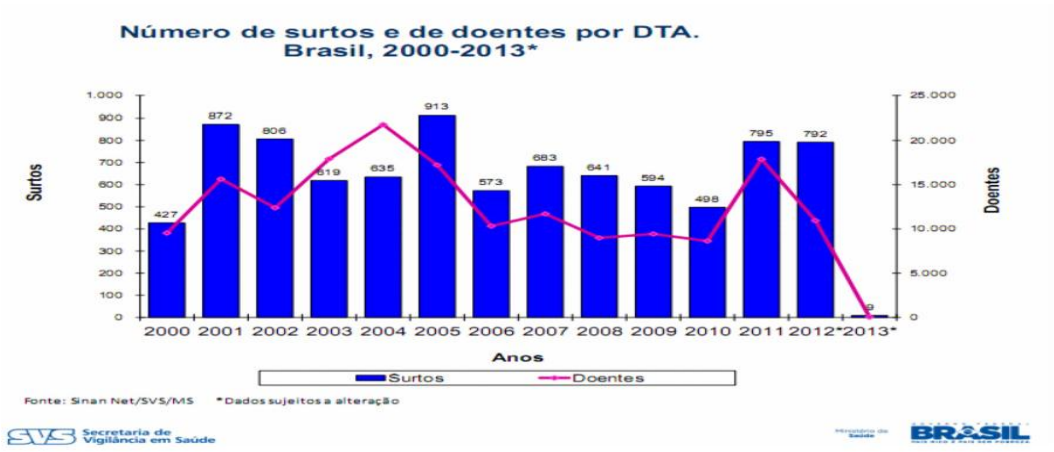
Segundo GUIA (2012 citado por Behrens et al. 2010).

> De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), milhões de pessoas por todo o mundo, são diretamente afetadas por doenças transmitidas pelos alimentos, todos os anos. A ocorrência de tais doenças é particularmente problemática nos países em desenvolvimento, embora os incidentes alimentares também ocorram nos países mais ricos e desenvolvidos.

Neste sentido, no Brasil a Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimento iniciou em 1999, e foi regulamentada em 2011 através da Portaria SVS/MS n° 104, de 25 de janeiro de 2011, que definiu a obrigatoriedade da notificação de surto de DTA às autoridades locais de saúde e investigação imediata (BRASIL 2011).

Neste estudo foram apresentados dados da Vigilância Epidemiológica das DTA como número de surtos, número de doentes e locais de ocorrências da DTA no Brasil entre 2000 a 2013:

Figura nº: 01. Número de surtos e de doentes por DTA. Brasil 2000 a 2013



Fonte: Manual Integrado de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimento 2013

Com relação ao gráfico é possível perceber que no ano de 2004 houve mais casos de doentes que notificações de surto. Também é possível verificar que nos anos de 2011 e 2012 o número de surtos aumentou, porém com menor número de doentes.

Quatro nº: 01. Locais de ocorrência de DTA. Brasil 2000 a 2013.

Locais de ocorrência de DTA. Brasil 2000 a 2013*																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*	Total	%
Ignorado	94	204	162	127	159	287	173	8	0	4	0	5	4	0	1.227	0,14
Residência	216	313	339	197	188	290	177	294	273	250	189	335	342	6	3.409	0,40
Hospital/US	6	17	9	6	17	7	5	19	27	18	26	30	21	0	208	0,02
Creche/Escola	58	94	68	60	55	87	24	41	34	39	30	66	68	1	725	0,08
Asilo	0	2	0	2	0	3	4	0	5	9	6	3	5	0	39	0,00
Outras instituições	25	24	17	13	16	16	17	58	75	69	70	96	90	0	586	0,07
Restaurante/Padaria	50	92	124	85	80	126	94	130	130	91	86	113	117	1	1.319	0,15
Evento	2	0	0	1	1	11	9	50	35	47	29	37	28	1	251	0,03
Casos dispersos no bairro	0	0	0	0	0	0	0	15	16	15	7	17	18	0	88	0,01
Casos dispersos pelo município	0	0	0	0	0	0	0	16	12	18	3	14	21	0	84	0,01
Casos dispersos em mais de um município	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	4	0	9	0,00
Outros	17	82	30	74	61	44	15	50	34	34	51	77	74	0	643	0,07
Total	468	828	749	565	577	871	518	683	641	594	498	795	792	9	8.588	1,00
Total sem ignorado	374	624	587	438	418	584	345	675	641	590	498	790	788	9	7.361	0,86

Fonte: Manual Integrado de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimento 2013

Analisando as informações apresentadas não foram considerados os dados de 2013, em virtude da data de publicação da cartilha.

O que se percebe no quadro dos locais que mais apresentaram ocorrências de DTA, as residências estão em primeiro lugar, seguidas pelas creche/escolas, restaurante/padaria, outras instituições e eventos.

De acordo com Forsythe (2000) citado por Amson et.al (2006) um estudo realizado na Inglaterra em 1999 estimou a extensão de casos não notificados e constatou-se que, para cada caso notificado (detectado em laboratórios oficiais de vigilância), existem mais de 136 casos na comunidade.

3.2. **Doenças Transmitidas por Alimentos**

As DTA normalmente são causadas por agentes químicos, como pesticidas, e metais tóxicos ou biológicos, como microrganismos patogênicos, que penetram no organismo humano através da ingestão de água ou alimentos contaminados, na maioria das vezes agentes biológicos, são os causadores de enfermidades (AMSON et al., 2006).

De acordo com MANUAL (2010) o conceito de DTA é:

> Síndrome, geralmente, constituída por diarréia e/ou vômitos, anorexia, náuseas, relacionada à ingestão de alimentos ou água contaminados. Os sintomas das DTA variam de acordo com o organismo ou toxina encontrados nos alimentos e a quantidade do alimento ingerido. Os sintomas mais comuns das DTA são vômitos e diarréias, podendo também apresentar dores abdominais, dor de cabeça, febre, alteração da visão, olhos inchados dentre outros (BRASIL, 2010).

O MANUAL também destacou que “Os surtos de DTA caracteriza-se quando duas ou mais pessoas apresentam os mesmos sintomas após ingerir alimentos ou água da mesma origem ou um caso de doença rara (ex: botulismo, cólera)” (BRASIL, 2010).

Para HOBBS & ROBERTS, 1999 citado por AMSON et al. (2006):

> Alguns fatores devem ser considerados na descrição de surto de DTA tais como número de pessoas afetadas, o índice de ataque por idade, sexo e raça; o número de pessoas que não foram atingidas, o agente e o período de incubação; a natureza clínica da doença; o veículo alimentar e o modo de transmissão para os alimentos e para as vítimas.

De acordo com o MANUAL (2010)

> As DTA podem ser causadas por Toxinas, produzidas pelas bactérias Staphylococcus aureus, Clostridium spp, Bacillus cereus, Escherichia coli, Vibrio spp, etc. Por Bactérias: Salmonella spp, Shigella spp,

> Escherichia coli, etc. Vírus a exemplo Rotavirus e Noravirus, etc. Parasitas como Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum, etc. e Substâncias tóxicas na forma de metais pesados, agrotóxicos, etc. (BRASIL, 2010).

Ainda referenciando MANUAL (2010) as DTA podem se manifestar das seguintes formas:

- ✓ Infecções transmitidas por alimentos: são doenças que resultam da ingestão de um alimento que contenha organismos prejudiciais à saúde. Exemplo: salmonelose, hepatite viral tipo A e toxoplasmose;
- ✓ Intoxicações alimentares: ocorrem quando uma pessoa ingere alimentos com substâncias tóxicas, incluindo as toxinas produzidas por microrganismos, como bactérias e fungos. Exemplo: botulismo, intoxicação estafilocócica e toxinas produzidas por fungos;
- ✓ Toxinfecção causada por alimentos: são doenças que resultam da ingestão de alimentos que apresentam organismos prejudiciais à saúde e que liberam substâncias tóxicas. Exemplo: cólera.

Neste Projeto optou-se por utilizar o conceito de surto do Ministério da Saúde que dispõe sobre acometimento em duas ou mais pessoas, que se alimentaram no mesmo lugar e data, por entender que este conceito é mais abrangente.

3.3. Programas de Vigilâncias para o Controle e Prevenção de Doenças Transmitidas por Alimentos

A notificação é a parte inicial e fundamental para a investigação dos casos de DTA que possibilita a intervenção das Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias (VISA). Importante ressaltar que todos os profissionais da saúde, no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, tem a obrigatoriedade de realizar as devidas notificações.

Os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar uma suspeita de caso que caracteriza um surto de DTA e acionar imediatamente, o setor da vigilância epidemiológica para que se possam tomar as medidas cabíveis.

Para melhor compreensão da abrangência da investigação e ações relacionadas ao surto de DTA destacaremos o papel das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) entende-se por Vigilância Epidemiológica:

> Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).

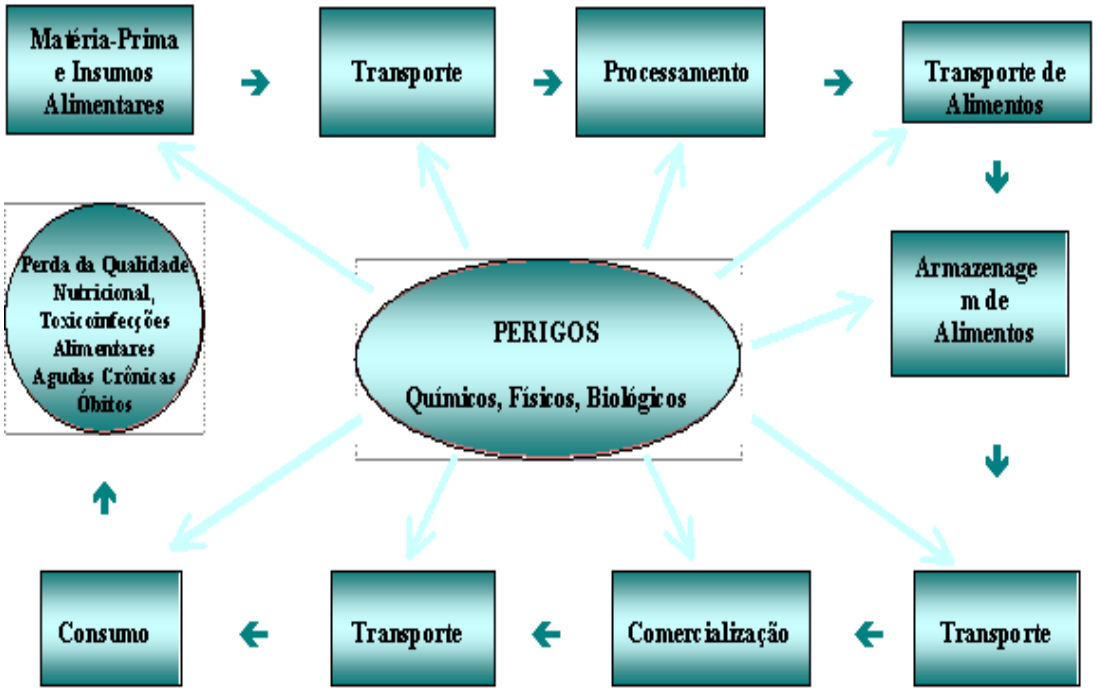
Esta mesma Lei também definiu a Vigilância Sanitária como:

> 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, abrangendo: a) o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas processos, da produção ao consumo; b) O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, art.6º, § 3º).

3.4. Ações das Vigilâncias Relacionadas às Doenças Transmitidas por Alimentos

O quadro epidemiológico das DTA constitui-se em um dos principais indicadores de avaliação das ações de vigilância sanitária na área de alimentos, de modo a reorientá-las com vistas a evitar a ocorrência de novos agravos (BRASIL, 2010).

Quadro nº: 02. Quadro Epidemiológico das DTA



Fonte: Manual Integrado de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimento 2010.

A partir da figura acima que dispõe sobre a cadeia de produção alimentar e de acordo com MANUAL (2010):

> A partir da suspeita de ocorrência de um surto de DTA e do planejamento conjunto das ações da atividade de campo, a equipe de vigilância sanitária deve promover inspeções nas diversas etapas da cadeia alimentar. Essa ação tem como objetivo identificar os fatores de risco aos quais o alimento foi exposto, apontar pontos críticos, bem como avaliar as boas práticas de produção anteriormente adotadas, visando a sua reorientação.
> Os objetivos da inspeção sanitária nos surtos de DTA são: identificar os prováveis modos e fontes de contaminação, os efeitos dos processos de produção sobre o grau de contaminação e, quando biológico, a possibilidade de sobrevivência, proliferação de alguns microorganismos e/ou inativação de toxinas.

Para que a Vigilância Sanitária possa desenvolver a sua atuação diante das doenças transmitidas pela água e alimentos por meio da notificação é preciso que os profissionais, tanto da atenção primária como da urgência/emergência preencham a ficha deste agravo e encaminhem para a Vigilância Epidemiológica que por sua vez aciona a VISA. Em alguns casos a VISA poderá ser acionada diretamente pelas

Unidades Assistenciais ou ao mesmo tempo em que se aciona a Vigilância Epidemiológica.

Importante ressaltar a importância em capacitar os profissionais para o preenchimento correto das notificações.

Destacamos também que o trabalho em rede favorece a comunicação e facilita todas as etapas do processo de investigação e execução do plano para intervir na cadeia de transmissão da doença.

Este trabalho de parceria entre Setores denomina-se intersetorialidade, que confere uma assistência mais integral e de forma mais resolutiva.

De acordo com JUNQUEIRA (2000):

> A equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, mas sim a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si, que buscam novas possibilidades e garantam a eficácia na atenção à saúde aos usuários. Mas o que vemos atualmente, infelizmente, um modelo de saúde curativista e biomédico predominante. Isto coopera na influência negativa das ações da VISA que trabalha principalmente com a prevenção e promoção à saúde.

Segundo PAULA (2004):

> Apesar de a intersetorialidade ser o eixo estruturante na atenção à saúde, é ainda um desafio a ser conquistado e pouco compreendido em termos conceituais. Precisa ser incorporado nas discussões nas práticas cotidianas dos profissionais da saúde, tendo em vista situar o setor saúde como uma estratégia para o desenvolvimento de parcerias. Como prática social, os atores envolvidos deverão refletir criticamente suas concepções e práticas rotineiras para novas idéias, conceitos e noções sobre saúde.

O presente estudo está relacionado com a Gestão do Trabalho em Vigilância Sanitária (VISA) e com a comunicação em saúde, sendo esta de suma importância para a prevenção e promoção da saúde. Neste perspectiva, Ribeiro et al (2013), afirmaram que:

> A comunicação em saúde é uma das estratégias que poderá ser utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.

Estes mesmos autores também relataram que:

> A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnico. Os sujeitos precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de

> saúde, e que o mesmo possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.

Os problemas de saúde da população e do sistema de saúde possuem uma dimensão que só pode ser abordada mediante processos de comunicação. “Na verdade, toda ação humana é realizada mediante a comunicação, pois tudo se faz pelo uso da linguagem, seja ela falada, escrita ou gestualizada” (RANGEL-S, 2009).

Neste sentido as ações da Vigilância Sanitária devem compreender e contemplar esta dimensão comunicativa para que de fato seu trabalho se configure em ações de proteção e promoção da saúde, contribuindo assim para a integralidade da atenção á saúde da população.

Também há de se destacar que na atual organização do Sistema Único de Saúde o processo de trabalho da Vigilância Sanitária tem sido executado com grande destaque para fiscalização e regulação sanitária de produto e serviços e muitas vezes sem interface com o processo de trabalho dos demais setores da saúde, especialmente com as Unidades de Saúde.

Um dos grandes desafios à aplicação do princípio da integralidade no SUS, na perspectiva de articulação entre os serviços de saúde, entre eles a Vigilância Sanitária, está na suspensão do modelo de atuação centralizador e segregado da Vigilância Sanitária (MAIA et al, 2010).

Segundo Maia et al (2010) “é preciso que áreas assistenciais e reguladoras dentro do Sistema Saúde compreendam o qual importante é a articulação e integração para que as ações possam ser realizadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo”.

Na prática de trabalho vivenciado pelos integrantes do GAF B dos municípios de Nova União, Nova Lima, Sabará, Betim e Brumadinho foi relatado que, apesar de existir o monitoramento de doenças diarréicas pela Vigilância Epidemiológica, a maioria dos casos não são notificados e raramente investigados pela VISA por causa da ausência de informações para este Setor.

Devido à complexidade das ações da rede de saúde e a dificuldade da VISA em obter informações dos casos de DTA notificados pela assistência, optamos por construir e pactuar um fluxograma descritivo para o processo de trabalho relacionado à DTA e explorar suas várias interfaces.

Este fluxograma consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário e das informações prestadas por ele, quando procura assistência e sua inserção no Serviço.

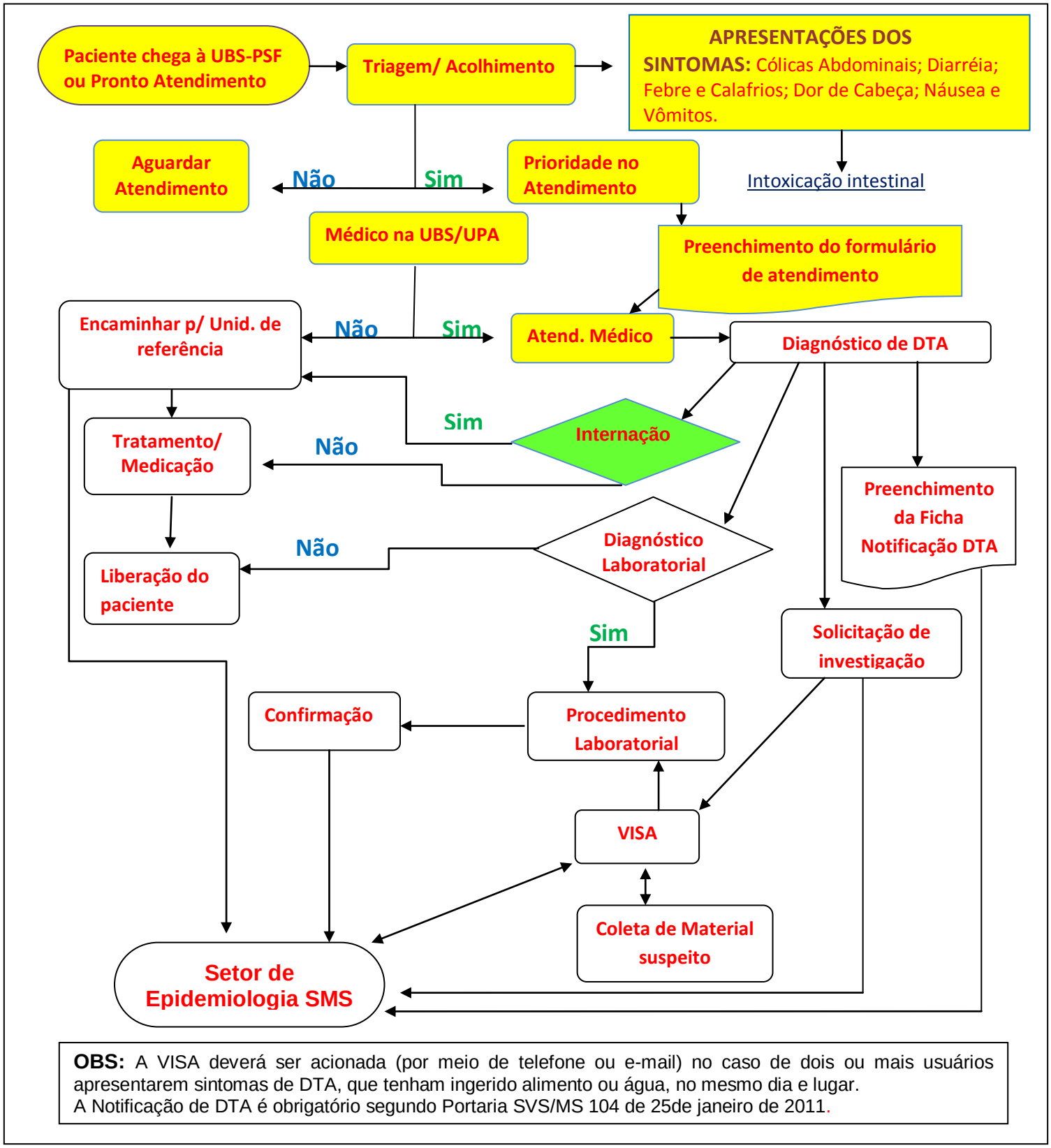
O Fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplicá-lo, lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrado no usuário (FRANCO, 2000).

O Fluxograma foi construído para ser utilizado em qualquer nível de assistência e ele aborda desde a entrada do usuário na Unidade até o momento de sua alta com o adequado tratamento.

Paralelo a isso, buscou-se contemplar todos os passos que os profissionais de saúde precisam seguir para que os casos de DTA possam ser investigados e medidas de prevenção à saúde da população possam ser adotadas pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

Espera-se que a implantação/implementação deste Fluxograma de Notificações de DTA sejam preenchidas de forma correta e no tempo oportuno para a investigação pela VISA. E que o processo de trabalho da VISA seja reconhecido pela Equipe de Saúde responsável pelo atendimento de caso(s) de DTA e que as mesmas após o conhecimento e pactuação do fluxo de notificação de DTA acionam a VISA para investigação.

Quadro nº: 03. Fluxograma de Notificação de DTA.



OBS: A VISA deverá ser acionada (por meio de telefone ou e-mail) no caso de dois ou mais usuários apresentarem sintomas de DTA, que tenham ingerido alimento ou água, no mesmo dia e lugar.
A Notificação de DTA é obrigatório segundo Portaria SVS/MS 104 de 25de janeiro de 2011.

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2014

4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Nova União foi escolhido para aplicação deste Projeto para que houvesse tempo hábil para avaliação dos resultados esperados. Este estudo contextualiza o município de Nova União, sua origem, dados geográfico, economia e situação de Saúde, tendo as unidades básicas de saúde e Centro de atendimento de 24horas como nosso público alvo.

4.1. Descrição do Município

Localizado na Serra do Espinhaço, zona metalúrgica de Minas Gerais, o Município de Nova União, território inicialmente conhecido como Viúva, tornou-se distrito de Caeté em 1888, recebendo o nome de União de Caeté, sendo limítrofe ao norte com o município de Jaboticatubas, ao sul com Caeté, ao leste com Bom Jesus do Amparo e Itabira, e a oeste com Taquaraçu de Minas, distando-se 56 km da capital.

Em 30 de Dezembro de 1962 pela Lei nº 2.674 criou-se a cidade de José de Melo e em 1986 após um plebiscito passou a ser chamada de Nova União.

Com uma extensão territorial de 172 km² e uma topografia montanhosa, a economia primária do Município está ligada à monocultura da banana, tendo como setores secundários à pecuária e a indústria.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, o município tem 5.500 habitantes, divide-se em urbana e rural praticamente na mesma proporção.

A população urbana, em sua maioria recebe abastecimento de água tratada pela COPASA, rede de esgoto, energia elétrica da Cemig, ruas pavimentada e iluminada, agência bancária, centro comercial, escolas e centro de saúde.

Já a rural em sua maioria utiliza água de nascentes para consumo. Tendo sete localidades rurais que contam com um reservatório municipal com água captada de poços artesianos ou nascentes, sem nenhum tipo de tratamento a distribuição contempla apenas as residências centrais (aglomerados). As mais distantes precisam providenciar abastecimento próprio, não possuem rede de esgoto e utiliza-se de fossas negras, muitas delas localizadas muito próximas às residências e por vezes, próximas ao curso da água utilizada pela família. Apesar de ter energia elétrica em toda a extensão da cidade, a área rural não conta com iluminação pública.

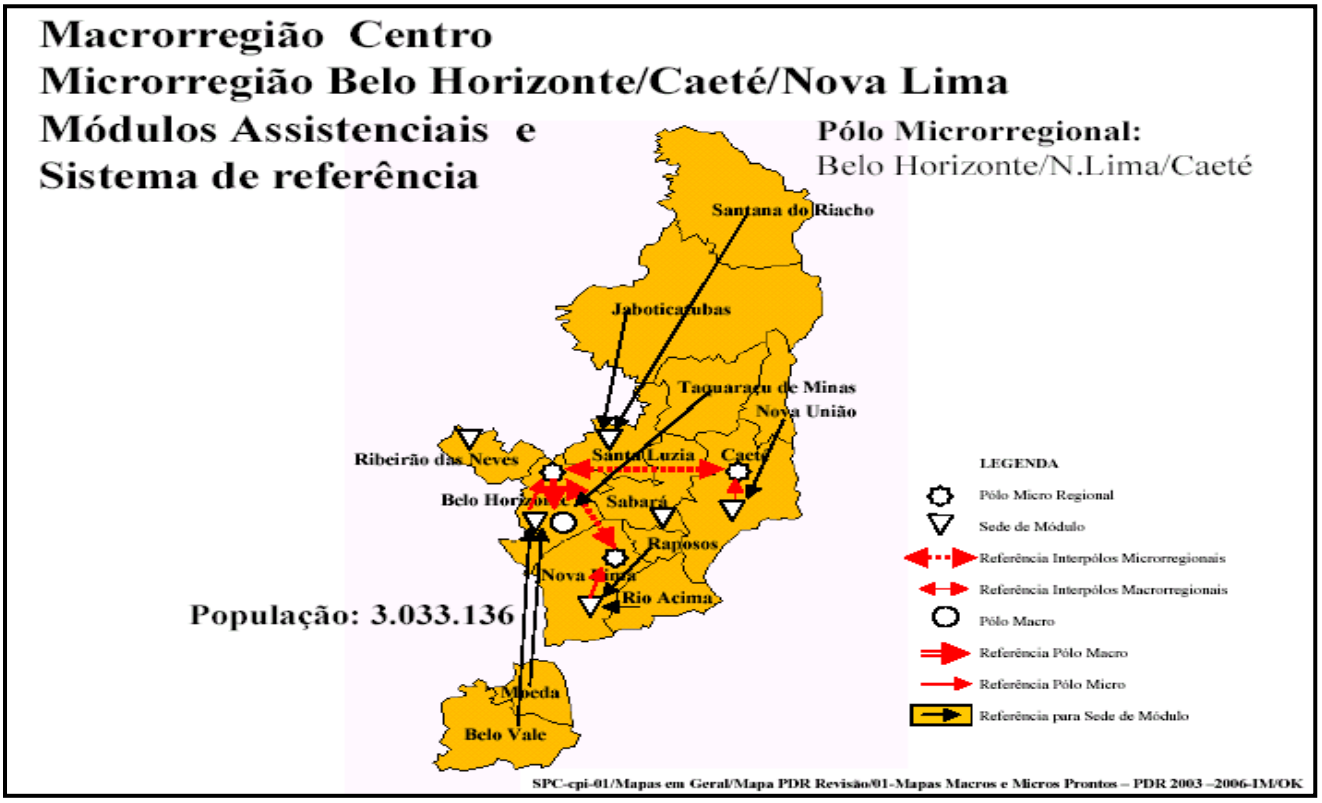
A rede de educação conta com uma escola estadual situada no Centro para alunos de primeiro ao quinto ano do ensino básico; do sexto ao nono ano do ensino fundamental e da primeira à terceira série do ensino médio. Quatro turmas no Programa Estadual EJA (Educação para jovens e adultos) para primeiro e segundo graus e uma turma do PRONATEC. Tem também uma escola municipal para educação infantil; na localidade do Carmo do União encontram-se uma escola estadual para alunos do sexto ao nono ano e uma municipal para educação infantil até o quinto ano e, em Nova Aparecida o Município e o Estado funcionam em regime de coabitação para atendimento aos alunos da educação infantil ao nono ano.

Os estudantes das áreas rurais mais distantes utilizam transporte escolar, e em época chuvosa sofre com as condições precárias das estradas que não são pavimentadas e nem sempre estão em bom estado de manutenção.

4.2. Dados da Microrregião

O Município de Nova União pertence à microrregional Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, tendo o município de Belo Horizonte como pólo da macrorregional. O Município de Nova União pertence à macrorregião Centro.

Figura nº. 02. Mapa da Macrorregião Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima



Fonte: DR/SES-MG

4.3. Serviços de Saúde

Segundo o estabelecido pela Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS 01/2001, o município está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município não dispõe de hospital ou maternidade. Quando o atendimento gera internação Nova União utiliza o Sistema SUSFACIL para busca de vagas e transferência.

Para atender seus habitantes a cidade conta com 01 serviço de 24 horas para atendimento na atenção primária, na média complexidade e nos casos de urgência e emergência; 02 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 01 Farmácia Básica de Minas e com os setores das Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, Zoonoses, Controle e Avaliação e Tratamento Fora do Domicilio (TFD). Alguns serviços como Patologia Clínica e as imagenologias são terceirizadas.

As internações e alguns procedimentos da média complexidade e todos da alta complexidade são executados por meio de acordo entre os municípios da microrregional e macrorregional através da Programação Pactuada Integrada (PPI).

4.4. Configuração da Rede Municipal de Saúde

- ✓ Duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários de Saúde e um servidor geral para serviços de limpeza. Atendem em média 127 famílias por unidade alcançando uma cobertura de 100% da população.
- ✓ 01 Centro de Atendimento 24 horas englobando os atendimentos na atenção primária, média complexidade além dos atendimentos Urgência/ Emergência. A atenção primária possui clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e atendimento odontológico. Na média complexidade são ofertadas consultas nas especialidades urologia, psiquiatria, cardiologia, fisioterapia, fonoaudióloga.

4.5. Dados Epidemiológicos

Somente, a partir de janeiro de 2013, o município começou a registrar dados e esboçar um perfil epidemiológico, pois, não havia registro sistemático neste sentido.

Para alcance das metas do Projeto do Fortalecimento de Vigilância em Saúde, todos os setores da saúde adotaram a prática do preenchimento das notificações compulsórias, mas alguns profissionais encontram dificuldades na identificação e preenchimento do formulário.

Nesse sentido, a Vigilância Sanitária, em parceria com a Vigilância Epidemiológica, Atenção Primária e o Pronto Atendimento promoverão as capacitações necessárias.

5. APLICANDO O PROJETO APLICATIVO

Após a construção do Fluxograma e eleição do município onde seria aplicado o Projeto, elaboramos uma apresentação em Slides conforme anexo A, tendo como objetivos explorar o assunto DTA e demonstrar as responsabilidades dos profissionais envolvidos no atendimento de casos ou surto de DTA, além de capacitá-los para o preenchimento das notificações e pactuar o fluxograma.

A capacitação foi ministrada pela especializanda Maria Madalena (Profissional da Vigilância Sanitária do município de Nova União), juntamente, com as Enfermeiras das equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Figura nº. 03. Fotografia da Capacitação

Fonte: Capacitação realizada na SMS de Nova União, abril de 2014.

Para não causar nenhum transtorno na rotina de trabalho foram realizados em dois períodos sendo um na parte da manhã e outro à tarde.

Para a capacitação foi reservado um espaço físico adequado, com recursos multimídia para as apresentações dos Slides.

Os participantes da capacitação registraram presença no livro de ata e também em fotografias que segue em anexo.

5.1. AVALIAÇÃO

A capacitação para DTA teve efeito positivo. Dias após a capacitação ocorreu um surto de DTA na região. Este foi identificado pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) em sua área de cobertura. Em visitas domiciliares, a ACS percebeu que alguns membros das famílias por ela visitadas não estavam bem de saúde.

A ACS comunicou o fato à enfermeira responsável pela equipe, que foi às residências, constatou o fato, providenciou atendimento médico para os pacientes que apresentavam queixas e coletou informações sobre as possíveis causas.

Na investigação percebeu-se que os pacientes que apresentaram sintomas de DTA, no dia 13/04/14 foram a uma Igreja Evangélica, onde foi organizado um "Almoço Beneficente". As refeições foram feitas para aproximadamente 100 pessoas e servidas em marmitex.

O cardápio consistia em:

- ✓ Salpicão (frango desfiado, milho verde em conserva, maionese, batata palha e cenoura);
- ✓ Tutu (feijão, cebola e lingüiça);
- ✓ Arroz branco e;
- ✓ Macarrão parafuso com molho de carne moída.

Segundo informações as quantidades de alimentos produzidos foram suficientes para atender ao número de encomendas tanto para o almoço quanto para o jantar.

Porém os organizadores do evento não tiveram informações de caso referente à intoxicação alimentar. As marmitex reservadas para o jantar foi entregue normalmente.

Como o evento foi realizado no domingo e os atendimentos realizados no dia seguinte, a VISA e a Epidemiologia local foram comunicadas sobre este agravo. Mas infelizmente, não houve tempo hábil para fazer análises em amostras de alimentos nem mesmos no local do evento, por que todos os alimentos produzidos foram consumidos.

No entanto o surto de DTA foi diagnosticado e notificado pelos profissionais de saúde em anexos.

5.2. Resultados e Discussão

Foram traçados três resultados esperados para avaliar se o fluxograma é eficaz enquanto ferramenta de integração entre as Unidades de Saúde que prestam assistência direta ao usuário e a Vigilância Sanitária em casos de DTA. O primeiro resultado trata-se de uma análise quantitativa e os demais qualitativos.

O primeiro resultado esperado diz respeito ao preenchimento das notificações de DTA. Ficou evidenciado que este resultado foi alcançado na primeira semana após a capacitação, pois foi realizada 1 notificação de surto com 13 casos, porém os usuários não buscaram os serviços de saúde no mesmo dia em que iniciaram-se os sintomas. Apenas no dia seguinte, que procuraram o atendimento médico e por esse motivo a VISA não pode investigar, pois o surto aconteceu em uma festa pontual de uma Igreja do município no final de semana. É importante ressaltar que nunca havia sido realizada uma notificação de caso de DTA no município de Nova União antes da capacitação e pactuação do fluxograma.

O segundo resultado que se esperava alcançar era que o Processo de trabalho da VISA fosse reconhecido pela Equipe de Saúde responsável pelo atendimento de caso(s) de DTA.

Também percebemos que a capacitação e pactuação do Fluxograma permitiram a integração das áreas assistenciais com o trabalho da VISA, pois logo após a capacitação, a ACS identificou casos suspeitos, acionou a enfermeira e o médico de sua equipe para atendimento dos casos.

E o terceiro e último resultado que se esperava é que as Equipes de Saúde tivessem conhecimento do fluxo de notificação de DTA e acionassem a VISA para investigação. Como já foi explicitado acima, a equipe compreendeu o fluxograma de forma que o colocou em prática uma semana após a capacitação.

Com a pactuação deste fluxograma percebeu-se que houve uma melhora na organização e o processo de trabalho nas unidades de saúde relacionadas à notificação de DTA obteve êxito.

Os formulários e notificações relacionadas à DTA passaram a ser encaminhados para o Setor responsável que informa estes dados no Sistema e tem a oportunidade de investigar e prevenir que outras pessoas sejam acometidas por DTA.

Além disso, também ficou evidente que os profissionais de saúde se sensibilizaram quanto à importância do registro das notificações das doenças de notificação compulsória, pois além de notificações de DTA outros registros foram encaminhados após a capacitação.

5.3. Metas e Indicadores

Podemos definir que a meta é a escolha que realizamos para podemos atingir nos objetivos.

Já no indicador podemos explicar como índice de monitoramento de alguma coisa que pode ser medida. Neste sentido será apresentado um quadro explicativos das metas e indicadores.

Quadro nº: 04: Metas e Indicadores

Ação	Método de Cálculo	Fontes	Metas	Utilidade do Indicador	Contribuição da VISA para o alcance da meta do indicador
Realizar ações da VISA em surtos relacionados a alimento e água para o consumo humano	Nº. Surtos de notificados e Investigado/ Nº. Surtos notificados X 100	SINAN e SMS	Investigação de 80% dos surtos notificados	Identificação do alcance das metas	Fiscalizar os estabelecimentos de saúde; Investigação em conjunto com o setor da Epidemiologia
Realizar busca ativa nos na unidade de Saúde	Nº. casos DTA avaliados em prontuário sem notificação/ Nº. totais de casos registrados em prontuários da unidade X100	Prontuários das Unidades	Aumentar o numero da busca ativa	Proteção da população de risco	Monitoramentos das fichas de notificações; Realizar juntamente com a epidemiologia a cada seis meses a validação e divulgação do fluxo de notificação ou sempre que houver contratações de profissionais.

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2014.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em atenção ao objetivo deste estudo foi possível identificar e caracterizar a importância da articulação entre a Atenção Primária, Vigilância epidemiológica e Vigilância Sanitária na rede de saúde para garantir a notificação compulsória em tempo hábil para controle e ações de intervenção.·.

A estratégia utilizada foi à criação de um fluxograma-padrão com vistas à comunicação à Vigilância Sanitária, dos casos sujeitos ao seu âmbito de atuação, para possibilitar a intervenção na gestão do risco.

O fluxograma foi apresentado às equipes de saúde por meio de uma capacitação realizada por um profissional da Vigilância Sanitária, que por resultado apresentou significativo aumento no número de notificações, principalmente nos casos de surto por doenças transmitidas por alimento- DTA, o que fortalece os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde- SUS no que diz respeito ao desenvolvimento das ações de Vigilância de Alimentos.

A Vigilância Sanitária, por suas atribuições, apresenta potencialidades para desenvolver estratégias capazes de direcionar o indivíduo a assumir a co-responsabilidade da sua saúde e, nesse sentido, este estudo priorizou as notificações para os casos de DTA, principalmente nos episódios de surto de diarréias.

Como futuros gestores da Vigilância Sanitária, destacamos a relevância deste Projeto esperando o aumento do número de casos de notificações para que conheça as reais necessidades da população. Com vistas à redução de danos, o trabalho entre parcerias das Vigilâncias Sanitárias e Epidemiológicas e a Rede de Saúde, acreditamos na assistência com qualidade buscando a prevenção de riscos e agravos e a promoção da saúde do cidadão.

REFERÊNCIAS BIBILOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentos e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em < http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=guia> Acesso em 09 abr.13

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. 158 p. Disponível em <http://nutryup.blogspot.com.br/2012/08/manual-integrado-de-vigilancia.html> Acesso em 10 abr.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentos e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/148doencas_alim_agua.html>. Acesso em 11 abr.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. – 7. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_prevencao_doencas_alimentos.pdf>. Acesso em 11 mar.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Integrado de Vigilância Prevenção e Controle de DTA. 2010.** Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/subpav/vigilancia-em-saude/CIEVS/documentos-tecnicos/curso-basico-de-investigacao-de-surtos-cbis>. Acesso em 10 mai.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Comunicação em Vigilância Sanitária RCVISA**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/alimentos/aulas/reuniao_visas_curitiba07/rcvisa.pdf>. Acesso em 05 mai.2014.

Comunicação em Saúde: **Conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais**. Disponível em <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio>. Acesso em 10 abr.201 4

FRANCO. Túlio Batista. **Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG.** São Paulo, 2003 p.163-179.

GUIA. Cidália Maria Guerreiro Martins. **Hábitos de segurança alimentar na população estudantil do Instituto Politécnico de Beja**. 2012. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4845/1/Hábitos de segurança

alimentar na população estudantil do Instituto Politécnico de Beja.pdf> Acesso em 21 mai.14.

JUNQUEIRA, L.A.P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde**. Rev. Adm. Pública, v.34, n. esp.p. 35-45, 2000.

Levantamento de dados epidemiológicos relativos às 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/scielo.php?pid=S141370542006000600016&script=sci_arttext> Acesso em 21 mai. 2014.

MAIA,Christiane. GUILHEN, Dirce. LUCCHESE, Geraldo. **Integração entre vigilância sanitária à saúde da mulher: Um estudo sobre a integralidade no SUS.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro. Pag. 682-692. 2010.
Disponível em < http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/5151> Acesso 18 mai.2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. I**nstrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde**. 2014.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? **O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto, Interface – Comunic., Saúde, Educ.,** v.8, n.15, p331-48, mar/ago 2004.

RIEG & ARAÚJO Filho. **O Uso das Metodologias Planejamento Estratégico Situacional e Mapeamento Cognitivo**. Revista Gestão e Produção v.9, n.2, pag.169-173, ago.2002.

RANGEL-S. **Comunicação em Vigilância Sanitária**. 2009. 153 -170. Disponível em <http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-09.pdf> Acesso em 20 de abr.2014.

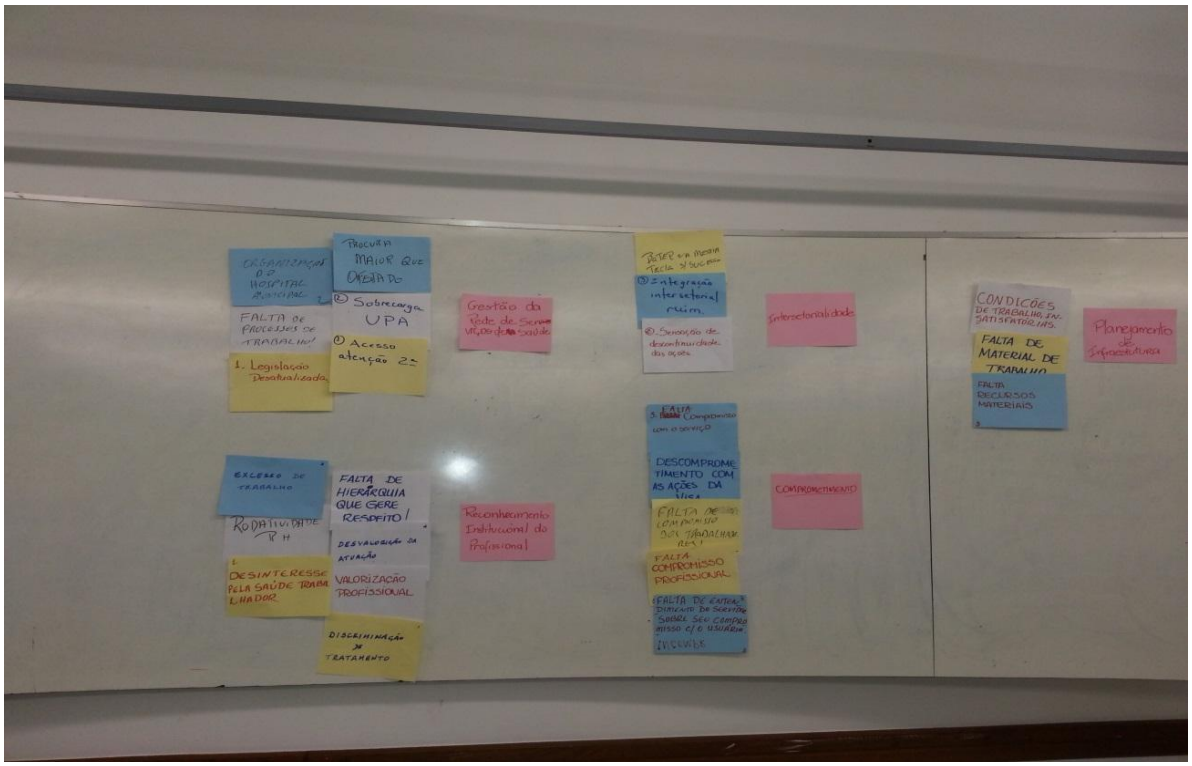
APÊNDICES

PASSO A PASSO PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO APLICATIVO DA EQUIPE AFINIDADE B

Primeiro passo: Definições dos problemas

Identificação do problema e conhecer suas causas e as consequências pela equipe afinidade B.

Figura nº. 04. Definições dos problemas



Fonte: Equipe Afinidade B, Belo Horizonte 2013

Segundo passo: priorização de problemas

Utilizamos a matriz decisória para seleção de problema. Nesta, identificamos os problemas levando em consideração o valor que pode ser alto, médio ou baixo de acordo com o interesse que cada problema tem para o grupo. O interesse na matriz decisória foi expressa em três atitudes: manter a realidade ou rechaçar a mudança (sinal negativo), mudar a realidade (sinal positivo) e indiferença (neutro).

Quadro nº 05. Matriz Decisória

Problemas	Valor	Interesse
Acesso atenção secundária	B	-
Falta de compromisso profissional	A	+
Bater na mesma tecla	M	-
Desinteresse pela saúde do trabalhador	M	+
Legislação desatualizada	B	-
Falta de material	A	+
Discriminação do tratamento	M	+
Sobrecarga da UPA	B	N
Desvalorização profissional	M	-
Rotatividade do Recurso humano	A	+
Falta de processo de trabalho	A	+
Condição de trabalho insatisfatório	A	+
Sensação de descontinuidade das ações	A	+
Falta de hierarquia que gere respeito	B	_
Desvalorização da atuação	A	+
Integração intersetorial ruim	A	+
Falta de recursos materiais	A	+
Procura maior que a oferta	B	-
Falta de entendimento do servidor sobre o compromisso do usuário	M	N
Organização do Hospital municipal	B	_

Descumprimentos das ações da VISA	A	+
Excesso de trabalho	M	N

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2013

Terceiro passo: Pontuação do problema

Após o preenchimento da matriz decisória para seleção do problema 1, verificamos os problemas que tiveram valor alto e interesse positivo e demos valor de 0 a 10 para cada problema selecionado.

Quadro **nº: 6** Matriz decisória para seleção

Problemas selecionados (A+)	**Pontuação (0 a 10)**
Falta de compromisso profissional	2
Integração intersetorial ruim	5
Sensação de descontinuidade das ações	6
Condição de trabalho insatisfatório	3
Falta de material	4
Rotatividade do Recurso humano	1
Desvalorização da atuação	2
Falta de recursos materiais	3
Descumprimentos das ações da VISA	9

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2013

Quarto Passo: Matriz decisória para seleção de problema 3

Nesta matriz foi definida a ordem de prioridade dos problemas como:

- Importância do problema classificando como: Muito Alta, Alta, Média, Baixo ou Muito Baixo;
- Urgência para a solução do problema: os principais problemas foram pontuados de acordo com a prioridade de cada problema e o valor das priorizações deverá somar 50 pontos;
- Capacidade de enfrentamento: de acordo com o modelo apresentado durante o encontro deste, se diz respeito ao controle que o grupo tem sobre os recursos necessários e relevantes para resolver o problema. A relevância para resolver o problema foi descrito como: **Dentro** é quando o grupo tem controle de todos os recursos; **Fora:** quando o grupo não tem nenhum controle dos recursos e **Parcial**: quando o grupo tem controle de alguma parte dos recursos.

Quadro nº: 07: Matriz decisória para seleção de Problema 3

Principais Problemas	Pontuação	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de Prioridade
Falta de processo de trabalho	9,3	Muito Alta	15	Dentro	1
Integração intersetorial ruim	7,7	Alta	10	Dentro	3
Falta de Compromisso com usuário	8,2	Alta	10	Dentro	5
Condições de trabalho insatisfatório	8,3	Alta	05	Dentro	4
Sensação de descontinuidade das ações	9,2	Alta	10	Dentro	2

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2013

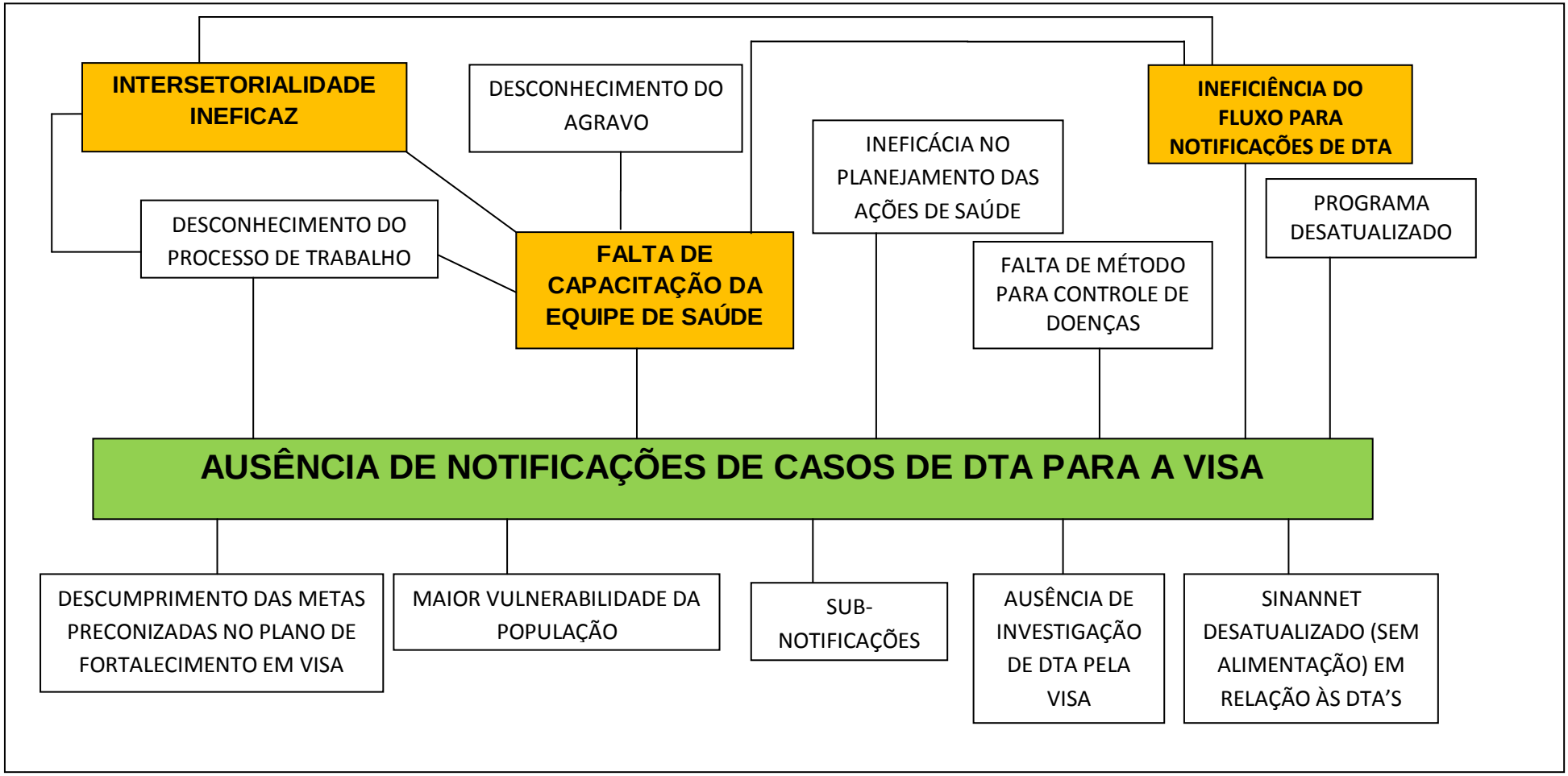
Quinto Passo: Processo de execução

Após a conclusão dos processos de identificações dos problemas e dos preenchimentos das matrizes. Para auxiliar na tarefa foram utilizadas várias ferramentas de suma importância para o desenvolvimento do Projeto como: árvore explicativa do problema e as identificações dos nós críticos, o plano de ação e o fluxograma, que será o produto final.

Sexto Passo: Árvore Explicativa do Problema

A construção da Árvore Explicativa do Problema: o objetivo desta ferramenta é a identificação da causa e consequência. Permite identificar os nós críticos de uma situação que necessita de solução.

Quadro nº: 08: Árvore Explicativa do Problema



Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2014

PLANILHA DOS NÓS CRÍTICOS

Quadro **nº: 09** Planilha dos Nós Críticos

NÓS CRÍTICOS	SOLUÇÕES
FALTA DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE	Programar ações educacionais para a Equipe de Saúde relacionada ao correto preenchimento de notificações quando ao atendimento de DTA
INTERSETORIALIDADE INEFICAZ	Programar processos de trabalho que promovam maior interação entre as Equipes de Saúde e a VISA para desenvolvimento de ações conjuntas
INEFICIÊNCIA DE FLUXO PARA NOTIFICAÇÕES DE DTA	Construir Fluxograma, capacitar e pactuar com a(s) Equipe(s) de Saúde para realização de notificações de DTA e start de investigações.

Fonte: Equipe Afinidade B– Belo Horizonte 2014

Sétimo passo: Plano de Ação

Neste Plano de Ação foram elaboradas as ações que deverão ser desenvolvidas para alcançar as metas estabelecidas para o Projeto Aplicativo.

Quadro **nº: 10.** Plano de Ação

RESULTADOS ESPERADOS	ATIVIDADES NECESSÁRIAS	RESPONSÁVEL (EIS)	DEMAIS PARTICIPANTES (OUTROS ATORES)	PRAZO	RECURSOS
Notificações de DTA preenchidas de forma correta e no tempo oportuno para a investigação pela VISA	1. Montar programa (conteúdo) da capacitação e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento das notificações de DTA	Profissionais da Vigilância em Saúde e Coordenadores das Unidades de Saúde	Gestores da SMS	20 dias	Humanos e Material: material necessário para a capacitação
Processo de trabalho da VISA conhecido pela Equipe de Saúde responsável pelo atendimento de caso (s) de DTA	1. Divulgar através de encontros/reuniões das Equipes o papel da VISA nas investigações de DTA 2. Informar dados de investigações já realizadas/concluídas visando ampliar o conhecimento sobre o risco sanitário.	Profissionais das Vigilâncias em Saúde e Equipes de Saúde	Gestores da SMS	30 dias	Humanos e Material: Síntese do trabalho da VISA.
Equipes de Saúde tem conhecimento do fluxo de notificação de DTA e acionam a VISA para investigação.	1. Montar capacitação para divulgação do fluxo de notificação de DTA. 2. Pactuar o fluxo de notificação de DTA com os Gestores da Atenção primária e Urgência	Profissionais das Vigilâncias em Saúde e Equipes de Saúde	Gestores da SMS	30 dias	Humanos e Materiais: Fluxograma e Ata de Pactuação

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2014

Oitavo Passo: Elaboração do Fluxograma

Fluxograma é um tipo de diagrama, que pode ser entendido como uma representação esquemática de um processo, muitas vezes feito através de gráficos que ilustram de forma descomplicada a transição de informações entre os elementos que o compõem, ou seja, fluxograma é um gráfico que demonstra a sequencia operacional do desenvolvimento de um processo, o qual caracteriza o trabalho que está sendo realizado, o tempo necessário para sua realização, à distância percorrido pelos documentos, quem está realizando o trabalho e como ele flui entre os participantes deste processo.

Existem vários tipos de fluxogramas como: fluxograma linear, fluxograma de processo **e** o fluxograma parcial ou descritivo.

O que melhor se enquadra para realização deste Projeto será o fluxograma parcial ou descritivo.

Este por sua tem seus aspectos básicos como:

- ✓ Descreve o curso de ação e os trâmites dos documentos;
- ✓ É mais utilizado para levantamentos;
- ✓ É mais utilizado para rotinas que envolvem poucas unidades organizacionais.

Nono passo: organização para a realização da capacitação

Encontro para divisões de tarefas para a realização da capacitação no município Nova União.

As tarefas são:

- ✓ Texto explicativo sobre a importância das informações através das notificações para a saúde publica especificamente DTA;
- ✓ Agendamento do espaço físico e os recursos multimídia;
- ✓ Processo de trabalho;
- ✓ Demonstrativo do Fluxograma;
- ✓ Apresentação em slide;
- ✓ Convite;

Apresentações em Slides para a capacitação

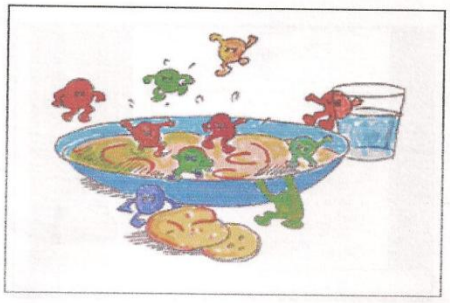
Quadro 11

Estudo de Caso

No município de Polis, teve uma festa da Secretaria de Obras com aproximadamente 60 pessoas na Quadra de Esportes. A festa iniciou por volta de 17h. A comida foi preparada por funcionários liberados antes do final do expediente, muita comida boa: churrasco, arroz, farofa, maionese caseira e vinagrete. De bebidas foram servidos: cerveja, refrigerante e água. Tudo aconteceu da forma esperada a não ser .... Por volta das 23h o Sr. João, assessor do Secretário de Obras, que estava na festa chegou na Policlínica com queixas de vômito e diarréia. Logo após mais um convidado chegou na Unidade com os mesmos sintomas, e após 20 min. mais um convidado, até que o Porteiro, José da Policlínica, na brincadeira, levantou que os convidados comeram "comida estragada". Em seguida chegaram mais 5 convidados com os mesmos sintomas. E a noite inteira esta Unidade atendeu os convidados com os mesmos sintomas.

????

1. QUAIS AS AÇÕES IMEDIATAS DEVERÃO SER FEITAS NA CONDUÇÃO DESTE CASO?
2. DE QUEM É A RESPONSABILIDADE DE INVESTIGAR?
3. QUEM OU QUAIS ÓRGÃOS DEVEM SER ACIONADOS?
4. QUAIS OS DOCUMENTOS DEVEM SER GERADOS?
5. COMO REGISTRAR ESTE CASO?
6. QUAIS MEDIDAS DEVERÃO SER REALIZADAS PARA MINIZAR RISCOS A SAÚDE DA POPULAÇÃO?



Introdução

As Doenças Transmitidas por Alimentos e Água (DTA) são provocadas pela ingestão de alimentos ou água contaminados causadas principalmente pelos procedimentos de manipulação incorreta. Os sintomas mais comuns são: vômitos e diarréias, dores abdominais, dor de cabeça, febre e dentre outros sinais e sintomas.

NOTIFICAÇÃO

*Ocorrência de surtos é de notificação compulsória;

Notificação é obrigatória para:

**Profissionais de saúde (em exercício da profissão);

**Responsáveis por estabelecimentos Públicos e Privados de saúde.

QUEM DEVE NOTIFICAR

Notificação é obrigatória para:

**Profissionais de saúde (em exercício da profissão);

**Responsáveis por estabelecimentos Públicos e Privados de saúde.

NECESSIDADE DO EMPREENCHIMENTO

Notificação compulsória é um registro que obriga e universaliza as notificações, visando o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção.

SURTO

- Notificação compulsória e imediata;
- Investigação de acordo com VE-DTA

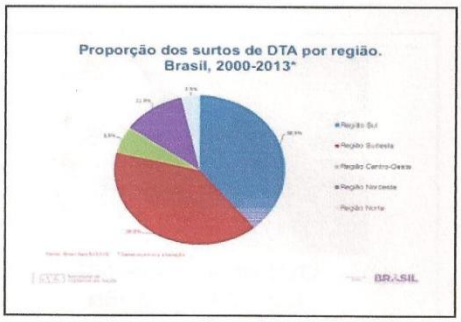
CONHECIMENTO DO SURTO

Dever de todo cidadão comunicar o surto à autoridade sanitária;

CONHECIMENTO DO SURTO

- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGIA;
- VIGILÂNCIA SANITÁRIA ;
- LABORÁTORIO DE ANÁLISES CLINICAS.

REGIÃO BRASILEIRA QUE OCORREU MAIOR NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES NO PERÍODO DE 2000-2013



SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NOVA UNIÃO

Com adesão do município de Nova União ao Plano de Fortalecimento das Vigilância em Saúde em 2011, iniciaram as notificações de DTA, porém ainda em um número inferior as ocorrências e pouco investigadas pela Vigilância Sanitária.

MODELO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DTA

SINTOMAS

- Vômitos;
- Diarréias;
- Dores abdominais;
- Dor de cabeça;
- Febre e;
- Dentre outros sinais e sintomas.

OBJETIVOS DO ENCONTRO

- Capacitar os profissionais quanto ao preenchimento das fichas de notificação sobre DTA.
- Divulgar e Pactuar o FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE DTA

IMPLANTAÇÃO DTA

Em 1998 ocorreu a Implantação da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos (VE-DTA), integrado com :

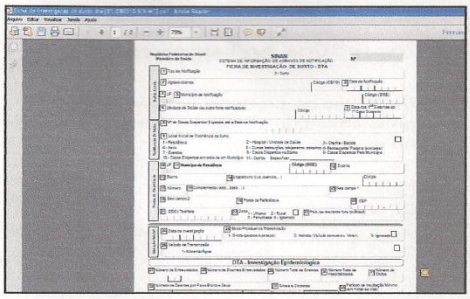
* ANVISA;
* Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e;
* OPAS / OMS.

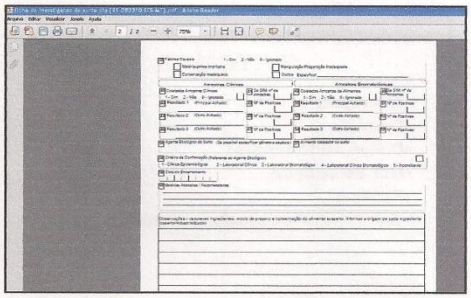
SURTOS DE DTA

*Episódio em que 2 ou mais pessoas apresentam doença semelhante após ingerirem alimentos ou água da mesma origem;

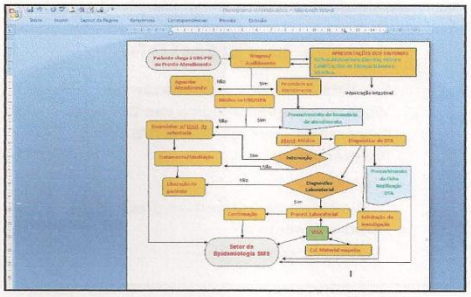
Alimentos origem animal;

Preparados para consumo coletivo;





MODELO DO FLUXOGRAMA PROPOSTO PARA DTA



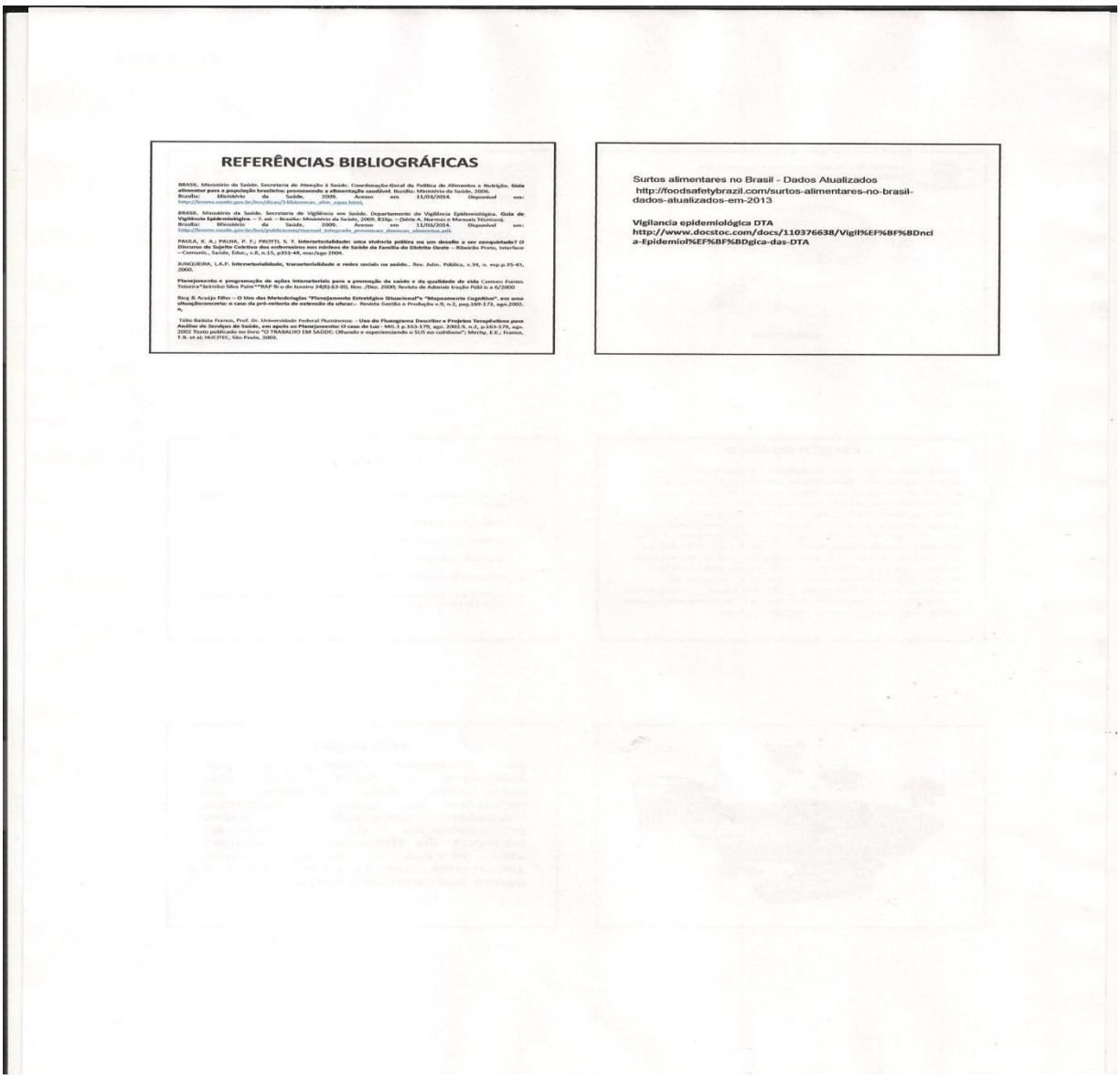
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1. Número de Notificações de DTA,s para VISA – após a capacitação comparar com a Planilha de MDDA – Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas alimentada pela Vigilância Epidemiológica.

2. Número de ações conjuntas (VISA, VIGEP, Vigilância Ambiental e equipes de Saúde) após a capacitação/pactuação.

OBRIGADA.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentos e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 11/03/2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/14dolencas_alim_agua.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica** – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 11/03/2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_prevencao_doencas_alimentos.pdf.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. **Intersetorialidade: uma vivência política ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste** – Ribeirão Preto, Interface —Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p331-48, mar/ago 2004.

JUNQUEIRA, L.A.P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde.**. Rev. Adm. Pública, v.34, n. esp.p.35-45, 2000.

Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida Carmen Fontes Teixeira*Jairnilso Silva Paim**RAP Ri o de Janeiro 34(6):63-80, Nov. /Dez. 2000; Revista de Admisis tração Públ ic a 6/2000

Ring & Araújo Filho – **O Uso das Metodologias "Planejamento Estratégico Situacional"e "Mapeamento Cognitivo", em uma situaçãoconcreta: o caso da pró-reitoria de extensão da ufscar.**– Revista Gestão e Produção v.9, n.2, pag.169-173, ago.2002. n,

Tôlo Batista Franco, Prof. Dr. Universidade Federal Fluminense - **Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz** - MG.1 p.163-179, ago. 2002.9, n.2, p.163-179, ago. 2002 Texto publicado no livro "O TRABALHO EM SAÚDE: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano"; Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al. HUCITEC, São Paulo, 2003.

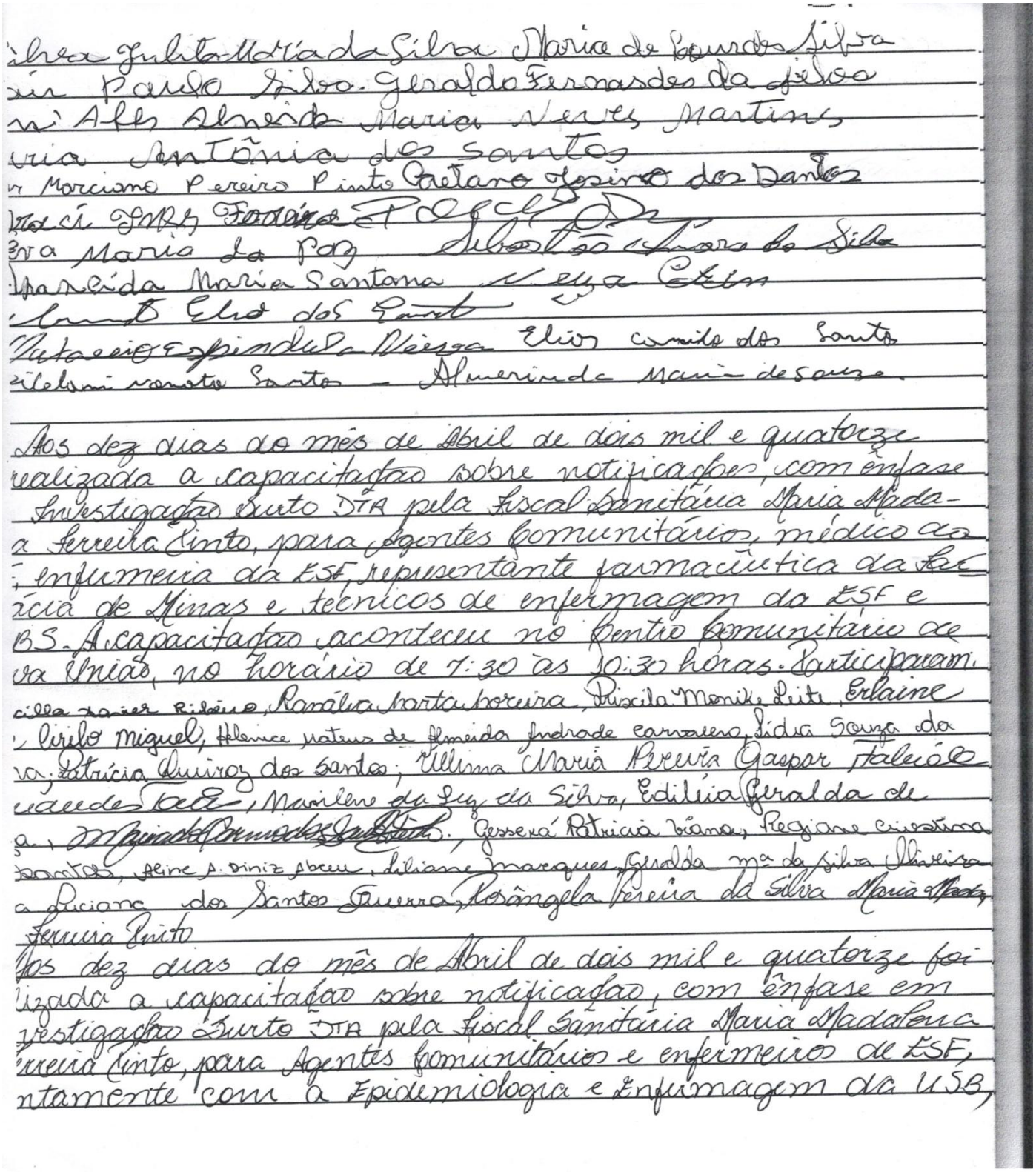
Surtos alimentares no Brasil - Dados Atualizados
http://foodsafetybrazil.com/surtos-alimentares-no-brasil-dados-atualizados-em-2013

Vigilancia epidemiológica DTA
http://www.docstoc.com/docs/110376638/Vigil%EF%BF%BDnci a-Epidemiol%EF%BF%BDgica-das-DTA

Fonte: Equipe Afinidade B – Belo Horizonte 2014

Registro dos Participantes

Quadro 12



ilva Julita Maria da Silva Maria de Lourdes Silva
ir Paulo Silva Geraldo Fernandes da Silva
ni Alves Almeida Maria Neves Martins
ria Antônia dos Santos
r Marciano Pereira Pinto Caetano Josino dos Santos
raci [illegible] Ferreira [illegible]
va Maria da Paz Sebastião Amaro da Silva
Aparecida Maria Santana Neza Elias
Elio dos Santos
Natalicio Espindula Nieva Elias Camilo dos Santos
Nilcloni Nonato Santos - Almerinda Maria de Souza.

Aos dez dias do mês de Abril de dois mil e quatorze
realizada a capacitação sobre notificações, com ênfase
Investigação Surto DTA pela Fiscal Sanitária Maria Mada-
a Ferreira Pinto, para Agentes Comunitários, médico da
, enfermeira da ESF, representante farmacêutica da Far-
ácia de Minas e técnicos de enfermagem da ESF e
BS. A capacitação aconteceu no Centro Comunitário de
va União, no horário de 7:30 às 10:30 horas. Participaram:
cilla Xavier Ribeiro, Ranália Marta Moreira, Priscila Monike Leite, Erlaine
, Cirilo Miguel, Helenice Mateus de Almeida Andrade Carvalho, Lídia Souza da
a, Patrícia Queiroz dos Santos; Ullima Maria Pereira Gaspar, Fabiola
[illegible], Marilene da Luz da Silva, Edilília Geralda de
a, [illegible], Gesserá Patrícia Viana, Regiane Cristina
Santos, Aline A. Diniz Abreu, Liliane Marques, Geralda Mª da Silva Oliveira
a Luciana dos Santos Guerra, Rosângela Pereira da Silva Maria Mada-
Ferreira Pinto
Aos dez dias do mês de Abril de dois mil e quatorze foi
lizada a capacitação sobre notificação, com ênfase em
vestigação Surto DTA pela Fiscal Sanitária Maria Madalena
rreira Pinto, para Agentes Comunitários e enfermeiros de ESF,
ntamente com a Epidemiologia e Enfermagem da USB,

Fonte: SMS Nova União, abril de 2014.

Fotos do Evento de Capacitação

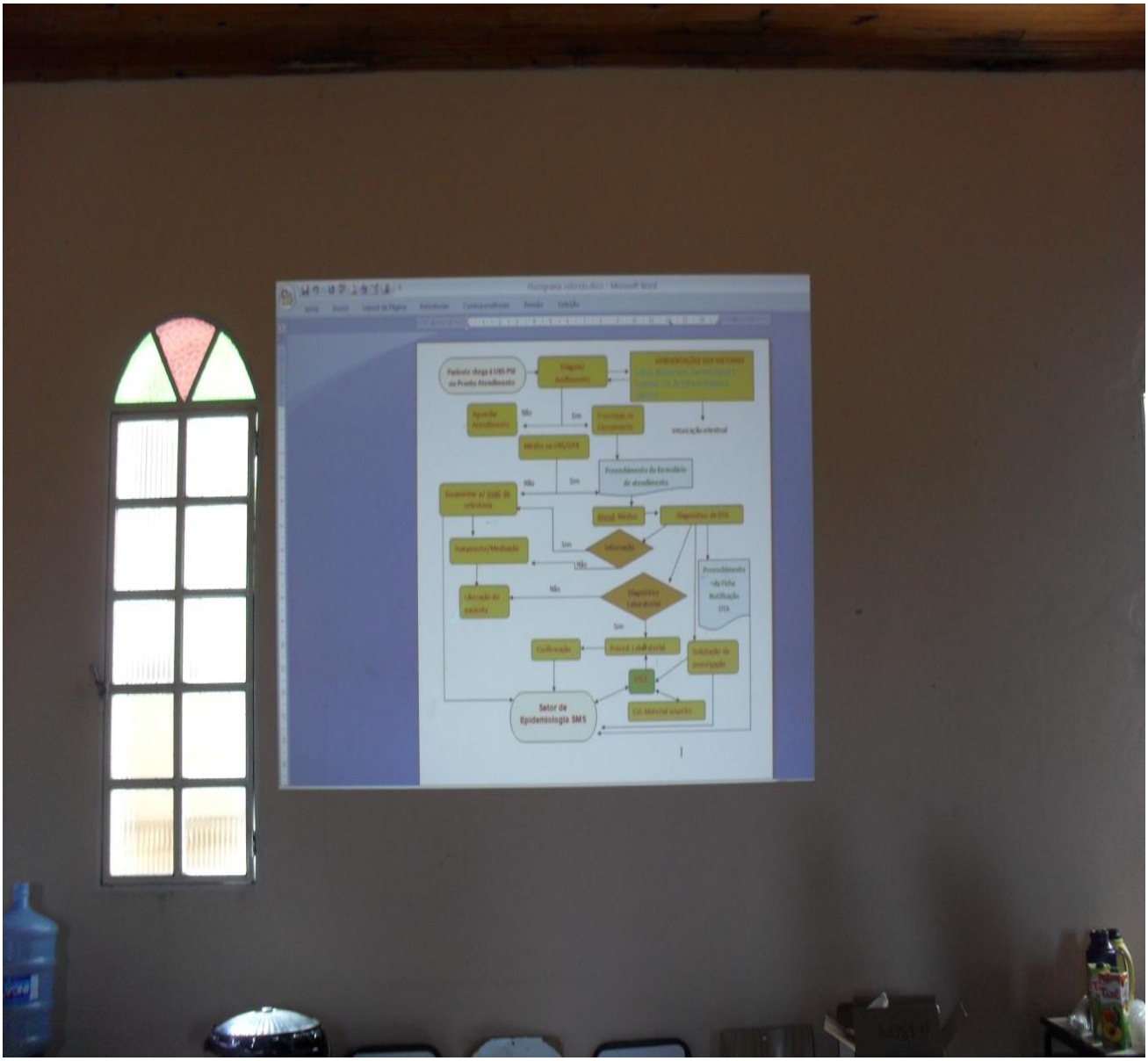
Figura nº 5. Fotografia da Capacitação

Fonte: Capacitação realizada na SMS de Nova União, abril de 2014.

Figura nº 6. Fotografia da Capacitação

Fonte: Capacitação realizada na SMS de Nova União, abril de 2014.

Figura nº 7. Fotografia da Capacitação apresentação Fluxograma



Fonte: Capacitação realizada na SMS de Nova União, abril de 2014.

Figura nº 08. Fotografia de socialização da Capacitação

Fonte: Capacitação realizada na SMS de Nova União, abril de 2014.

ANEXOS

Formulários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Figura nº: 09 - Ficha de notificação devidamente preenchida

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Fonte: SMS, Nova União, abril de 2014.

Figura nº 10 - Ficha Individual e investigação de Surto

FORMULÁRIO 3 - FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO DE DTA

UNIDADE NOTIFICANTE: DATA: SE:

DADOS DO CASO:
Nome do Paciente:
Data do Nascimento: Idade: Sexo:
Nome do Município de Residência:
Bairro:
Endereço:
Ponto de Referência: Telefone:

1. REFEIÇÃO SUSPEITA:
Data da ingestão: Hora da ingestão:
Local da ingestão:
Endereço:
Município: Ponto de referência:

2. ALIMENTOS CONSUMIDOS NA REFEIÇÃO SUSPEITA:

3. CONDIÇÃO CLÍNICA — doente — não doente
Se doente, preencher os seguintes campos:

4. INÍCIO DOS SINTOMAS: Data: Hora:
5. SINAIS E SINTOMAS
— Náuseas — Febre
— Vômitos — Cefléia
— Cólica — Outros — Especificar:
— Diarréia

6. RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO — Sim — Não Onde:
7. HOSPITALIZADO — Sim — Não Onde:

8. EXAMES LABORATORIAIS — Sim — Não
Material: Sangue — Fezes — Vômitos — Outros — Especificar:
Data da coleta: / /
Fez uso de antibióticos antes da coleta: sim — não
Data do envio ao Laboratório: / /

9. RESULTADO:
Data do resultado: / /

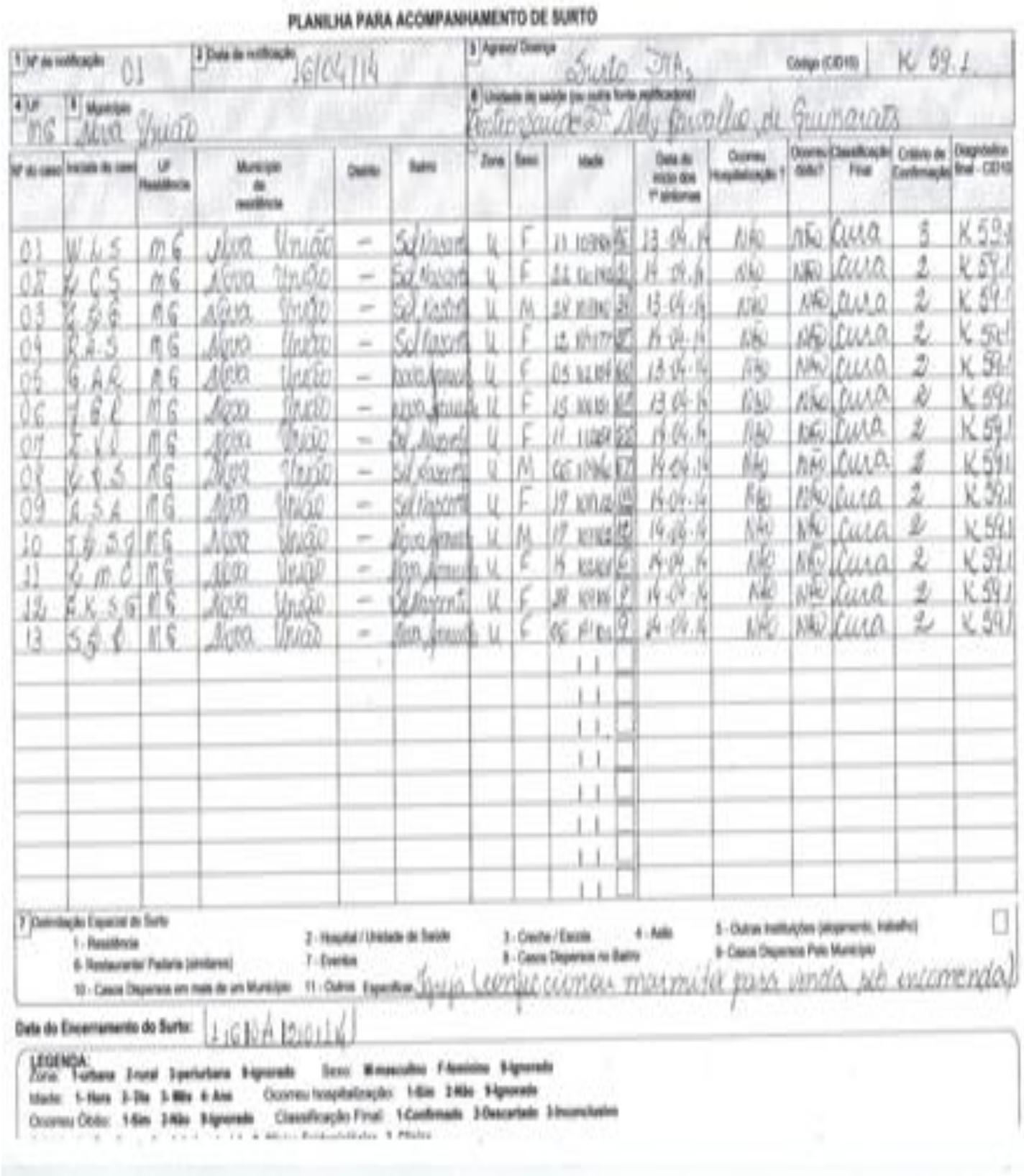
10. CONCLUSÃO:
Evolução:
Caso de DTA — confirmado — descartado — Especificar outro diagnóstico:
Se confirmado: laboratorial — clínico epidemiológico

11. ACOMPANHAMENTO DO CASO/OBSERVAÇÃO:

Investigador: Unidade de Saúde: Fone:
Município: Regional: Data da investigação:

Fonte: SMS, Nova União, abril de 2014.

Figura nº 11 - Planilha para acompanhamento de Surto



PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

1 Nº de notificação: 01 | 2 Data de notificação: 16/04/14 | 3 Agravo/ Doença: Surto DTA | Código (CID10): K 59.1

4 UF: MG | 5 Município: Nova União | 6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora): Centro Saúde Dª Nely Carvalho de Guimarães

Nº do caso	Iniciais do caso	UF Residência	Município de residência	Distrito	Bairro	Zona	Sexo	Idade	Data do início dos 1º sintomas	Ocorreu Hospitalização?	Ocorreu óbito?	Classificação Final	Critério de Confirmação	Diagnóstico final - CID10
01	W.L.S	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	F	11 [illegible]	13.04.14	NÃO	NÃO	Cura	3	K 59.1
02	K.C.S	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	F	22 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
03	[illegible]	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	M	24 [illegible]	13.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
04	R.A.S	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	F	12 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
05	G.A.R	MG	Nova União	–	Nova Amarelo	U	F	05 [illegible]	13.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
06	[illegible]	MG	Nova União	–	Nova Amarelo	U	F	15 [illegible]	13.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
07	[illegible]	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	F	11 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
08	[illegible]	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	M	06 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
09	A.S.A	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	F	17 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
10	[illegible]	MG	Nova União	–	Nova Amarelo	U	M	17 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
11	[illegible]	MG	Nova União	–	Nova Amarelo	U	F	14 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
12	[illegible]	MG	Nova União	–	Sol Nascente	U	F	28 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1
13	[illegible]	MG	Nova União	–	Nova Amarelo	U	F	06 [illegible]	14.04.14	NÃO	NÃO	Cura	2	K 59.1

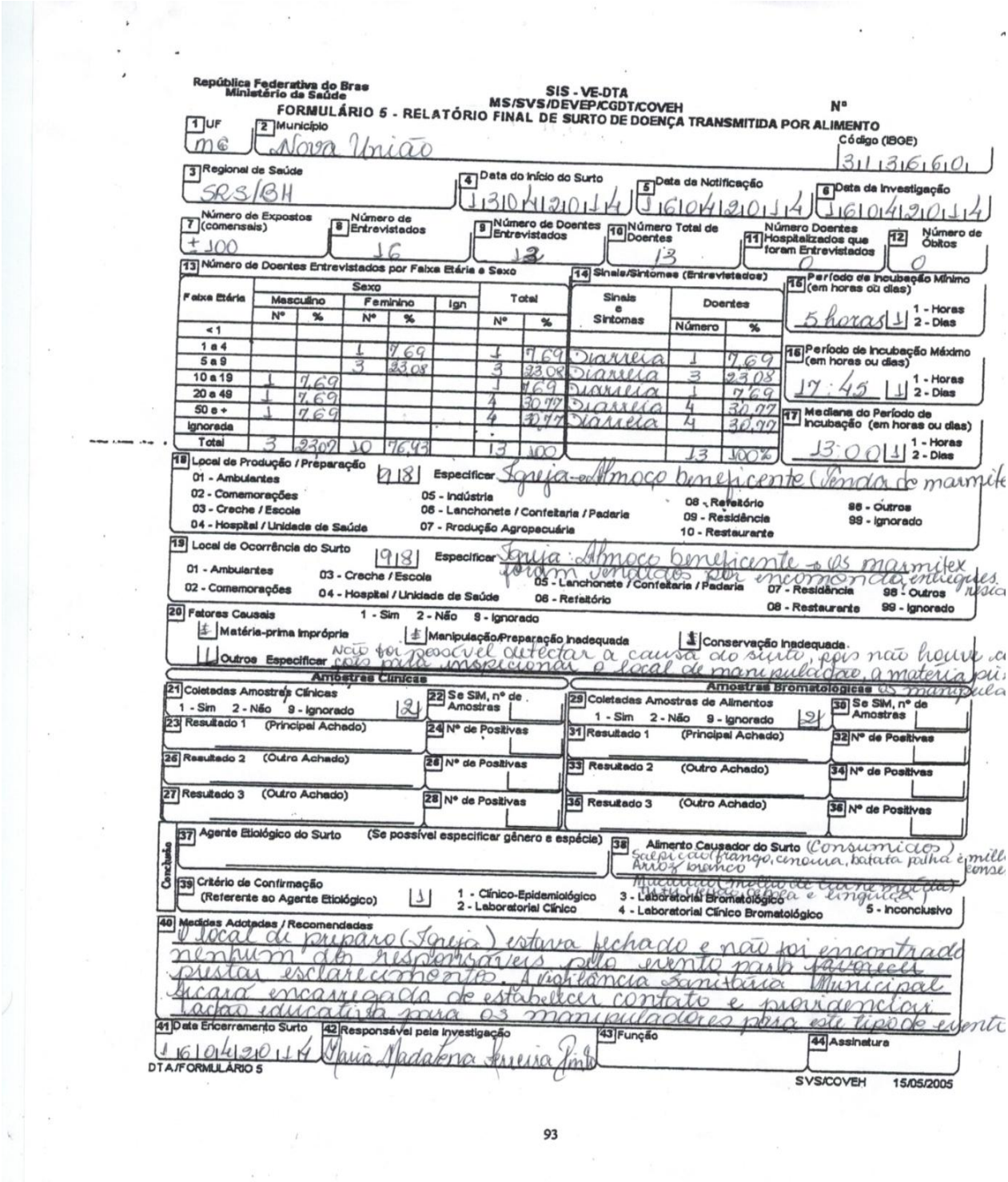
7 Delimitação Especial do Surto
1 - Residência | 2 - Hospital / Unidade de Saúde | 3 - Creche / Escola | 4 - Asilo | 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)
6 - Restaurante/ Padaria (similares) | 7 - Eventos | 8 - Casos Dispersos no Bairro | 9 - Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município | 11 - Outros | Especificar: Igreja (confeccionou marmitas para venda sob encomenda)

Data do Encerramento do Surto: 16/04/2014

LEGENDA:
Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado | Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado
Idade: 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano | Ocorreu hospitalização: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Ocorreu Óbito: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | Classificação Final: 1-Confirmado 2-Descartado 3-Inconclusivo

Fonte: SMS, Nova União, abril de 2014.

Figura nº: 12 - Formulário Relatório Final de Surto de DTA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SIS - VE-DTA
MS/SVS/DEVEP/CGDT/COVEH

Nº

FORMULÁRIO 5 - RELATÓRIO FINAL DE SURTO DE DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTO

1 UF: MG
2 Município: Nova União
Código (IBGE): 3136601
3 Regional de Saúde: SRS/BH
4 Data do Início do Surto: 13/04/2014
5 Data da Notificação: 16/04/2014
6 Data da Investigação: 16/04/2014
7 Número de Expostos (comensais): ± 100
8 Número de Entrevistados: 16
9 Número de Doentes Entrevistados: 13
10 Número Total de Doentes: 13
11 Número Doentes Hospitalizados que foram Entrevistados: 0
12 Número de Óbitos: 0

13 Número de Doentes Entrevistados por Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Sexo: Masculino Nº	Masculino %	Feminino Nº	Feminino %	Ign	Total Nº	Total %
< 1							
1 a 4			1	7,69		1	7,69
5 a 9			3	23,08		3	23,08
10 a 19	1	7,69				1	7,69
20 a 49	1	7,69				4	30,77
50 e +	1	7,69				4	30,77
Ignorada							
Total	3	23,07	10	76,93		13	100

14 Sinais/Sintomas (Entrevistados)

Sinais e Sintomas	Doentes Número	Doentes %
Diarreia	1	7,69
Diarreia	3	23,08
Diarreia	1	7,69
Diarreia	4	30,77
Diarreia	4	30,77
	13	100%

15 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias): 5 horas [1] 1 - Horas 2 - Dias
16 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias): 17:45 [1] 1 - Horas 2 - Dias
17 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias): 13:00 [1] 1 - Horas 2 - Dias

18 Local de Produção / Preparação: [98] Especificar: Igreja - Almoço beneficente (Tenda do marmite
01 - Ambulantes
02 - Comemorações
03 - Creche / Escola
04 - Hospital / Unidade de Saúde
05 - Indústria
06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria
07 - Produção Agropecuária
08 - Refeitório
09 - Residência
10 - Restaurante
96 - Outros
99 - Ignorado

19 Local de Ocorrência do Surto: [98] Especificar: Igreja: Almoço beneficente - os marmitex foram vendidos por encomenda, entregues, resid
01 - Ambulantes
02 - Comemorações
03 - Creche / Escola
04 - Hospital / Unidade de Saúde
05 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria
06 - Refeitório
07 - Residência
08 - Restaurante
96 - Outros
99 - Ignorado

20 Fatores Causais: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
[1] Matéria-prima Imprópria
[1] Manipulação/Preparação Inadequada
[1] Conservação Inadequada
[1] Outros Especificar: Não foi possível detectar a causa do surto, pois não houve a coes para inspecionar o local de manipulação, a matéria pri os manipula

Amostras Clínicas

21 Coletadas Amostras Clínicas: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado [2]
22 Se SIM, nº de Amostras
23 Resultado 1 (Principal Achado)
24 Nº de Positivas
26 Resultado 2 (Outro Achado)
26 Nº de Positivas
27 Resultado 3 (Outro Achado)
28 Nº de Positivas

Amostras Bromatológicas

29 Coletadas Amostras de Alimentos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado [2]
30 Se SIM, nº de Amostras
31 Resultado 1 (Principal Achado)
32 Nº de Positivas
33 Resultado 2 (Outro Achado)
34 Nº de Positivas
35 Resultado 3 (Outro Achado)
36 Nº de Positivas

Conclusão

37 Agente Etiológico do Surto (Se possível especificar gênero e espécie)
38 Alimento Causador do Surto (Consumidos): Salpicão (frango, cenoura, batata palha e milho conse Arroz branco Macarrão (molho de carne moída) Tutu (feijão, cebola e linguiça)
39 Critério de Confirmação (Referente ao Agente Etiológico): [1] 1 - Clínico-Epidemiológico 2 - Laboratorial Clínico 3 - Laboratorial Bromatológico 4 - Laboratorial Clínico Bromatológico 5 - Inconclusivo

40 Medidas Adotadas / Recomendadas: O local de preparo (Igreja) estava fechado e não foi encontrado nenhum dos responsáveis pelo evento para favorecer prestar esclarecimentos. A vigilância Sanitária Municipal ficará encarregada de estabelecer contato e providenciar ação educativa para os manipuladores para este tipo de evento

41 Data Encerramento Surto: 16/04/2014
42 Responsável pela Investigação: Maria Madalena Ferreira Pinto
43 Função
44 Assinatura

DTA/FORMULÁRIO 5 SVS/COVEH 15/05/2005

93

Fonte: SMS, Nova União, abril de 2014.

Anna Carolina Bezerra Lima
Alessandra Peres P. Domingues
Cláudio Pires dos Santos
Dilma Maria de Castro Santos
Grinêde de Lima Leite
Lucia Emilia d'Andurain Morales
Vera Lúcia Mendes Pontes
Ricardo Donizeti de Oliveira

PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO COM VISTAS À EMISSÃO DO LICENCIAMENTO SANITÁRIO NO ÁMBITO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

Brasília-DF 2013-14

Anna Carolina Bezerra Lima
Alessandra Peres P. Domingues
Cláudio Pires dos Santos
Dilma Maria de Castro Santos
Grinêde de Lima Leite
Lucia Emilia d'Andurain Morales
Vera Lúcia Mendes Pontes
Ricardo Donizeti de Oliveira

PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO COM VISTAS À EMISSÃO DO LICENCIAMENTO SANITÁRIO NO ÁMBITO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

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

Orientadora: Cláudia Spínola Leal Costa

Brasília-DF 2013-14

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

SUMARIO

RESUMO.....05
ABSTRACT.....06
SIGLAS.....07
INTRODUÇÃO......08
Capitulo I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....12
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....12
1.2 OBJETIVO GERAL.....12
1.3 OBJETIVO ESPECÍFICO.....12
1.4 JUSTIFICATIVA.....12
Capítulo II – REFERENCIAL TEORICO.....19
2.1 PROCESSO DE TRABALHO.....19
2.2 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO (POP).....21
2.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA DA EQUIPE DA VISA CRUZEIRO.....22
Capitulo III – METODOLOGIA.....25
3.1 CARACTERÍSTICAS DO PROBLEMA DO PROJETO APLICATIVO.....25
3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA……..28
3.3 APRESENTAÇÃO DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....29
Capítulo IV - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO APLICATVO.....32
4.1 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO REALIZADOS ATUALMENTE PELO NÚCLEO DE INSPEÇÃO DO CRUZEIRO-NICO.....32
4.2 DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO POR MEIO DA APLICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO.....36
4.3 A EDUCAÇÃO EM SERVIÇO DOS SERVIDORES DA VISA DF NUCLEO CRUZEIRO.....41

Capítulo V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....43
Capítulo VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....45
ANEXOS.....48
Anexo 1 - Documentação a ser conferida inerente à atividade pretendida, para emissão de Licença Sanitária.....49
Anexo 2 – Sugestão de *Check List*- Documentação exigida para emissão da Licença Sanitária.....60
Anexo 3 – Orientações iniciais ao interessado para emissão da Licença Sanitária.....63
Anexo 4 – Termo de Responsabilidade.....64
Anexo 5 - Modelo do “Livro específico de Registro e Controle de Documentos”.....65
Anexo 6 – Termo de Vistoria.....66
Anexo 7 – Sugestão de Cronograma de Aplicação Educação Continuada.....67
Anexo 8 – Memorial Descritivo (descrito no anexo 2) 69

RESUMO

O Projeto Aplicativo do Grupo Afinidade 3 tem como objeto de estudo os Processos de trabalho para emissão de Licença Sanitária na VISA do Distrito Federal, considerando que tais processos precisam de uma padronização e organização em todos os Núcleos de Inspeção da Vigilância Sanitária, para, desta forma, construir uma nova realidade no serviço da vigilância sanitária com impacto na qualidade de vida dos usuários das cidades do Distrito Federal. Para isto utilizou-se como projeto piloto o Núcleo de Inspeção do Cruzeiro-DF (NICO), sendo permitido realizar levantamento de dados e caracterização dos processos de trabalho, identificando os procedimentos desorganizados, comparado também a outros Núcleos. Baseando-se na descrição dos processos de trabalho, levantamento do referencial teórico, identificação dos nós críticos por meio da elaboração da árvore problema, foi desenvolvido um plano de intervenção com a finalidade de estabelecer ações necessárias para o alcance dos objetivos propostos, como: a construção de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), *check list* para documentação exigida, caderno protocolo e estabelecimento de processos de educação em serviço para o adequado preparo dos servidores envolvidos, através de treinamento para aplicação dos POPs. Buscando a padronização do serviço em todos os Núcleos de Inspeção e a inclusão destes pontos importantes na regulamentação, o seguinte trabalho sugere modificações na organização para padronização dos processos de trabalho na emissão do Licenciamento Sanitário pela VISA-DF.

ABSTRACT

The Application Project of the Affinity Group 3 has as its object of study, the work processes for issuing VISA Sanitary License in the Federal District, whereas such processes need standardization and organization in all Bases of Sanitary Inspection, for, this way, build a new reality in the service of health surveillance and impact on quality of life of users of Federal District cities. For this, the Base of Sanitary Inspection of Cruzeiro was used as a pilot project being allowed to take data collection and characterization of work processes, identifying the messy procedures, also compared to other Bases. Based on the description of the work processes, raising the theoretical framework, identification of critical nodes through the design of the tree problem, an intervention plan was developed for the purpose of establishing actions necessary to achieve the proposed goals, such as: Construction of Standard Operating Procedures (SOPs), checklist for required documentation, notebook of document's control, and establishment of procedures for in-service education for the proper preparation of the servers involved, through training for implementation of the Standard Operating Procedures (SOPs). Seeking to standardize the service on all Bases of Sanitary Inspection and the inclusion of these important points in regulation, the following work suggests changes in the organization for standardization of work processes in the Sanitary License issued by VISA-DF.

SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AFE - Autorização de Funcionamento de Empresa

CFDF - Cadastro Fiscal do Distrito Federal

CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CPF – Cadastro de Pessoa Física

DIVISA – Diretoria de Vigilância Sanitária

DF – Distrito Federal

EAS – Estabelecimento Assistencial de Saúde

GEAF - Gerência de Apoio à Fiscalização

LS – Licença Sanitária

NICO – Núcleo de Inspeção do Cruzeiro

OBS - Observação

PAVS – Projeto Ambientes Verdes Saudáveis

PBA - Projeto Básico de Arquitetura

PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

POP – Procedimento Operacional Padronizado

RT – Responsável Técnico

S.D. – Sem Data

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

INTRODUÇÃO

O campo de atuação da vigilância sanitária é muito vasto, o que gera grande complexidade na realização de suas ações e demanda equipes multiprofissionais capacitados na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nessa perspectiva as ações de VISA compõem a primeira linha da atenção; a promoção e proteção da saúde que é dispensada uniformemente a todos, independente de condição social, faixa etária, gênero, escolaridade, até mesmo independente de se estar doente ou sadio. Esse atendimento integral a população demanda que a Vigilância Sanitária esteja integrada e participe ativamente das decisões dos gestores municipais, estaduais, que atue como agente da transformação, dando visibilidade desse trabalho à população e profissionais de saúde.

Já se foi o tempo em que os agentes de vigilância sanitária eram malvistos pela população por conta do temor das autuações desarrazoadas e dos onerosos procedimentos burocrático-cartoriais. Costa (2001). A vigilância sanitária do século 21 é científica e se atualiza constantemente buscando regulação segura e eficaz a fim de reduzir o risco inerente aos processos produtivos que se dão no mundo moderno e globalizado, preservando, no entanto, o bem maior, a saúde da população.

No entanto ainda há falta de incentivo e inserção das ações de VISA nas políticas publicas em geral, bem como maior atenção dos nossos governantes a essa importante área de saúde.

O modelo "médico-assistencial privatista", centrado no atendimento de doentes e na assistência curativa é ainda o modelo predominante na maioria dos municípios brasileiros. No entanto, é caro, complexo e pouco eficiente.

A atenção primária ou básica é fundamental para manter a população saudável, informada e produtiva, e se vale para isso, de intervenções

simples, baratas, seguras e de reconhecida eficácia. As ações em VISA definitivamente fazem parte do ferramental da Atenção Básica ampliada.

O desafio para o setor saúde, na atualidade, é acompanhar a ampliação das necessidades da população, que vive mais e em condições diversas das da geração que lhe precedeu; interações de vários processos, como os de natureza econômica, social, cultural, política e científico-tecnológica (COSTA, 2001).

As Vigilâncias Sanitárias como parte integrante do SUS só aparentemente vivem uma crise de identidade dada à amplitude de suas competências. Cabe ao Gestor de Vigilância Sanitária escolher e executar ações e prestar serviços destinados a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e também de intervir em problemas sanitários diversificados e abrangentes, decorrentes do meio ambiente, do trabalho, da produção, circulação, do consumo de bens e da prestação de serviços relacionados à saúde.

“A vigilância sanitária é fundamental para a saúde pública e para o meio ambiente. Nossa vida é cruzada pela vigilância sanitária o tempo todo e poucos se dão conta disso” (Buss Rio+20) Pela capacidade de normatização e imposição legal, a vigilância sanitária é uma poderosa ferramenta de promoção da saúde humana e ambiental e, por esse motivo, merece especial atenção na governança das relações entre saúde e ambiente. “A governança do desenvolvimento, ambiente e saúde tem na regulação e na vigilância sanitária um dos mais importantes mecanismos de política pública e ação governamental inter-setorial”, disse.

Dentro dessa perspectiva de trabalho integrado, escolhemos o Licenciamento Sanitário da VISA de Brasília como objeto de nosso Projeto Aplicativo. A reorganização desse importante instrumento fiscalizatório dará maior agilidade ao processo de trabalho e garantias que a população terá um ambiente de saúde dentro de normas e padronização conforme estabelece a legislação sanitária.

O Licenciamento Sanitário é um ato privativo do órgão de saúde competente dos Estados, Distrito Federal e Municípios contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvam qualquer das atividades a que foi autorizada a empresa. A licença sanitária tem validade de um ano a partir da data de expedição e deve ser renovada até 120 dias antes do vencimento após a realização de inspeção sanitária (PORTARIA Nº 83/2011 E LEI Nº 5.991/1973).

A Vigilância Sanitária do Distrito Federal - Visa-DF em seu processo de licenciamento sanitário é regida pela Portaria nº 82, de 10 de agosto de 2011 que aprova e determina a imediata implantação do Manual de Procedimentos Administrativos para o Licenciamento Sanitário do Distrito Federal e pela Portaria nº 83, de 27 de agosto de 2011 que institui o Manual Técnico de Licenciamento Sanitário e define as condições para emissão da Licença Sanitária.

As dificuldades decorrentes das diversas desorganizações dos processos de trabalho relativos ao licenciamento sanitário na Visa-DF, geram análises diferenciados nos processos de licenciamento em todos os núcleos das 22 Regiões Administrativas do DF. Neste aspecto e baseado na rotina do trabalho, observa-se que tal comportamento vem causando danos à celeridade dos trabalhos, prejuízo aos cofres públicos já que muitas vezes o funcionário refaz o mesmo trabalho na tentativa de solucionar problemas, o que acaba acarretando desmotivação do mesmo e descontentamento do setor regulado, que embora não entenda dos procedimentos adotados internamente pelo órgão, compreende que existem atendimentos diferenciados quando se confronta com situações de troca de funcionários ou quando é atendido em outro Núcleo da Visa-DF.

Tendo em vista esse contexto de mudança a partir da padronização decorrente dos processos de trabalho do licenciamento sanitário, entende-se que ter-se-á uma maior economia de recursos, tais como, papel e tinta já que são materiais importantes na confecção de licenciamento sanitário e sua utilização

inadequada ou exagerada pode causar relevante impacto negativo ao meio ambiente.

Além desses fatores, a organização e padronização do serviço melhora o interesse do servidor, pois diminui sua carga de trabalho ao eliminar o retrabalho, e traz segurança ao servidor na confecção da licença já contando de antemão com prazos estabelecidos e respeitados.

A padronização do serviço implica também na melhoria da continuidade da gestão que se mantém dentro de padrões de melhores praticas mesmo em momentos mais delicados como a troca de gestores.

A melhoria do serviço também implica na sistematização dos treinamentos da equipe que, mais motivada, melhora a participação.

Contudo, tais atitudes, só serão possíveis a partir de mudanças que primeiramente devem passar pelas pessoas da instituição, por meio da conscientização e da relevância do papel que cada um desempenha frente às suas atribuições, já que o sucesso desse projeto implica, sobretudo, na aplicabilidade e aceitação pelos funcionários da Visa-DF.

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA:

Os processos de trabalho para emissão do Licenciamento Sanitário na Visa-DF são desorganizados.

1.2 OBJETIVO GERAL

Construir uma nova realidade no serviço de vigilância por meio de melhorias no licenciamento sanitário, com impacto importante para a qualidade de vida dos usuários do sistema onde moramos.

1.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar os processos de trabalho para emissão da Licença Sanitária com ênfase na identificação dos procedimentos desorganizados;

Desenvolver método e/ou processo de trabalho que permita a padronização da documentação exigida para o Licenciamento Sanitário;

Capacitar os servidores do Núcleo de Inspeção do Cruzeiro por meio de treinamento para aplicação dos POPs;

Avaliar as ações com objetivo de uniformização do serviço de emissão do licenciamento sanitário no âmbito da vigilância sanitária do DF;

1.4 JUSTIFICATIVA

1.4.1. Relação do SUS com o Licenciamento Sanitário

No Brasil, a saúde é um direito social, Geraldo Lucchese (s.d.) inscrito na Constituição Federal de 1988, que também instituiu o Sistema Único de Saúde

(SUS) como meio de concretizar esse direito. O art. 200 da Constituição Federal estabelece, em seus incisos I e VI, a competência do SUS para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e também fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano.

Para regulamentar a estrutura e o funcionamento do SUS foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa Lei afirma, em seu art. 6º, que estão incluídas, no campo de atuação do SUS, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

O SUS tem como diretrizes principais a descentralização, a integralidade do atendimento com prioridade à prevenção, e a participação da comunidade. A atividade de vigilância sanitária, portanto, não somente faz parte das competências do SUS como tem caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva.

Segundo Lucchesi (s.d.), o espírito dessa legislação permite que se perceba e analise a vigilância sanitária sob o ponto de vista de um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade – por suas funções e instrumentos – de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, e os ambientes, às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade, e às necessidades do sistema de saúde.

A vigilância sanitária também pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social (Geraldo Lucchese, s.d.) , por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais. Sua natureza exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional, e a mediação de setores da sociedade, por meio de canais de participação constituídos. No âmbito do SUS, a vigilância sanitária representa um poderoso mecanismo para articular poderes e níveis de governo, e impulsionar ações e

movimentos de participação social.

Uma plena estruturação da vigilância sanitária é requisito fundamental para a implantação do SUS, em especial, segundo Lucchese, devido ao seu poder normativo e fiscalizatório dos serviços contratados e da qualidade dos insumos terapêuticos consumidos pelos serviços. É grande o seu potencial de contribuição à ruptura e superação do antigo padrão de ação governamental no campo da saúde, acusado de ineficiente, perdulário e fraudulento. Tal competência apresenta visível interface com a área de avaliação e controle, que precisa ser politicamente trabalhada visando a superar conflitos e potencializar suas ações.

A qualidade da gestão dos serviços do SUS, por exemplo, pode ser amplamente aperfeiçoada por meio do uso adequado dos instrumentos de que a vigilância sanitária dispõe. Além disso, a qualidade das relações entre os prestadores desses serviços e a população que os recebe também pode ser resguardada pela ação da fiscalização sanitária.

As ações da vigilância sanitária têm exatamente o propósito de implementar as concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Por este motivo é que se entende que esta área é um instrumento importante, tanto para a reversão do nosso antigo modelo assistencial de saúde, quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania em nosso País (Geraldo Lucchese, s.d.).

A vigilância sanitária é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde, por meio de sua função principal de eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e no consumo de certos produtos, processos e serviços. Em síntese, a vigilância sanitária tem um papel importante para a estruturação do SUS, principalmente devido à : ação normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados, produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde; permanente avaliação da necessidade de prevenção do risco; possibilidade de

interação constante com a sociedade, em termos de promoção da saúde, da ética e dos direitos de cidadania.

Portanto, explorar e utilizar tais atributos e possibilidades da Vigilância Sanitária constitui um dos maiores desafios para os gestores da saúde – federais, estaduais e municipais – tendo em vista a necessidade de desenvolver e qualificar as possibilidades de intervenção preventiva no campo da saúde.

1.4.2. Alinhamento do plano com as políticas de saúde.

O Licenciamento Sanitário é um ato privativo do órgão de saúde competente dos Estados, Distrito Federal e Municípios contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvam qualquer das atividades a que foi autorizada a empresa. O licenciamento sanitário de estabelecimentos faz parte das atividades desenvolvidas pelas VISAs locais.

Dentro das atribuições delegadas através de planos de políticas de saúde de cada município, a vigilância sanitária faz parte da agenda estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe aos entes federados estabelecerem normas próprias mas sempre de acordo com a política de saúde.

1.4.3. Alinhamento da proposta com o PDVISA.

Nos termos da Lei n.º 9.782/99, cabe à União, por intermédio do Ministério da Saúde, formular, acompanhar e avaliar a Política Nacional de Vigilância Sanitária e as diretrizes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) é resultado de um esforço em conjunto de diversos atores do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de fortalecer e consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Para a grande parte dos autores que elaboraram o PDVISA, o processo de

regulação abrange: aprovação de regras pertinentes (regulamentos, normas, resoluções, etc.); implementação concreta desses regulamentos (autorizações, licenças, registros, etc.); fiscalização de seu cumprimento e imposição de sanções ou penalidades perante as infrações. Nesse contesto encontramos os licenciamentos sanitários.

A Elaboração e revisão da legislação, do marco regulatório, dos regulamentos técnicos e dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária, de forma participativa e tripartite, à luz dos conhecimentos recentes e das referências internacionais; a. Harmonização das ações e instrumentos de controle sanitário ***e adoção de procedimentos operacionais padronizados em Vigilância Sanitária;***

b. Aprimoramento dos instrumentos inerentes ao processo regulatório, visando à racionalização das atividades da Vigilância Sanitária;

fonte: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_livro.pdf

1.4.4. Área de competência do gestor de Visa foco do plano (gestão e risco)

O campo de atuação da vigilância é muito vasto e isso gera uma grande complexidade em realizar suas ações, demandando, dessa forma, um grupo de profissionais capacitados em promover a saúde e que tenham, principalmente, características de trabalhos multidisciplinares.

Cada estado e município possuem suas secretarias específicas para a gestão de saúde e os gestores estaduais e municipais são os responsáveis na aplicação dos recursos próprios, inclusive nos municípios, e os recursos repassados pela União. Essas equipes com essa característica diferenciada dentro do sistema de saúde são os parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde. . A responsabilidade do governo municipal na área de saúde é de ser o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto

pela Saúde, de 2006 os gestores municipais passam a assinar o termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território no âmbito da vigilância sanitária.

Nessa perspectiva de atendimento a população o Gestor de VISA tem que estar totalmente integrado e participativo nas decisões. Ocorre que no Brasil, mesmo existindo desde o ano 1810 quando da abertura dos portos a Vigilância Sanitária tem pouca visibilidade para a população e junto aos profissionais de saúde.

Sempre fomos identificados por ações policialescas e burocrático-cartoriais. Costa (2001). Isso tudo por falta de políticas de vigilância sanitária nas políticas publicas e a pouca atenção dada pelos nossos governantes à área de saúde.

As Vigilâncias Sanitárias dentro desse sistema de saúde sempre se encontram numa crise de identidade. Cabe ao Gestor de Vigilância Sanitária escolher e executar ações e prestar serviços destinados a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e também de intervir em problemas sanitários diversificados e abrangentes, decorrentes do meio ambiente, do trabalho, da produção, circulação, do consumo de bens e da prestação de serviços relacionados à saúde.

A ANVISA tem como missão promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada com os estados, os municípios e o Distrito Federal, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira."

Na atualidade o desafio para o setor saúde é acompanhar a ampliação das necessidades da população, o que provém de interações de vários processos, como os de natureza econômica, social, cultural, política e científico-tecnológica

(COSTA, 2001).

CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE TRABALHO

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil 2004, trabalho é tudo que efetivamente se realiza e o esforço que se despende nas atividades do dia-a-dia profissional para o trabalhador dar conta do que acordou com o gestor da área em que está alocado e com os demais companheiros de trabalho. As prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos, nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a inventar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho de forma a atender os diversos contextos específicos.

Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar com os colegas e o estabelecimento de regras específicas na divisão de tarefas. Além disso, o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particulares. No processo de trabalho os trabalhadores ‘usam de si', ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, 2004).

Dessa forma, podemos entender que Processo de Trabalho é conceituado como sendo constituído por um conjunto de atividades que devem ser executadas para produzir pelo menos um resultado identificável e utilizável por um ente

denominado cliente do processo de trabalho. O processo de trabalho deve ter fronteiras claramente identificadas pelas suas entradas e saídas. Cada saída é denominada um resultado do processo de trabalho e cada entrada um acionamento do processo de trabalho (Brasil, M.S. 2004).

De acordo com Marx (1994) *apud* Peduzzi (2009), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que de acordo com o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui "a base mais fundamental de sua efetivação" (MENDES GONÇALVES, 1992 *APUD* PEDUZZI, 2009).

Na visão de Costa (2009), em virtude de sua função regulatória, a vigilância sanitária constitui o componente do sistema de saúde com um conjunto de práticas pautado nos fundamentos do Direito Administrativo, cujos princípios e ritos devem ser seguidos de modo que os direitos de todos sejam assegurados. Uma dessas práticas é o processo administrativo, que tem o objetivo de sistematizar conceitos, princípios e procedimentos constitutivos deste processo que organiza os atos da Vigilância Sanitária, como parte da Administração Pública, no controle dos comportamentos dos administrados e de seus servidores.

Para Meirelles (2004), os processos administrativos podem ser classificados em: processos de expediente, que seriam todo pedido protocolado em repartição, também denominado procedimento administrativo; processo de outorga, a exemplo da concessão da licença para construção ou da licença sanitária, dentre outros.

Importante lembrar, ainda que, de acordo com Costa (2009), os Princípios da Administração Pública servem para pautar a sua atuação perante os administrados, quais sejam, a Legalidade, a Impessoalidade, a Moralidade e a Publicidade. Já dentro do Princípio do Processo Administrativo, observam-se a Oficialidade, o Informalismo, a Gratuidade, a Motivação e a Economia processual.

O processo administrativo deveria constar de procedimentos muito simples, que pudessem ser julgados rapidamente, mas ocorre que a Administração Pública precisa de respaldo para suas ações, reflexo do controle sobre os atos administrativos e, consequentemente, da necessidade de registro desses atos, o que exige certos preciosismos. Os atos do processo administrativo não dependem de forma determinada, senão quando a lei expressamente o exigir. Entretanto, no sentido de zelar pela boa ordem a Administração Pública estabelece padrões para seus atos (MEDAUAR, 2006).

Os órgãos e entidades administrativas devem elaborar modelos ou formulários padronizados para assuntos que importem pretensões equivalentes. Neste sentido, o uso de ferramentas validadas como os Procedimentos Operacionais Padrão podem determinar de forma eficaz a melhoria nos processos de trabalho no âmbito da Administração Publica.

2.2 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO (POP)

É uma ferramenta muito simples que compõe a área da qualidade de determinado setor, também conhecida como Instruções de Trabalho - IT, ou NOP (Norma Operacional Padrão). Possui uma grande importância dentro de uma empresa ou entidade pública, aonde o seu objetivo básico é o de garantir, mediante uma padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade. (Brasil, 2004).

Os POPs podem ser aplicados, por exemplo, numa instituição cujos colaboradores trabalhem em três turnos, sem que os trabalhadores desses três

turnos se encontrem e que, por isso, executem a mesma tarefa de modo diferente.

Grande parte das empresas utiliza para as atividades do dia-a-dia, como se fosse uma central de perguntas frequentes e também como base para o treinamento de novos colaboradores.

2.2.1 Principais passos para se elaborar um POP, são segundo COLENGHI (2007):

- Escolha um nome para o POP (nome da atividade/processo a ser trabalhado, lembre-se que precisa ser fácil para que todos os colaboradores possam encontrá-lo);
- Descrição das etapas da tarefa. (Escreva de forma clara e objetiva passo a passo de como realizar a tarefa);
- Local de aplicação ou categoria (Aonde se aplica aquele POP? Ambiente ou Setor ao qual o POP é destinado);
- Documentos de referência (Quais documentos poderão ser usados ou consultados quando alguém for usar ou seguir o POP? Podem ser Manuais, outros POPs, Códigos, etc.).

Assim, podemos entender que o Procedimento Operacional Padrão, apresenta-se como base para garantir a padronização de tarefas e assegurar aos seus clientes um serviço ou produto livre de variações indesejáveis na sua qualidade final. Facilita o trabalho de todos que utilizarão esse procedimento no dia a dia, onde proporcionará mais segurança aos funcionários e aos que utilizarão esse serviço prestado, sendo que todos ganharão com mais qualidade e economia.

2.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA DA EQUIPE DA VISA CRUZEIRO

O presente Projeto Aplicativo pretende uniformizar o serviço de emissão de Licenças Sanitárias através de POP's. Para que haja uma adesão adequada

ao novo processo de trabalho foi identificada a necessidade de capacitação dos servidores nas atividades desenvolvidas. Assim, como disse Ceccin (2004), a educação constitui estratégia fundamental nas transformações do trabalho no setor para o desenvolvimento de atuação crítica, reflexiva e propositiva. Segundo o mesmo autor, há necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores.

Os trabalhadores envolvidos no licenciamento sanitário das diversas regionais do DF acabaram por criar soluções específicas a cada setor para os problemas apresentados pelo setor regulado, ocasionando em serviços diferenciados para uma mesma finalidade, causando, segundo alguns destes servidores, em prejuízo tanto para o serviço quanto para o usuário, setor regulado.

Chiesa (2001), em sua tese relata que ha necessidade de operar mudanças com destaque para a formação dos profissionais da saúde para estruturar as diferentes possibilidades de atuação profissional, mas L'Abbate (1994) é ainda mais clara quando afirma em seu trabalho que os profissionais da área da saúde enfrentam uma crise em relação a sua situação de trabalho, repensando a Educação em saúde como estratégia para enfrentamento das dificuldades.

A autora ainda continua definindo educação em saúde como campo de praticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde , entre si, com a instituição e com o usuário, no desenvolvimento de suas atividades.

Esta autora ainda aborda que é possível dividir a demanda dos profissionais pela área da educação em saúde em duas direções: a primeira, voltada para instrumentalização em técnicas didático pedagógicas, e a segunda, para o desenvolvimento do papel profissional, direção esta que seguiremos.

Para tanto, realizaremos a atividade de esclarecimento do projeto e dos POP's para a equipe da VISA cruzeiro envolvida com o intuito de vencer dois desafios: implantar os POP's e garantir a adesão dos profissionais, para alcançar o sucesso do projeto.

A adesão dos profissionais ao processo padronizado de trabalho ocorrerá por meio da verificação do preenchimento do Livro Protocolo, com os prazos e as assinaturas de cada um dos responsáveis. Um Comitê Gestor tendo como integrantes o Gestor VISA NICO, um componente do Grupo Afinidade Nº 3 e um servidor administrativo do NICO, que serão responsáveis por verificar esta parte do monitoramento.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1 CARACTERÍSTICAS DO PROBLEMA DO PROJETO APLICATIVO

3.1.1 - Um breve alinhamento dos conhecimentos

Segundo Sérgio de Arruda Sampaio (2008), mestre em Administração Pública e consultor do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), ter uma árvore de problemas em mãos é bastante útil em negociações com os diversos atores de uma região. Ela explica que, embora os gestores locais não tenham autonomia de governabilidade para transformar certas realidades, eleger nós críticos é uma forma de ver com clareza quem pode agir sobre aspectos problemáticos em uma comunidade.

A construção da árvore de problemas é uma técnica utilizada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) do economista chileno Carlos Matus, ministro da Fazenda durante o governo de Salvador Allende, de 1965 a 1970. As primeiras idéias do PES foram rascunhadas entre 1973 e 1975, período que Matus passou no cárcere como preso político.

O PES funciona como importante recurso para estruturação e resolução de problemas relacionados a gestão, apresentando um processo contínuo e sistemático de avaliação e solução de problemas, construindo a cadeia causal de problemas através da técnica da árvore de problemas podendo identificar as causas com possibilidade de agir e que terão grande impacto na solução do problema, descrevendo possíveis soluções aos problemas encontrados. Percebe-se que uma árvore de problemas espelha uma rede de causas nas suas manifestações de efeitos, transformando, após sua análise, os problemas em objetivos.

Nesse sentido, analisam-se os nós críticos, que são causas sobre as quais o ator tem condições de atuar de maneira eficaz e que possui influência direta

para sua alteração, sendo evidenciados através de sua ligação direta a um maior número de causas.

A construção da árvore de problemas e evidência dos nós críticos são a conclusão do momento explicativo, segundo Matus, criador do sistema em seu texto "O método PES" de 1997.

3.1.2 - A construção da árvore de problemas

Então, segue-se para a construção da árvore tendo como "tronco" ou problema principal "os processos de trabalho para licenciamento sanitário na VISA DF são desorganizados" considerando inicialmente como causas na ordem em que apareceram na discussão: Falta de Habilidade Gerencial; Desinteresse dos servidores e gestores; Ausência de POP; Ausência de informação do servidor; Falta de continuidade da gestão; Descomprometimento do Gestor, Falta de visão/entendimento do trabalho do gestor; Falta de capacitação dos Profissionais; Diferença nas exigências dependendo do servidor.

Durante a realização da ligação causas/conseqüências na árvore, foram realizadas, de comum acordo do grupo, algumas modificações que se consideraram necessárias para evitar redundância e falta de clareza nas causas, ficando assim: Falta de Habilidade Gerencial, Desinteresse dos Servidores; Ausência de POP; Ausência de informação e capacitação do servidor; Falta de continuidade da Gestão; Descompromisso do Gestor. Estas são, por assim dizer, as raízes da nossa árvore de problemas. Seguimos, então para a análise das causas.

Dificuldade na tomada de decisões; Gerar serviços ao usuário sem qualidade; Gerar despesas desnecessárias; Indignação do Usuário (regulado); Insatisfação do Usuário e do Servidor; Atrasos no Licenciamento; Perda da credibilidade do órgão perante o setor regulado; Dificuldade na execução do serviço pelo servidor; Desmotivação dos servidores; Perda da qualidade dos

Processos de trabalho; Processos de licenciamento diferenciado; repetição de erros Antigos.

3.1.3 - O nó crítico

Na conexão entre causas e conseqüências ficou evidente que a causa mais importante em nossa árvore para a desorganização do serviço em VISA no DF foi "Ausência de POP", estando este ligado a praticamente todas as conseqüências de nossa árvore de problemas, mostrando que, modificando esta realidade seria possível intervir em praticamente todas as conseqüências, amenizando ou erradicando algumas.

Durante a discussão ficou também evidente que se tratava de uma causa de fácil governabilidade, com solução possível em um período relativamente curto de tempo e dentro das possibilidades materiais e intelectuais do grupo, ficando evidenciado este como o nosso nó crítico. Este trabalho trouxe a satisfação de detectarmos um problema, identificarmos uma causa importante, verificarmos as suas conseqüências e adquirirmos a segurança necessária para o próximo passo que é o estabelecimento de estratégias para a construção de uma nova realidade no serviço com impacto importante para a qualidade de vida das cidades onde moramos, conforme a seguir:

TABELA 1 - ARVORE DE PROBLEMAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO PARA EMISSAO DA LICENÇA SANITÁRIA: Identificação do nó crítico.

1	2	3	4	5	6
Falta de habilidade gerencial.	Desinteresse dos servidores.	Ausência de POP.	Ausência de informação e de capacitação do servidor.	Falta de continuidade da gestão.	Descomprometimento do gestor.

Os processos de trabalho para Licenciamento Sanitário na Visa - DF são desorganizados.

Dificuldade na tomada de decisões. 1/3/5/6	Gerar serviços ao usuário sem qualidade. 2/3/4/5	Gerar despesas desnecessárias. 3/5	Insatisfação do usuário. 2/3/4	Atrasos no licenciamento. 1/2/3/4/5/6
Perda da credibilidade do órgão diante do setor regulado. ¾	Dificuldade na execução do serviço pelo servidor. 2/3/4/5/6	Desmotivação e insatisfação dos servidores. 1/3/4/5/6	Processos de licenciamento diferenciado. 1/3/4/5/6	Repetições de erros antigos. 2/3/4/6

3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O presente trabalho aborda a construção de Projeto Aplicativo que envolve a questão do Licenciamento Sanitário no tocante aos processos de trabalhos realizados pelos núcleos de inspeção, que integram a Diretoria de Vigilância Sanitária.

Inicialmente, o referido projeto será um piloto a ser aplicado no Núcleo de Inspeção do Cruzeiro por se tratar de uma unidade de porte médio e geograficamente centralizada, abrangendo as Regiões Administrativas do Cruzeiro, Sudoeste e Octogonal, os quais geram demandas de toda ordem.

Essas demandas permitirão a realização de um levantamento para identificação dos processos de trabalhos desorganizados, por meio de análise e comparação dos procedimentos descritos na Portaria nº 82, de 10 de agosto de 2011 que aprova e determina a imediata implantação do Manual de Procedimentos Administrativos para o Licenciamento Sanitário do Distrito Federal e na Portaria nº 83, de 27 de agosto de 2011 que institui o Manual Técnico de Licenciamento Sanitário e define as condições para emissão da licença sanitária; Contatos com os servidores, *in loco*, sobre a forma de realização dos procedimentos mediante vivência e experiências; Além da observação dos integrantes do Grupo Afinidade 3 - autores deste projeto.

A elaboração do levantamento permitirá uma avaliação com o objetivo de propor melhorias, através de construção de POPs, para a organização dos

processos de trabalho, que após a necessária capacitação dos servidores envolvidos, aplicação, revisão e monitoramento por meio de um indicador poderá realizar ajustes e ser ou não estendido aos demais núcleos de inspeção.

Tendo em vista que os indicadores de saúde permitem avaliar diferentes aspectos da saúde de determinada comunidade, bem como a adequação e a qualidade dos serviços e ações ofertados à população. A construção do indicador de resultado para o projeto piloto informará o quantitativo em unidade de licenças sanitárias emitidas para estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária, com periodicidade de apuração semestral e tendo como fonte de informação o Núcleo de Inspeção do Cruzeiro. O resultado da apuração será comparado com o mesmo semestre do ano anterior para verificação de melhorias.

3.3 APRESENTAÇÃO DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Vinculada diretamente a Subsecretaria de Vigilância à Saúde-SVS, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES-DF, a Diretoria de Vigilância Sanitária-DIVISA é uma unidade orgânica de direção e execução que tem como missão "promover a saúde por meio de ações normativas e de fiscalização sobre ambientes, produção e circulação de bens e prestação de serviços, visando eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde da população no âmbito do Distrito Federal, com gestão participativa, em consonância com o Sistema Único de Saúde".

A Diretoria é formada por um universo de 167 auditores de atividades urbanas, 189 servidores administrativos e 38 motoristas que desempenham as atividades de Vigilância Sanitária dentro de uma estrutura composta por cinco Gerências técnicas: de Alimentos; de Medicamentos e Correlatos; de Serviços de Saúde; de Instrução Processual e de Apoio à Fiscalização, além de dez Núcleos compreendidos entre as áreas de planejamento e apoio e vinte e dois Núcleos de Inspeção distribuídos entre as Regiões Administrativas do Distrito Federal (RELATÓRIO DE GESTÃO DA SES-DF, 2013 E RELATÓRIO DE ATIVIDADES ANUAL DA SES-DF, 2013).

Conforme o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, competem aos Núcleos de Inspeção, unidades orgânicas de execução, diretamente vinculadas à Gerência de Apoio à Fiscalização-GEAF, dentre outras atividades o seguinte:

- Pesquisar, planejar, observar, analisar, desenvolver e executar ações de vigilância sanitária;
- Analisar e avaliar os perfis sanitário, epidemiológico e socioeconômico local e de sua região de atuação, definindo ações prioritárias no campo da vigilância sanitária;
- Acompanhar e defender o cumprimento dos atos do poder de polícia administrativa em sua área de atuação;
- Alimentar e manter atualizado o sistema de informações de vigilância sanitária de sua área de abrangência;
- Expedir Licenças Sanitárias, Certificados de Vistoria de Veículos, Declarações de Cadastro de Estabelecimentos e de Equipamentos, Pareceres Técnicos e outros documentos necessários ao atendimento da legislação sanitária;
- Participar de campanhas de educação em vigilância sanitária;
- Atuar de forma articulada com outras instituições, em ações fiscais integradas;
- Executar os programas de trabalho estabelecidos pela Diretora e suas gerências;
- Controlar e fiscalizar produtos e substâncias que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde, verificando as condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e exposição à venda ou ao consumo, bem como avaliar as tecnologias, equipamentos e utensílios empregados em cada etapa;
- Controlar e fiscalizar a prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde, verificando processos de trabalho e a percepção e gerenciamento do risco em cada etapa de trabalho;

- Executar ações de hemovigilância, tecnovigilância, farmacovigilancia, cosmetovigilância e outras modalidades de vigilância pós-mercado, desenvolvidas pela vigilância sanitária;
- Autuar e aplicar as penalidades previstas na legislação sanitária vigente;
- Executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Anualmente, os Núcleos de Inspeção, por meio de seu corpo técnico e administrativo, expedem em média um total de 5.709 Licenças Sanitárias, 467 relatórios técnicos e 1.310 certificados de vistoria de veículos; inspecionam, aproximadamente, 29.165 estabelecimentos, sendo 13.246 no setor de alimentos, 383 no setor de saneantes e produtos químicos, 6.342 no setor de saúde e de interesse à saúde, 4.968 no setor de medicamentos, cosméticos e produtos para saúde, 797 estabelecimentos de outros setores sujeitos a licenciamento sanitário e 3.429 outros estabelecimentos diversos (RELATÓRIO DE GESTÃO DA SES-DF, 2013 E RELATÓRIO DE ATIVIDADES ANUAL DA SES-DF, 2013).

Os Núcleos de Inspeção são responsáveis pelo Licenciamento Sanitário dos estabelecimentos localizados em suas regiões, Licenciamento este, que são desorganizados por não apresentarem uma padronização entre os Núcleos de Inspeção, o que acaba por acarretar problemas coma a insatisfação dos usuários que tem estabelecimentos em mais de uma região administrativa e encontram informações diferenciadas de núcleo para núcleo ao solicitarem seu Licenciamento Sanitário.

CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO APLICATIVO

4.1 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO REALIZADOS ATUALMENTE PELO NÚCLEO DE INSPEÇÃO DO CRUZEIRO-NICO.

Neste item, entre outras informações esclarecedoras, passamos a descrever o atendimento administrativo prático realizado no Núcleo de Inspeção-NICO no que diz respeito ao licenciamento sanitário, a partir da perspectiva de entendimento e decisão que perpassa por cada um dos autores envolvidos no atendimento ao público.

Para obtenção do licenciamento sanitário o setor regulado poderá acessar o site da SES para obter as informações por meio de leitura do Manual de Licenciamento Sanitário e seus anexos expressos nas Portarias 82 e 83, e/ou se dirigir ao NICO e se informar com os servidores da área administrativa sobre a documentação necessária para iniciar o processo com vistas à emissão da licença sanitária.

No site da SES, o acesso ao link para obtenção de informações sobre a documentação, apesar de **estar indisponível**, ocorre da seguinte forma:

1. Acessar a página da SES-DF (www.saude.df.gov.br);
2. Acessar o portal da saúde;
3. Clicar no link "Sobre a Secretaria";
4. Clicar no link "Subsecretarias";
5. Clicar no link "Vigilância à Saúde";
6. Clicar no link "Diretoria de Vigilância Sanitária";
7. Clicar em uma das opções, quais sejam:
   - 7.1 Relação de Núcleos de Inspeção;
   - 7.2 Gerência de Instrução Processual;
   - 7.3 Manual de Licenciamento Sanitário;

7.4 Formulários sobre licença sanitária;

7.5 Requerimento de licença inicial;

7.6 Instrutivo para elaboração do memorial descritivo, dentre outros.

Se o item 7 estivesse com o acesso disponível o setor regulado seria obrigado a realizar uma leitura na íntegra do Manual de Licenciamento Sanitário com vistas a identificar a documentação necessária para dar entrada no processo de emissão de Licenciamento Sanitário junto ao Núcleo de Inspeção.

Na maioria dos casos, o setor regulado faz contato com o NICO por meio de telefone para se informar sobre a relação de documentos necessários ao tipo de atividade sujeita a licenciamento para iniciar o processo de Licenciamento Sanitário. Essa informação é transmitida pelo Núcleo de Inspeção por meio de telefone ou e-mail.

De posse da documentação, o setor regulado se dirige ao Núcleo e apresenta ao servidor da área administrativa a documentação a ser conferida inerente à atividade pretendida, conforme descrito no **anexo 1**.

Após o recebimento e conferência da documentação mencionada no anexo 1, são realizados os seguintes procedimentos:

1. Realização da lavratura do termo de responsabilidade que deverá ser assinado a vista do servidor e em seguida anexado a documentação;

1.1 Não é adotado o prazo de cinco dias para complementação de documentos pendentes, bem como para assinatura do Termo de Responsabilidade quando houver mais de um responsável técnico.

2. Entrega de protocolo ao setor regulado como garantia de que foi dado entrada no processo de Licenciamento Sanitário, apesar da existência do campo de numeração de protocolo para

acompanhamento, o mesmo não é utilizado por todos os servidores;

3. Definição de prazo pelo servidor, uma vez que não existe prazo fixado pelas portarias 82/2011 e 83/2011 para o setor regulado retornar ao NICO e pegar o licenciamento sanitário;
4. Confecção da licença sanitária digitada em duas vias e anexada aos demais documentos pré analisados com posterior encaminhamento ao Chefe do Núcleo para apreciação e exame;
5. De posse da documentação o Chefe do Núcleo solicita ao auditor da área que realize uma vistoria no estabelecimento em análise para averiguar as condições de higiene sanitárias;
6. O Auditor realiza visita *in loco* quando é emitido Termo Fiscal com parecer favorável ou não para o desenvolvimento das atividades requeridas;
   6.1 Caso a licença sanitária não obtenha parecer favorável, o Auditor estabelece um prazo para sanar as irregularidades de acordo com as condições do local.
7. O Auditor remete ao Chefe do Núcleo o parecer fiscal para ciência e avaliação com vistas a autorização ou não da licença sanitária;
8. Em caso de autorização, o Chefe assina a licença sanitária e encaminha ao servidor da área administrativa para entregar a uma via e o Termo de Responsabilidade ao setor regulado;
9. A outra via da licença sanitária é arquivada juntamente com a documentação em pasta A-Z codificada e classificada, conforme previsto na Portaria 82/2011;

Os processos de trabalho observados no NICO, que é considerado dentro desta pesquisa como um micro sistema interligado à SES, são desenvolvidos a partir de conhecimentos obtidos através de informações repassadas pela chefia imediata, que detém o conhecimento e transmite à equipe. Porém, a apropriação dessas informações nem sempre segue uma simetria entre

os funcionários, que muitas vezes esforçam-se para reproduzi-los, contudo, sem sucesso.

Estudos realizados apontam que teorias sobre os sistemas de informação buscam identificar e conceituar os tipos de processos essenciais, a fim de garantir seu funcionamento. Para Araújo 2009 " os sistemas de informação são sempre pensados a partir da lógica dos processos de entrada (entrada de dados, com a aquisição de itens informacionais, a seleção destes itens para a composição de determinado acervo), de processamento (os itens informacionais que dão entrada num sistema de informação precisam ser descritos, catalogados, classificados, indexados) e de saída (pelo acesso informação, empréstimo), etc"(pág.196).

Observa-se que atitudes diversificadas entre os funcionários estão ligadas a uma liberalidade na execução das tarefas, sem, contudo, seguir uma organização estrutural de rotinas preestabelecidas e fundamentadas, sendo que cada servidor executa suas atividades como acredita que sejam corretas, ou como melhor lhe convém.

Neste sentido, JONES; HESTERLY & BORGATTI (1997) *apud* Tureta e colaboradores (s.d.), apontam para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos atores, é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes, mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles.

Sendo assim, cada núcleo atende diferentemente, o que causa transtorno, irritabilidade e insatisfação do usuário, gerando um descrédito dos serviços públicos prestados.

Falta desta forma, uma rotina determinada para os servidores executores do trabalho, a fim de que se minimizem os casos de inadequação dos procedimentos para melhor atender ao público, com a adequação de hábitos que

incluem consultas ás leis, portarias e documentos que regulem esta prática de trabalho, a fim de padronizar os atendimentos, minimizando erros e proporcionando resultados uniformes e positivos.

Cabe ao gestor encaminhar rotineiramente esses documentos e procedimentos, além de acompanhar e avaliar os serviços prestados para desta forma, reestruturar o trabalho, garantindo uma efetividade nos resultados proporcionados ao usuário do serviço público.

4.2 DESCRIÇÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS PARA EMISSÃO DO LICENCIAMENTO SANITÁRIO POR MEIO DA APLICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO.

Com o intuito de garantir a padronização dos procedimentos e retirada de duvidas que possam surgir no processo de trabalho para emissão de Licença Sanitária executado pelo Núcleo VISA do Cruzeiro considerou-se o levantamento do processo de trabalho do referido Núcleo, os referenciais teóricos citados no capitulo 2 deste Projeto Aplicativo e as Portarias 82 e 83 da VISA/DF para elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP), que será aplicado após educação em serviço dos servidores envolvidos, conforme demonstrado na tabela 2:

TABELA 2- DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO POR MEIO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA EMISSÃO DE LICENÇA SANITÁRIA.

O QUE	QUEM	QUANDO	COMO	PORQUE
Solicitação de Licenciamento Sanitário	Responsável Técnico (RT)	O estabelecimento de interesse à saúde decidir ofertar o serviço à população	Ligando no numero (61) 3234-8857; 3233-3056	Para agilizar e padronizar o processo de licenciamento
Atendimento ao Responsável Técnico (RT) e/ou ao responsável pelo estabelecimento	Servidor da área administrativa da VISA local	Quando o Responsável Técnico (RT) e/ou responsável pelo estabelecimento deseja regularizar	Entregando o *check list* **(anexo 2)** dos documentos necessários para emissão do Licenciamento e	Para evitar vícios de origem

		a atividade pretendida	dando orientações iniciais **(anexo 3**)	
Recebimento dos documentos e abertura do processo	Servidor da área administrativa da VISA local	Quando o Responsável Técnico (RT) e/ou responsável pelo estabelecimento se apresentar com a documentação requerida, solicitando abertura do processo	Pegando o *check list* **(anexo 2)** da atividade pretendida e comparando com a documentação apresentada pelo regulado, checando um a um	Para evitar vícios de origem
Documentação incompleta	Servidor da área administrativa da VISA local	Quando o servidor checou e percebeu a falta de documentos	Comprovando pelo *check list* **(anexo 2)** a falta de documentos e orienta Responsável Técnico (RT) e/ou responsável pelo estabelecimento para no prazo de 5 dias úteis complementar a documentação. Enquanto isso, os documentos ficarão arquivados no escaninho de documentos pendentes	Para evitar vícios de origem
Arquivamento no escaninho de documentos pendentes por 5 dias úteis para complementação da documentação pendente	Servidor da área administrativa da VISA local	Após orientar Responsável Técnico (RT) e/ou responsável pelo estabelecimento sobre o prazo de **5 dias úteis** para complementação de documentos, o administrativo coloca a documentação na aba da data limite para complementação dos documentos restantes	Pegando documento e identificando a aba numerada com a data limite do prazo no escaninho de pendentes e lá coloca o documento. **OBS**: o administrativo fica responsável por manter atualizado o escaninho de pendências, semanalmente. Este serviço deverá ser supervisionado pelo chefe do setor	Para garantir a organização do setor e cumprimento do prazo
Arquivamento de 30 dias para retirada pelo setor regulado da documentação indeferida por decurso de prazo	Servidor da área administrativa da VISA local	Findo o prazo de 5 dias úteis para complementação de documentos	No momento de atualização do escaninho de documentos pendentes, o administrativo pega os documentos com prazo de 5 dias vencidos e coloca na caixa de arquivos de 30 dias, na pasta do	Para garantir a organização do setor e cumprimento do prazo

			mês referente, identificando a data limite. Deve atualizar a cada 3 meses. **OBS:** O chefe do setor deve supervisionar a atualização da caixa	
Lavratura do Termo de Responsabilidade Técnica (RT)	Servidor da área administrativa	Após a verificação de documentação correta	Digitando o Termo de Responsabilidade **(anexo 4)**, completando os espaços do documento digitalizado disponível no computador do setor**,** identificando os dados da empresa e dados pessoais do(s) RT(s) que deverá assinar o termo em frente do servidor administrativo. No caso de mais de um RT, todos devem assinar o documento presencialmente. Se algum RT não estiver presente, a documentação vai para o escaninho de documentos pendentes com prazo de 5 dias úteis para assinatura. Findo o prazo de 5 dias úteis e não havendo assinatura vai para a caixa de arquivos de 30 dias.	Para validar a documentação e validar a responsabilidade por cada área técnica
Entrega de protocolo ao Responsável Técnico (RT) e/ou responsável pelo estabelecimento em caso de documentação completa	Servidor da área administrativa da VISA local	Quando a documentação estiver completa de acordo com o check list **(anexo 2)**	Destacando o protocolo que consta em área picotada do requerimento. Após, o servidor deverá lançar a documentação acompanhada do número de protocolo no "Livro específico de Registro e Controle de Documentos" **(anexo 5**) para licenciamento e na mesma data repassar ao Chefe do Núcleo	Para segurança do setor regulado e controle da VISA
Recepção e	Chefe do	Após o repasse	O chefe deverá	Para garantir

conferência dos documentos	Núcleo	da documentação pelo servidor administrativo da VISA local	assinar o livro especifico de registro e controle de documentos ao receber a documentação e terá um prazo de até 3 dias úteis para determinar o auditor que realizará a vistoria, obedecendo a ordem cronológica de entrada das datas dos protocolos.	agilidade do processo de trabalho.
Devolução dos documentos ao servidor administrativo da VISA local	Chefe do Núcleo	Quando estiver determinado o auditor que realizará a vistoria	Devolvendo a documentação ao servidor administrativo e repassando as instruções de distribuição	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho.
Encaminhamento da documentação ao auditor designado	Servidor administrativo da VISA local	Imediatamente após receber a documentação e as instruções do Chefe do Núcleo	A documentação será entregue ao auditor designado que deverá assinar o livro de registro e controle de documentação	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Recebimento da documentação, realização da vistoria e preenchimento do Termo de Vistoria com emissão de relatório apto, inapto ou apto com pendências.	Auditor	No prazo de até 15 dias úteis para a vistoria e preenchimento do Termo de Vistoria com relatório	Auditor de posse do Termo de Vistoria **(anexo 6**) realiza a visita no estabelecimento que requer o licenciamento	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Em caso de parecer apto	Auditor	Após a finalização da vistoria e elaboração do parecer respeitando o prazo de 15 dias úteis	Devolvendo a documentação ao servidor administrativo	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Em caso de parecer inapto	Auditor	Após a finalização da vistoria e elaboração do parecer respeitando o prazo de 15 dias úteis	Finalizado o prazo estabelecido pelo auditor e do não cumprimento das exigências a documentação vai para a caixa de arquivos de 30 dias. Caso as exigências sejam cumpridas dentro do prazo estabelecido segue-se a emissão do licenciamento	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho

Em caso de parecer apto com pendências	Auditor	Após a finalização da vistoria e elaboração do parecer respeitando o prazo de 15 dias úteis	Segue-se a emissão da licença, mas o auditor acompanhará o cumprimento das exigências pendentes. No caso do não cumprimento, o auditor poderá reter a licença posteriormente	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Recebimento de documentação do auditor para emissão de licencia sanitária	Servidor administrativo da VISA local	Imediato	Registrando o recebimento no livro de registro e controle de documentos.	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Confecção da licença e entrega para a chefia do Núcleo	Servidor administrativo da VISA local	No prazo de 2 dias úteis após o recebimento do parecer técnico	Preenchendo digitalmente o formulário no programa especifico para emissão de licenciamento e impressão da Licença Sanitária que será encaminhada para assinatura do chefe do Núcleo.	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Assinatura da Licença Sanitária	Chefe do Núcleo	No prazo de 3 dias úteis para assinatura da licencia sanitária	Recebendo a Licença Sanitária impressa pelo servidor administrativo assinando no livro de registro e controle de documentação e logo após assinar devolve ao administrativo	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho
Licença Sanitária aguardando para ser retirada pelo Responsável Técnico (RT) e/ou responsável pelo estabelecimento	Servidor administrativo da VISA local	No prazo de 30 dias após assinatura. Vencido este prazo a Licença Sanitária assinada é colocada na caixa de arquivos 30 dias	Recebendo a Licença Sanitária assinada pelo Chefe do Núcleo e fica aguardando a retirada pelo interessado	Para garantir agilidade e segurança do processo de trabalho

4.3. A EDUCAÇÃO EM SERVIÇO DOS SERVIDORES DA VISA DF NUCLEO CRUZEIRO

A intenção da educação em serviço não se baseia somente na apresentação de novas atividades para os servidores do setor, mas no resgate de antigas práticas que foram esquecidas por múltiplos fatores, dentre eles a rotatividade de servidores como a mais importante.

A ansiedade criada na equipe perante esta atividade deve ser, então, dirimida através da abordagem desse resgate que no final facilitará a organização do setor, a delimitação das responsabilidades de cada ator e a determinação de prazos para a execução de cada passo.

Importante, também, que esta educação ocorra no período de serviço, eliminando a questão do deslocamento e mantendo os servidores no seu local de serviço.

Por se tratar de uma equipe relativamente pequena dividida em dois turnos (manhã e tarde) a educação em serviço deverá ocorrer em 4 períodos sem suspensão do serviço: A equipe da manhã deverá ser dividida em dois grupos de igual número de integrantes, sendo esta divisão o mais heterogênea possível, sendo composta de servidores dos mais variados segmentos. Da mesma forma a equipe da tarde deverá ser organizada. Toda a equipe da VISA núcleo cruzeiro deverá ser treinada em duas manhãs e duas tardes.

A participação de cada servidor deverá ser registrada em lista que constará além do título desta educação permanente data e horário, também o nome de cada servidor treinado, sua matrícula e função. Esta lista será copiada e anexada à pasta de POPS, sendo o original anexado ao projeto aplicativo.

O ambiente de trabalho deverá ser previamente preparado para esta

atividade, com a sinalização correta do local onde serão armazenados os documentos pendentes e o local correto da pasta de 30 dias. Os documentos também deverão ser previamente preparados: O livro protocolo, O check list das documentações, as orientações aos usuários, a pasta com os POPs, O relatório de visita do auditor, etc, para que todos os servidores treinados possam ter contato com todos os formulários que comporão o pedido de licença sanitária.

A educação em serviço deverá conter a importância da VISA para as pessoas em geral, Também deverá abordar a necessidade de um atendimento cortês ao usuário, previsto inclusive em lei.

O treinamento ocorrerá com a leitura dos POPs, o manuseio dos documentos e uma simulação de todo o desencadear de atividades que compõe o licenciamento, para retirada de dúvidas, evidenciando os pontos críticos e quais os servidores envolvidos, destacando o papel do servidor administrativo que será o responsável pelo livro protocolo, onde todos os passos do andamento do licenciamento deverão ser anotados.

Observações e sugestões deverão ser levadas em conta, anotadas e discutidas por todo o grupo Afinidade antes de alterações ocorrerem pois implicam alteração no projeto aplicativo. Descrevem-se as sugestões do cronograma de aplicação no **anexo 7**

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No inicio da construção deste trabalho foram observadas diversas discordâncias das atividades realizadas nos Núcleos de Inspeção e a legislação vigente à época. Toda a realização deste trabalho partiu da fundamentação das Portarias nº 82, de 10 de agosto de 2011 que aprova e determina a imediata implantação do Manual de Procedimentos Administrativos para o Licenciamento Sanitário do Distrito Federal e pela Portaria nº 83, de 27 de agosto de 2011 que institui o Manual Técnico de Licenciamento Sanitário e define as condições para emissão da Licença Sanitária.

No processo dessa construção, a VISA-DF iniciou um movimento de mudança que implicou na elaboração de toda uma nova fundamentação legal para o seu funcionamento, gerando correntes de pensamentos no que diz respeito à vigência destas Portarias, em razão da publicação da Lei N° 5.321 de 06 de março de 2014 que instituiu o Código de Saúde do Distrito Federal.

Nesse contexto a VISA-DF iniciou a revisão dessa legislação ajustando-a ao novo Código, gerando no Grupo Afinidade 3 a sensação de importância histórica deste trabalho, que funcionará como documento memória de como foi o funcionamento da VISA-DF e seus principias problemas, permitindo, por meio desses dados a construção de uma nova realidade livre de antigos vícios.

Diante desse exposto, o trabalho sugere modificações na organização dos processos de trabalho na emissão do Licenciamento Sanitário pela VISA-DF, buscando a padronização do serviço em todos os Núcleos de Inspeção e a inclusão destes pontos importantes nessa nova regulamentação.

O presente projeto retratou um desejo dos componentes do grupo, no sentido de alcançar um harmonioso desenvolvimento, aperfeiçoamento e, sobretudo de transformação dinâmica das práticas de trabalho desenvolvidas na Vigilância Sanitária do DF., mais especificamente no que se refere ao Licenciamento Sanitário. Contudo, entendemos que o resultado esperado só será

possível a partir da constante implicação dos servidores inseridos nesse processo de reconhecimento de mudança, enquanto autores que refletem sobre o que se faz, vendo-se como sujeitos e acreditando que podem fazer a diferença, mesmo nos casos complexos e extremos dos contextos sociais, assegurando, assim, melhor enfretamento dos desafios e dos problemas que traspassa todo o processo de redesenho do saber-fazer, trabalhando atitudes e ações que devem estar ligados o tempo todo ao anseio de possibilitar um atendimento às demandas sociais dentro de uma perspectiva de melhoramento, que deve ser avaliado e repensado a todo tempo.

Assim, nas novas questões de contextos globalizados que vão se apresentado, valorizar os profissionais e conhecer suas competências através do oferecimento de capacitação e educação continuada de permanente aprendizagem, constituí uma das metas a serem trabalhadas no decorrer desse projeto como uma das ferramentas de potencial elevado para o sucesso do mesmo.

CAPÍTULO VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, C.A.A. **Correntes teóricas da ciência da informação**. Ci. Inf., Brasília,DF, v.38, n. 3, p. 192-2-4, set./dez., 2009

BRASIL, **Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973**;

BRASIL, **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**;

BRASIL, **Lei nº 9782 de 26 de janeiro de 1999**;

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Gestão e formação nos processos de trabalho** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 14 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) 1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. II. Título. III. Série;

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 82** de 27 de maio de 2011;

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 83** de 27 de agosto de 2011;

CECCIN, Ricardo Burg, **Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário**. Revista interface, volume 9, nº 16, paginas 161-177, setembro 2004 –fevereiro 2005.

CHIESA, Ana Maria e MLOR, Veríssimo. **A educação em Saúde na Prática do PSF**. USP/MS, Brasília, 2001, p 34- 42;

COSTA, Ediná Alves. **Políticas de Vigilância Sanitária. Balanço e perspectivas**. Brasília 2001. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1–texto_04.pdf. Acessado em: 15/04/2014.

COSTA, EA., org. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Available from SciELO Books http://books.scielo.org;

COLENGHI, Vitor Mature. **O&M e Qualidade Total: uma integração perfeita**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2007.

GONÇALVES, C, A, . Meirelles, A. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo. Atlas, 2004.

http://diariodopavs.blogspot.com.br/2008/03/uma-rvore-para-resolver-problemas.html;

http://equipe.nce.ufrj.br/amauri/Artigos/O%20Conceito%20de%20Processo%20de%20Trabalho%20-%20Versao%20Final.pdf. Acesso em 22 de janeiro de 2014;

http://gmpe.com.br/blog/o-que-significa-pop-procedimento-operacional-padrao-como-utilizar-e-quais-as-vantagens-para-minha-empresa--6.html. Acesso em 22 de janeiro de 2014;

http://webcache.googleusercontent.com/diariodopavs.blogspot.com/2008/03/uma-rvore-para-resolver-problemas.html+&cd=11&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 22 de janeiro de 2014;

http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html. Acesso em 22 de janeiro de 2014;

http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a10v08n1.pdf. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde

https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6221/1/VIGILANCIA%20SANITARI. pdf. Vigilancia Sanitária - temas para Debates Organizadora Ediná Alves Costa;

L'ABBATE, Solange. **Educação em Saúde: uma Nova Abordagem**. Health Education: A New Approach. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, Oct/Dec, 1994;

LUCCHESE, Geraldo. **A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde.** (s.d.). www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf Acesso em 07/04/2014;

MATUS, Carlos. **O Método PES**. São Paulo, FUNDAP, 1997 http://www.fundap.sp.gov.br/debatesfundap/pdf/Gestao_de_Poi%C3%ADticas_Publicas/O_PLANEJAMENTO_P%C3%9ABLICO_E_A_CONSTRU%C3%87%C3%8

3O_DE_PROGRAMAS.pdf;

MEDAUAR, **O Direito administrativo moderno**. 10 ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006;

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. **Processo de Trabalho em Saúde.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html. Acessado em: 20/01/2014.

Regimento Interno da SES/DF;

Relatório de Gestão 2013 da SES/DF;

Relatório de Atividades Anual 2013 da SES/DF;

TELLES, Antônio A. Queiroz. **Introdução ao Direito Administrativo**. Rt. 1995. Disponível na internet: <http://www.jus.com.br/artigos/3425/0-principios-da-publicidade>. Acesso em 26 de fevereiro de 2014;

TURETA, César., REIS, Alexandre., ÁVILA, Silva (s.d.). **Da Teoria Sistêmica ao conceito de redes interorganizacionais: Um estudo exploratório da teoria das organizações**;

WLASSAK, Thomas. **O Princípio da Publicidade: Considerações sobre forma e conteúdo.** Nov. 2002. Disponível na internet: <http://www.jus.com.br/artigos/3425/0-principios-da-publicidade>. Acesso em 26 de fevereiro de 2014.

www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa–livro.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Documentação a ser conferida pelo servidor administrativo do Núcleo de Inspeção do Cruzeiro, inerente à atividade pretendida, para emissão de Licencia Sanitária:

1. **ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE - EAS**

1.1 ;Acupuntura

1.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

1.1.2 Contrato Social;

1.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

1.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

1.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

1.1.6 Layout da estrutura física;

1.1.7 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

1.1.8 Diploma de Formação Superior e Medicina Chinesa traduzido;

1.1.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

1.1.10 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde.

1.2 Estabelecimentos com Atividades de Medicina Nuclear

1.2.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

1.2.2 Contrato Social;

1.2.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

1.2.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

1.2.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

1.2.6 Projeto Básico de Arquitetura – PBA;

1.2.7 Certidão de Habilitação Legal expedida pelo Conselho de Classe e apresentação de título com Especialidade em Medicina Nuclear;

1.2.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

1.2.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

1.2.10 Lista de equipamentos radioativos;

1.2.11 Requerimento de Cadastro Sanitário de Equipamento Gerador de Radiação

1.2.12 Laudo radiométrico;

1.2.13 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde.

1.3 Estabelecimentos com Atividades de Radioterapia

1.3.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

1.3.2 Contrato Social;

1.3.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

1.3.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

1.3.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

1.3.6 Projeto Básico de Arquitetura;

1.3.7 Certidão de Habilitação Legal expedida pelo Conselho de Classe e apresentação de diploma de especialização na área de radioterapia;

1.3.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

1.3.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

1.3.10 Lista de equipamentos radioativos;

1.3.11 Requerimento de Cadastro Sanitário de Equipamento Gerador de Radiação;

1.3.12 Laudo radiométrico;

1.3.13 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde.

1.4 Hospital

1.4.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

1.4.2 Contrato Social;

1.4.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

1.4.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

1.4.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

1.4.6 Projeto Básico de Arquitetura;

1.4.7 Certidão de Habilitação Legal expedida pelo Conselho de Classe;

1.4.8 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

1.4.9 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

1.4.10 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

1.4.11 Lista de equipamentos radioativos;

1.4.12 Requerimento de Cadastro Sanitário de Equipamento Gerador de Radiação;

1.4.13 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde;

1.5 Clínicas de Estética Facial e Corporal com Procedimentos Invasivos

1.5.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

1.5.2 Contrato Social;

1.5.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

1.5.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

1.5.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

1.5.6 Projeto Básico de Arquitetura – PBA;

1.5.7 Certidão de Habilitação Legal expedida pelo Conselho de Classe e Certificação na área de cirurgia plástica;

1.5.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

1.5.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

1.5.10 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde.

2. FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS, FARMÁCIAS HOSPITALARES E DROGARIAS - FAR

2.1 Drogarias

2.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

2.1.2 Contrato Social;

2.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

2.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

2.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

2.1.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

2.1.7 Certidão de Regularidade do Farmacêutico e da Drogaria;

2.1.8 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

2.1.9 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

2.1.10 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

2.1.11 Autorização de Funcionamento de Empresa – AFE expedida pela ANVISA;

2.1.12 Autorização da VISA para dispensar medicamentos controlados da Portaria 344/98;

2.1.13 Certificado de Escrituração Digital emitido na página eletrônica do SNGPC, na ANVISA;

2.1.14 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde

2.1.15 Lista dos profissionais que aplicam injetáveis e diplomas respectivos;

2.1.16 Formulário de Declaração de Atividades de Drogarias.

2.2 Farmácia de Manipulação

2.2.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

2.2.2 Contrato Social;

2.2.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

2.2.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

2.2.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

2.2.6 Projeto Básico de Arquitetura PBA;

2.2.7 Certidão de Regularidade do Farmacêutico e da Farmácia;

2.2.8 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

2.2.9 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

2.2.10 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRS;

2.2.11 Formulário de Declaração de Atividades de Farmácia.

3. ESTABELECIMENTO DAS ÁREAS INDUSTRIAL, IMPORTADOR, EXPORTADOR, DISTRIBUIDOR E TRANSPORTADOR DE MEDICAMENTOS, COSMÉTICOS, PRODUTOS BIOLÓGICOS E PRODUTOS PARA SAÚDE - MED

3.1 Estabelecimentos Distribuidores

3.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

3.1.2 Contrato Social;

3.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

3.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

3.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

3.1.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

3.1.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

3.1.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

3.1.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

3.1.10 Autorização de Funcionamento de Empresa – AFE expedida pela ANVISA;

3.1.11 Responsável Técnico deverá ser profissional de nível superior na área de saúde.

3.2 Transportadoras de Medicamentos

3.2.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

3.2.2 Contrato Social;

3.2.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

3.2.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

3.2.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

3.2.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

3.2.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

3.2.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

3.2.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRS;

3.2.10 Autorização de Funcionamento de Empresa – AFE expedida pela ANVISA;

3.2.11 Responsável Técnico deverá ser de profissional de nível superior na área de saúde.

4. ESTABELECIMENTO DAS ÁREAS INDUSTRIAL E DE MANIPULAÇÃOD E ALIMENTOS (COZINHA INSDUSTRIAL, COZINHA HOSPITALAR, RESTAURANTE E BUFÊ) - ALI

4.1 Cozinha Industrial

4.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

4.1.2 Contrato Social;

4.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

4.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

4.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

4.1.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

4.1.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

4.1.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

4.1.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

4.1.10 Responsável Técnico deverá ser de profissional de nível superior na área de nutrição;

4.1.11 Apresentação do Manual de Boas Práticas;

4.1.12 Apresentação de POPs.

4.2 Cozinha Hospitalar

4.2.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

4.2.2 Contrato Social;

4.2.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

4.2.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

4.2.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

4.2.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

4.2.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

4.2.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

4.2.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

4.2.10 Responsável Técnico deverá ser de profissional de nível superior na área de nutrição;

4.2.11 Apresentação do Manual de Boas Práticas;

4.2.12 Apresentação de POPs.

4.3 Bufê

4.3.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

4.3.2 Contrato Social;

4.3.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

4.3.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

4.3.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

4.3.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

4.3.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

4.3.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

4.3.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

4.3.10 Responsável Técnico deverá ser de profissional de nível superior na área de nutrição;

4.3.11 Apresentação do Manual de Boas Práticas;

4.3.12 Apresentação de POPs.

5. LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS, DE PATOLOGIA CLÍNICA, DE HEMATOLOGIA CLÍNCIA, DE ANATOMIA PATOLÓGICA, DE CITOLOGIA, DE LÍQUIDO CEFALORAQUIDIANO, DE RADIOISOTOPOLOGIA "IN VIVO" E "IN VITRO", DE SEQUENCIAMENTO DE DNA, DE TOXICOLOGIA E CONGÊNERES - LAB

5.1 Laboratórios de Análises Clínicas, de Patologia Clínica, de Hematologia Clínica, de Anatomia Patológica, de Citologia, de Líquido Cefaloraquidiano, de Radioisotopologia "In Vivo" e "In Vitro"

5.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

5.1.2 Contrato Social;

5.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

5.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

5.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

5.1.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

5.1.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

5.1.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

5.1.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

5.1.10 Responsável Técnico deverá ser de profissional faramcêutico-bioquímico;

5.1.11 Apresentação do Manual de Boas Práticas;

5.1.12 Apresentação de POPs.

5.2 Laboratório de Histocompatibilidade

5.2.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

5.2.2 Contrato Social;

5.2.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

5.2.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

5.2.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

5.2.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

5.2.7 Contrato de trabalho dos Responsáveis Técnicos;

5.2.8 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

5.2.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRS;

5.2.10 Responsável Técnico deverá ser de profissional de nível superior na área de Medicina com experiência comprovada de pelo menos 1 ano na área histocompatibilidade;

5.2.11 Apresentação do Manual de Boas Práticas;

5.2.12 Apresentação de POPs.

6. ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, INCLUINDO LABORATÓRIOS DE PRÓTESE - ODO

6.1 Consultório Odontológico com Raio-X

6.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

6.1.2 Contrato Social;

6.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

6.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

6.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

6.1.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

6.1.7 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

6.1.8 Certificado de Habilitação Legal do Órgão de Classe respectivo;

6.1.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

6.1.10 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde;

6.1.11 Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde FCES/CNES;

6.1.12 Requerimento de Cadastro de Equipamentos Radioativos;

6.1.13 Laudo radiométrico.

6.2 Laboratório de Prótese Dentária

6.2.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

6.2.2 Contrato Social;

6.2.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

6.2.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

6.2.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

6.2.6 Layout da estrutura física;

6.2.7 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

6.2.8 Certificado de Habilitação Legal do Órgão de Classe respectivo;

6.2.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

6.2.10 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde;

7. ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS E CONGÊNERES, INCLUINDO HOSPITAIS, CLÍNICAS E CONSULTÓRIO - VET

7.1 Clínicas e Consultórios Veterinários

7.1.1 Formulário de requerimento para licença sanitária;

7.1.2 Contrato Social;

7.1.3 Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

7.1.4 Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF;

7.1.5 Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional;

7.1.6 Projeto Básico de Arquitetura - PBA;

7.1.7 Memorial descritivo das atividades desenvolvidas pela empresa;

7.1.8 Certificado de Habilitação Legal do Órgão de Classe respectivo;

7.1.9 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

7.1.10 Cópia do contrato com a empresa terceirizada para recolhimento dos resíduos de saúde;

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

ANEXO 2

Documentação mínima exigida para emissão da Licença Sanitária, porém, em caráter discricionário da autoridade sanitária, outros documentos poderão ser exigidos.

SUGESTÃO DE *CHECK LIST* - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA EMISSÃO DA LICENÇA SANITÁRIA

ITEM	DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	HOSPITAL	DROGARIA	LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICA	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM RAIO X	CONSULTÓRIO VETERINÁRIO
1	Formulário de requerimento para licença sanitária preenchido	X	X	X	X	X
2	Contrato Social e alterações ou Registro de Firma Individual ou de Micro Empreendedor Individual ou Estatuto da Entidade com a Ata de Eleição da Diretoria ou documento de identidade com foto (profissional liberal e autônomo)	X	X	X	X	X
3	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física – CPF	X	X	X	X	X
4	Cópia do Contrato de Trabalho com firmas reconhecidas em cartório, ou cópia da Carteira de Trabalho com firmas reconhecidas em cartório, ou cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social, ou cópia de contrato de prestação de serviços, juntamente com os originais para conferência. **(Quando o Responsável Técnico não constar dos documentos relacionados no item 2)**	X		X	X	X
5	Cópia do Contrato de Trabalho com firmas reconhecidas em cartório, ou cópia da Carteira de Trabalho com firmas reconhecidas em cartório, ou cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social juntamente com os originais para conferência. **(Quando o Responsável Técnico não constar dos documentos relacionados no item 2)**		X			
6	Prova de habilitação legal expedida pelo Conselho Profissional e para outras profissões Diploma ou Certificado emitido pelo órgão competente	X	X	X	X	X
7	Licença de Funcionamento expedida pela Administração Regional ou Autorização de Funcionamento para os	X	X	X	X	X

	estabelecimentos que não tiverem habite-se					
8	Projeto Básico de Arquitetura – PBA aprovado pela VISA-DF	X		X	X	
9	Memorial Descritivo relacionado as atividades desenvolvidas pelo estabelecimento **(ANEXO 8)**.	X	X	X	X	
10	Cópia de contratos de terceirização de atividades sujeitas a fiscalização pela VISA **(Acompanhado de cópia da Licença Sanitária do contratado)**	X		X	X	
11	Cópia de contratos de terceirização de manutenção de equipamentos sujeitos a fiscalização pela VISA **(Acompanhado de cópia da Licença Sanitária do contratado)**	X		X	X	
12	Cópia de contratos de terceirização de recolhimento de resíduos de serviços de saúde **(Acompanhado de cópia da Licença Sanitária do contratado)**	X	X	X	X	X
13	Declaração de uso de ambiente ou espaço de outro estabelecimento para o desenvolvimento de atividades fiscalizadas.	X		X	X	X
14	Cadastro Fiscal do Distrito Federal – CFDF	X	X	X	X	X
15	Comprovante de responsabilidade técnica geral assumida por médico legalmente habilitado, juntamente com as responsabilidades privativas de profissionais especializados	X				
16	Comprovante de constituição e nomeação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH **(Em caso de hospital com cinquenta leitos ou mais)**	X				
17	Comprovante de constituição e nomeação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH **(Em caso de hospital com até quarenta e nove leitos)**	X				
18	Comprovante de serviço de hemoterapia próprio ou terceirizado devidamente licenciado **(Em caso de hospital com mais de sessenta leitos e com atendimento de emergência ou obstetrícia)**	X				
19	Comprovante de responsabilidade técnica exercida por médico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva **(No caso de Unidade de Terapia Intensiva-UTI)**	X				
20	Comprovante de responsabilidade técnica exercida por médico com título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia **(No caso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal-UTIN)**	X				

21	Comprovante de responsabilidade técnica exercida por farmacêutico-bioquímico			X		
22	Declaração de Atividades de Drogaria e Autorização de Funcionamento Especial (AFE-ANVISA)		X			
23	Apresentação de lista de profissionais legalmente habilitados para o exercício de serviços farmacêuticos		X			
24	Certificado de Escrituração Digital emitido na página eletrônica do SNGPC, da ANVISA		X			
25	Requerimento de Cadastro de Equipamentos Radioativos				X	
26	Laudo radiométrico				X	

HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS

ANEXO 3

ORIENTAÇÕES INICIAIS AO INTERESSADO PARA EMISSÃO DA LICENÇA SANITÁRIA

1. O estabelecimento está recebendo uma lista de documentos necessários a serem apresentados para emissão da Licença Sanitária do seu estabelecimento. A Falta de qualquer documento dessa lista INVIABILIZARA a emissão da Licença Sanitária;
2. Caso você esteja apresentando DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, terá o PRAZO DE 5 DIAS UTEIS para a REGULARIZAÇÃO;
3. Vencido o prazo de 5 dias, a solicitação da Licença Sanitária será CANCELADA e os documentos ficarão disponíveis pelo PRAZO de 30 dias para retirada;
4. Findo o prazo de 30 dias, os documentos serão INCINERADOS;
5. Em CASO de ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, o interessado receberá um protocolo do requerimento, indispensável para retirada da Licença Sanitária e/ou documentação retida;
6. No ato da entrega da documentação completa todos os Responsáveis Técnicos (RT) deverão assinar o Termo de Responsabilidade Técnica na presença do servidor administrativo da VISA local;
7. A emissão da Licença Sanitária ocorrerá no prazo de 25 dias úteis após a entrega da documentação e assinatura dos (RT);
8. Caso algum RT não esteja presente no momento da entrega dos documentos e assinatura do Termo de Responsabilidade Técnica, a documentação ficará aguardando assinatura no PRAZO de 5 dias úteis;
9. Neste caso, findo o prazo de 5 dias úteis, o pedido de Licença Sanitária será cancelado e a documentação ficará disponível para retirada pelo interessado, por meio do protocolo do requerimento no prazo de 30 dias. Findo este prazo, a documentação será incinerada;
10. Para acompanhamento entrar em contato nos telefones (61) 3234-8857; 3233-3056.

HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS

ANEXO 4

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

1. QUALIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

No. INSCRIÇÃO CPF/CNPJ	**No. INSCRIÇÃO CFDF (*)**	**No. INSCRIÇÃO CNES (*)**
NOME OU RAZÃO SOCIAL		
ENDEREÇO COMPLETO		

(*) QUANDO APLICÁVEL

2. QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

No. INSCRIÇÃO CPF		**No. CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR**
NOME		
FORMAÇÃO PROFISSIONAL		**ESPECIALIZAÇÃO**
No.INSCRIÇÃO CR	**TELEFONE** «TELEFONE»	**CELULAR**«CELULAR»
E-MAIL «EMAIL»		

Aos ____ dias do mês de _____ do ano de _____ perante a autoridade sanitária competente, legalmente autorizada e que representa neste ato a Diretoria de Vigilância Sanitária, da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, compareceu o(a) profissional acima qualificado(a), para assumir a RESPONSABILIDADE TÉCNICA ***( )do estabelecimento ( )em sua área de atuação***, da empresa qualificada na inicial.

Ao firmar o presente TERMO, compromete-se, como profissional legalmente habilitado (a) para a responsabilidade técnica que assume, a cumprir e fazer cumprir as disposições legais regulamentadoras de sua área de atuação, de acordo com a Lei 5.027 de 14/6/1966, a Lei 6.437 de 20/8/1977, o Decreto Federal 77.052 de 19/1/1985, o Decreto Distrital 32.568 de 23/12/2010 e as demais normas específicas do âmbito profissional e da legislação sanitária vigente.

E, para que conste, depois de lido e achado conforme, os assinantes firmam este TERMO, lavrado em duas vias de igual teor e forma, para que produzam os efeitos legais, sendo que a segunda via será arquivada no Núcleo de Inspeção correspondente.

DECLARA AINDA, SOB AS PENAS DA LEI, QUE:

( ) Está ciente de que o seu desligamento da empresa ou a alteração dos dados informados para o licenciamento sanitário devem ser, de imediato, comunicados oficialmente à autoridade sanitária local; e

( ) Que não assume a responsabilidade técnica por outro estabelecimento; ou

( ) Que assume, cumulativamente, a responsabilidade técnica pelo(s) estabelecimento(s) listado(s) no verso (Estabelecimento, CNPJ, endereço e horário em que estará à disposição do mesmo).

Autoridade Competente | Responsável Técnico

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

ANEXO 5

Modelo do “Livro específico de Registro e Controle de Documentos”

Nº PROTOCOLO	DESTINATARIO	RECEBIDO EM	DISCRIMINAÇÃO	ASSINATURA

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

ANEXO 6

TERMO DE VISTORIA

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- ☐ AUTO DE INFRAÇÃO
- ☐ INTIMAÇÃO
- ☐ TERMO DE ORIENTAÇÃO/VISTORIA
- ☐ TERMO DE APREENSÃO
- ☐ TERMO DE DEPÓSITO
- ☐ TERMO DE INUTILIZAÇÃO
- ☐ TERMO DE DEVOLUÇÃO
- ☐ TERMO DE INTERDIÇÃO
- ☐ TERMO DE DESINTERDIÇÃO
- ☐ TERMO DE RECOLHIMENTO DE MERCADORIAS

SÉRIE A
Nº 054991

Nº INSCRIÇÃO CPF/CNPJ	Nº INSCRIÇÃO CFDF (*)	Nº CNES (*)	Nº LICENÇA SANITÁRIA (*)
NOME OU RAZÃO SOCIAL			
NOME DE FANTASIA			
ENDEREÇO			CIDADE
RAMO DE ATIVIDADE	TELEFONE	CEP	E-MAIL
RESPONSÁVEL OU PREPOSTO			Nº DOCUMENTO E ÓRGÃO EMISSOR

(*) QUANDO APLICÁVEL

Ao(s) ___ dia(s) do mês de _____ de 20___, às _____ horas, no exercício de Vigilância Sanitária, em ação relacionada ao estabelecimento acima qualificado, face ao que dispõe(m) o(s) artigo(s):

Foi constatado que:

PRAZO PARA CUMPRIMENTO DA INTIMAÇÃO:

Observações:

1. Não cumprir as exigências no prazo estabelecido sujeitará o infrator às penalidades previstas na legislação sanitária;
2. Em caso de autuação, o autuado poderá interpor defesa escrita em duas vias, acompanhada de cópia do RG/CPF (pessoa física) ou contrato Social/Estatuto e CNPJ (pessoa jurídica), no prazo improrrogável de 15 dias corridos posteriores à data de autuação, sob pena de julgamento à revelia, nos termos do artigo_____;
3. Fica o autuado igualmente ciente de que responderá a processo administrativo, estando sujeito às penalidades de: advertência, apreensão, inutilização, interdição, cassação da Licença Sanitária, cassação do Certificado de Vistoria de Veículos e/ou multa, nos termos do artigo_____;
4. Outras:

Brasília, de de 20__.

_____ AUDITOR

_____ AUDITOR

Ciente.

_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PREPOSTO

_____ ASSINATURA DE TESTEMUNHA

_____ ASSINATURA DE TESTEMUNHA

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

ANEXO 7

SUGESTÃO DE CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO – EDUCAÇÃO CONTINUADA

Atividade	Mês/Prazo para execução	Necessidade de recursos humanos	Necessidade de recursos materiais	Necessidade de recursos orçamentários e financeiros
Definição da educação continuada	Agosto (20 dias)	8 (integrantes do Grupo Afinidade 3)	Computador com acesso à internet	Sem ônus (recursos materiais disponibilizados pela DIVISA)
Estruturação da educação continuada para os 13 servidores do NICO	Setembro (30 dias)	8 (integrantes do Grupo Afinidade 3)	1 Viatura oficial para deslocamento de servidores 1 Sala de reunião com 10 lugares 1 Multimídia 1 Impressora 1 Cartucho para impressão colorida 1 Cartucho para impressão preto e branco 1 Livro ata 1 resma de papel A4 3 pastas com 50 plásticos 15 pastas com elástico 15 blocos para rascunho 15 canetas esferográfica azul 1 caixa arquivo 10 folhas de cartolina 3 pincéis azul 3 pincéis preto 3 pincéis vermelho 1 pacote de copo descartável para água 15 cópias do material educativo (protocolo, check list, formulários e outros)	Sem ônus (recursos materiais disponibilizados pela DIVISA)
Aplicação da educação continuada	Outubro (Primeira semana do mês - 2 períodos pela	3 (integrantes do Grupo Afinidade 3),	1 Sala de reunião com 10 lugares 1 Multimídia	Sem ônus (recursos materiais

	manhã e 2 períodos à tarde)	sendo: 1 para disseminar a informação e 2 para dar suporte	Os materiais confeccionados na estruturação 1 lista de presença	disponibilizados pela DIVISA)
Monitoramento da educação continuada (após capacitação dos servidores)	A partir de novembro (mensalmente)	Comitê Gestor (Gestor do NICO, 1 integrante do GAF3, 1 servidor administrativo do NICO)	1 Computador 1 Impressora 1 cartucho para impressão	Sem ônus (recursos materiais disponibilizados pela DIVISA)
Avaliação do Monitoramento da educação continuada	Abril – 2015 (Semestralmente)	Comitê Gestor (Gestor do NICO, 1 integrante do GAF3, 1 servidor administrativo do NICO)	1 Computador 1 Impressora 1 cartucho para impressão	Sem ônus (recursos materiais disponibilizados pela DIVISA)

HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS

ANEXO 8

MEMORIAL DESCRITIVO DE ESTRUTURA, ATIVIDADES E PROFISSIONAIS – Instrutivo para Elaboração

O Memorial Descritivo de Estrutura, Atividades e Profissionais deve expor, de maneira sucinta e organizada, a vocação do estabelecimento e como ela se encontra estruturado para atingir seus objetivos.

Devem constar do Memorial os seguintes capítulos:

1. Identificação do estabelecimento: razão social, CPF/CNPJ, nome de fantasia, endereço, telefone, fax, e-mail, Licença Sanitária e Autorizações Especiais, caso haja, se é matriz ou filial, data da aprovação do Projeto Básico de Arquitetura, área total, etc.
2. Ramo de atividade: finalidade do estabelecimento (indústria, comércio ou prestação de serviços), detalhando:
    1. 2.1 Indústria: linhas de produção (o que produz), fluxo de produção resumido, equipamentos, veículos, serviços terceirizados, gerenciamento de resíduos, etc.
    2. 2.2 Comércio: linhas de comercialização (o que vende), fluxo de entrada/saída de mercadorias, equipamentos, veículos, serviços terceirizados, gerenciamento de resíduos, etc.

    2.3Prestação de serviços: áreas de atuação (serviços que presta), relação de responsáveis técnicos de cada setor, equipamentos, veículos, serviços terceirizados, gerenciamento de resíduos, etc.
3. Relação de equipamentos sujeitos a cadastro na Vigilância Sanitária local.
4. Relação de contratos e convênios.
5. Relação de profissionais de saúde responsáveis por setores não relacionados na Licença Sanitária.
6. Resumo do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços Saúde, quando aplicável, abordando a classificação dos resíduos produzidos, a forma de acondicionamento e os dados da empresa contratada para o manejo, nos termos das Resoluções RDC 306/2004 ANVISA e 358/2005 CONAMA, com cópia do contrato de prestação desse serviço.
7. Assinatura do responsável técnico ou legal

PLANO DE CAPACITAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS SANITÁRIAS DA RIDE-DF/ENTORNO A PARTIR DE UM DIAGNÓSTICO DOS CADASTROS DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

Brasília 2013 - 14

ERNESTO BEZERRA VASCONCELOS JÚNIOR

FERNANDA SALERNO CARNEIRO

LETÍCIA MORAES REZENDE

MAURO ADIL PEREIRA ALVIM

NORMA LINDSAY SOARES VELOSO

ROBERTO RIBEIRO MAGALHÃES

PLANO DE CAPACITAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS SANITÁRIAS DA RIDE-DF/ENTORNO A PARTIR DE UM DIAGNÓSTICO DOS CADASTROS DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

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

Orientadora: Glória Delfim Walker

Brasília 2014

DEDICATÓRIA

A todos que acreditaram em nossa formação como Gestores de VISA, e especialmente a nossa facilitadora Gloria Walker pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste Projeto Aplicativo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir mais este aprendizado.

Ao Instituto Sírio-Libanês pelo ambiente criativo e amigável que proporciona.

Aos amigos e familiares pela paz transmitida nos momentos de tormenta.

Aos nossos gestores, pelo apoio e pela confiança.

À nossa gestora de aprendizagem, Teresa Jesus Martins, pelo carinho e incentivo.

À nossa facilitadora, Glória Delfim Costa e Silva Walker, que transformou "borboletas".

E aos colegas dos demais GAFs, que tornaram nossos dias mais alegres.

Resumo

A partir da discussões e levantamentos de dificuldades no desenvolvimento de suas atividades enquanto profissionais da VISA, tanto no DF, quanto das VISAS municipais e do Estado de Goiás, utilizou-se como ferramenta o diagrama de causa e efeito, definindo como problema a deficiência no planejamento das ações em VISA e o seu monitoramento ineficaz dos resultados. A proposta do grupo foi a de realizar um diagnóstico situacional do cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA utilizados na RIDE/DF-Entorno, com o objetivo de: estimular e permitir uma identificação das vulnerabilidades específicas de cada município integrante e do DF, principalmente nas áreas limítrofes; permitir um planejamento intersetorial e territorial das ações de VISA mais eficiente, com metas e instrumentos de análises compatíveis com o contexto social e das VISAS especificamente.

A definição da amostra - Região Integrada de Desenvolvimento do DF e entorno – RIDE - foi feita através da identificação de problemas comuns nas vigilâncias sanitárias do Estado de Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais. Os critérios para definição do espaço amostral diz respeito à importância da RIDE, sua relação de dependência com o DF, abrangência da área, população, migração urbana, movimento pendular, fronteiras comuns, etc.

O objetivo geral desse PA foi contribuir com subsídios para melhoria das informações cadastrais dos estabelecimentos sujeitos a ação de VISA na RIDE-DF/Entorno, com o propósito de favorecer o planejamento em vigilância sanitária nesse território. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de questionários e entrevistas específicas com os atores envolvidos (gestor, fiscal e administrativo), com posterior tabulação e análise estatística. Os resultados encontrados demonstram que os sistemas de cadastro em uso apresentam fragilidades importantes e não são instrumentos de planejamento efetivamente utilizados para a execução das ações de VISA.

Diante disso, o grupo apresenta como proposta de intervenção a capacitação dos diversos atores implicados no processo de cadastramento de estabelecimentos sujeitos à ação de VISA para que este instrumento subsidie a tomada de decisão e o planejamento das VISAS da RIDE.

Sumário

Abreviaturas 9

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 16

2. OBJETO E OBJETIVOS 18

2.1. Objeto 18

2.2. Objetivos 18

3. FUNDAMENTAÇÃO 18

3.1. Área de abrangência 18

3.2. Sistemas de informação em saúde 26

3.2.1. Política Nacional em Informação e Informática em Saúde e outras iniciativas do Ministério da Saúde 26

3.2.2. Sistemas de Informação em vigilância sanitária 28

4. PERCURSO METODOLÓGICO 30

4.1. Descrição geral 30

4.2. Escolha do tema 31

4.3. Atores envolvidos 31

4.4. Área pesquisada 33

4.5. Definição Instrumento de coleta de dados 35

4.5. Escolha da área de aplicação 36

5. RESULTADOS 37

5.1. Características dos entrevistados e das VISAs 37

5.2. Caracterização dos cadastros 44

5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS 56

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 58

6.1. PLANO DE CAPACITAÇÃO (DIRETRIZ PARA RIDE-DF) 62

6.1.2. OBJETIVO GERAL DA CAPACITAÇÃO 62

6.1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 62

6.2. ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO 63

6.3. MODALIDADES DE FORMAÇÃO 63

6.4. CLIENTELA 64

6.5. DEFINIÇÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS 64

6.6. TEMAS 64

7. GESTÃO DO PLANO 64

7.1. Viabilidade Técnica e Financeira 68

7.2. Considerações Finais 68

ANEXOS 69

ANEXO I - Política Nacional em Informação e Informática em Saúde e outras iniciativas do Ministério da Saúde 69

ANEXO II - Sistemas de Informação em vigilância sanitária e outros sistemas auxiliares 72

3.2.2.1. SINAVISA 72

3.2.2.2. DATAVISA 74

3.2.2.3. NOTIVISA 76

3.2.2.4. OUTROS SISTEMAS 77

- SIGVISA (MG): 77

- VISA DF: 79

- SIVISA (SP): 79

- PHAROS (SC): 80

- SISVISA (PB): 81

3.3. SISTEMAS (USADOS COMO FONTES DE CONSULTA) OU COMO FERRAMENTAS DE GESTÃO 82

3.3.1. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 82

3.3.2. SIM – Sistema de Informações de Mortalidade 82

3.3.3. SINAN – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação 83

ANEXO III 83

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 83

ANEXO IV 86

QUESTIONÁRIO PARA ADMINISTRATIVOS 86

ANEXO V 90

QUESTIONÁRIO PARA FISCAIS 90

ANEXO VI 97

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES 97

ANEXO VII 99

ENTREVISTA COM GESTORES **..... 100**

REFERÊNCIAS **..... 101**

Abreviaturas

AGEVISA	Agência Estadual de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEM	Centro de Estudos da Metrópole
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CEVS	Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária
CIAT's	Centros Integrados de Atendimento Toxicológico
CIINFO	Comitê de Informação e Informática em Saúde
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPF	Cadastro Nacional de Pessoa Física
CPI	Comissão de Inquérito Parlamentar
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DATAVISA	Departamento de Informática da Vigilância Sanitária
DF	Distrito Federal
DOU	Diário Oficial da União
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária

EAD	Educação à Distância
FESPSP	Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo
GAF 2	Grupo Afinidade 2
GO	Goiás
GVISA	Gestão da Vigilância Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEP/HSL	Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio-Libanês
LINUX	Sistema Operacional de Navegação de Internet
MG	Minas Gerais
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Projeto Aplicativo
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDVISA	Plano diretor de vigilância sanitária
PHAROS	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
PIB	Produto Interno Bruto
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PROADI-SUS	Programa de Apoio Institucional ao Sistema Único de Saúde

PRODIR	Sistema de Produtos Dispensados de Registro
RA	Região Administrativa
RIDE-DF	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal
SAS	Sistema de Administração de Saúde
SES	Secretária Estadual de Saúde
SI/VS	Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAMED	Sistema de Informações para Medicamentos
SIGVISA	Sistema Integrado de Gestão de Vigilância Sanitária
SIL	Sistema Integrado de Licenciamento
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SINAVISA	Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária
SisVisa	Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária
SLTI	Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação
SNIS	Sistema Nacional de Informação em Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	São Paulo
SSPP	*Statiscal Package for Social Sciences* - Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância Sanitária
TAM	Termo de Ajustes de Metas
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação

UBUNTU	Sistema Operacional de Navegação de Internet
UF	Unidade Federativa
VISA	Vigilância Sanitária
WEB	World Wide Web (sistema de informações ligadas por meio de hipermídias).

Lista de Gráficos e Tabelas

Figura I - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF/Entorno) - Limites Municipais – 2007----------20

Tabela I - População, IDHM, PIB E Percentual dos Municípios Escolhidos Sobre o Total da RIDE-DF/Entorno----------21

Tabela II - Saneamento, abastecimento de água e coleta de lixo - Municípios selecionados para pesquisa – 2012----------23

Figura II - Região Administrativa do Gama - RA II----------24

Figura III - Região Administrativa XIII - Santa Maria: localização e situação geográfica------25

Tabela III - Características Socioeconômicas dos Municípios Selecionados e RAs Gama e Santa Maria----------35

Figura IV - Municípios e Regiões Administrativas Pesquisadas e Sua Situação na RIDE-DF/Entorno----------36

Gráfico 1 – Situação Funcional – Fiscais----------38

Gráfico 2 – Situação Funcional – Administrativos ----------38

Gráfico 3 – Escolaridade – Administrativos----------38

Gráfico 4 – Escolaridade – Fiscais----------38

Gráfico 5 – Tempo de trabalho na VISA- Administrativos----------39

Gráfico 6 – Tempo de trabalho na VISA – Fiscais----------39

Gráfico 7 – Uso de computadores - Administrativos----------39

Gráfico 8 – Uso de computadores – Fiscais ----------39

Gráfico 9 – Rotatividade de servidores responsáveis pelo cadastro – Fiscais ----------40

Gráfico 10 – Rotatividade de servidores – Administrativos----------40

Gráfico 11 – Realização do cadastro – Administrativos----------40

Gráfico 12 – Realização do cadastro – Fiscais ----------40

Gráfico 13 – Realização do cadastro – Gestores----------40

Gráfico 14 – Capacitação – Administrativos----------41

Gráfico 15 – Capacitação para cadastro – Fiscais----------41

Gráfico 16 – Áreas de atuação – Frequências %- Fiscais e Gestores----------42

Tabela IV - Administrativos - Dificuldades enfrentadas pela VISA - Médias das Notas e Desvios----------43

Tabela V - Fiscais - Dificuldades enfrentadas pela VISA - Médias das Notas e Desvios-----44

Tabela VI - Gestores - Dificuldades enfrentadas pela VISA - Médias das Notas e Desvios--45

Gráfico 17 – Tipo de Cadastro – Administrativos----------45

Gráfico 18 – Tipo de Cadastro – Fiscais----------45

Gráfico 19 – Tipo de Cadastro – Gestores----------45

Gráfico 20 – Acesso ao Cadastro – Administrativos----------46

Gráfico 21 – Acesso ao Cadastro – Fiscais----------46

Gráfico 22 – Acesso ao Cadastro – Gestores----------46

Gráfico 23 – Avaliação do Cadastro – Administrativos----------48

Gráfico 24 – Avaliação do Cadastro – Fiscais----------48

Gráfico 25 – Avaliação do Cadastro – Gestores----------48

Gráfico 26 – Solicitação de Cadastro – Administrativos----------48

Gráfico 27 – Solicitação de Cadastro – Fiscais----------48

Gráfico 28 – Documentos solicitados no cadastro – Frequências %----------50

Gráfico 29 – Atualizações Cadastrais – Fiscais ----------51

Gráfico 30 – Atualizações Cadastrais – Administrativos ----------51

Gráfico 31 – Definição da atividade do cadastro – Frequências % ---------- 52

Gráfico 32 – Informações obtidas através do cadastro – Frequências % ----------53

Gráfico 33 – Baixa de estabelecimentos – Administrativos ----------53

Gráfico 34 – Baixa de estabelecimentos – Fiscais----------53

Gráfico 35 – Consulta para inspeção – Fiscais ---------- 54

Gráfico 36 – Avaliação de capacidade do sistema de auxiliar o planejamento – Fiscais-----54

Gráfico 37 – Cadastro avaliado – Gestores ----------56

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O grupo identificou a inexistência de comunicação entre as vigilâncias sanitárias e entre essas e outros órgãos de regulação relacionados com a prevenção e promoção de saúde. Percebeu também a desarticulação entre órgãos no que se refere a disponibilizar bases de dados sistematizadas para consulta e planejamento de ações de campo e gestão na RIDE-DF/Entorno.

A partir desses incômodos, o GAF 2 decidiu realizar um diagnóstico situacional do cadastro dos estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária utilizados na RIDE-DF/Entorno. Verificar, portanto, a capacidade dos sistemas de informação implantados, especificamente, dos cadastros sanitários utilizados, para estimular e permitir uma identificação das vulnerabilidades específicas de cada município integrante, dos estados de Minas Gerais, Goiás e do DF, principalmente nas áreas limítrofes; permitir um planejamento intersetorial e territorial das ações de vigilância sanitária eficiente, possibilitar a definição de metas e instrumentos de análises compatíveis com o contexto social do território e das vigilâncias sanitárias especificamente, além de produzir indicadores comparáveis e úteis para os gestores dos municípios que integram a RIDE-DF/Entorno.

Como auxiliar no desenvolvimento de suas atividades na regulação e fiscalização de produtos e serviços, a vigilância sanitária recorre a ferramentas gerenciais como sistemas de cadastros sanitários ou sistemas de informação. Em outras palavras os sistemas de informação em saúde são importantes para a regulação, controle, avaliação e auditoria de estabelecimentos, além de ser um instrumento imprescindível para planejamento e gestão. Tem por finalidade padronizar rotinas ligadas à vigilância sanitária, como cadastros de estabelecimentos, profissionais autônomos ou liberais que forneçam produtos e serviços cobertos pela ação da Vigilância Sanitária, bem como requerimentos, roteiros de inspeção, relatório de inspeção e alvarás sanitários quando fornecidos pelo sistema. No entanto, não há normas ou legislação que estabeleça critérios técnicos padronizados para a organização do cadastro sanitário. Este vazio normativo provoca, na prática, uma situação de confusão de conceitos cadastrais, além de cadastros ineficientes e incapazes de apresentar dados reais de seus respectivos territórios.

Como componente do SUS, a vigilância sanitária deve identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes para a saúde. Para atingir esse objetivo, esse órgão necessita sistematizar os dados obtidos nas inúmeras atividades de controle e bens consumo e serviços de saúde e de interesse a saúde (QUITÉRIO, 2009).

De acordo com PIOVESAN e outros (2005), "as mudanças na política social do país, especialmente na área da saúde, a partir de 1990, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os

quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor".

"No campo da Vigilância Sanitária (VISA), a descentralização está estreitamente ligada à articulação entre as instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas. Autonomia e interdependência na construção de um sistema descentralizado imprimem novas estratégias ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de Vigilância Sanitária" (PIOVESAN e outros, 2005).

"Entre os fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário são citados, com frequência: atribuições pouco definidas das instâncias de governo; abordagem fragmentada do campo de atuação; pouca articulação intra e interinstitucional; insuficiência de recursos humanos; baixa qualificação técnica dos profissionais; sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes; interferência político-partidária; falta de apoio político, assim como desmobilização e desinformação da sociedade" (PIOVESAN e outros, 2005). Além dessas dificuldades, os autores destacam que as VISAs desconhecem as prioridades dos seus próprios territórios, o que potencializa a desvinculação entre prioridades locais e metas pactuadas, e ignoram o fato que, no campo da Vigilância Sanitária, os fatores de risco, as relações sociais e as políticas desenham os territórios e, em consequência disso, a efetividade dos serviços. A aproximação entre território, fatores de risco e planejamento, mediados pela presença e participação de atores sociais, constitui uma alternativa de planejamento que parte de problemas concretos, em territórios determinados e numa perspectiva intersetorial. Essa é a visão norteadora para elaboração do Projeto Aplicativo proposto.

A gestão da VISA em qualquer esfera de governo sempre se reveste de grande complexidade. Envolve relações com o setor regulado, consumidores, cidadãos, entidades representativas e outros órgãos dos três poderes. É extremamente necessária a presença de profissionais qualificados e de distintas formações na composição dos quadros funcionais da VISA (Costa, 2009).

O planejamento como processo gerencial, deve considerar condições internas e externas a VISA e sua evolução esperada, além das diretrizes pactuadas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) que é o instrumento de eleição de prioridades de acordo com as diversidades, a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locais e regionais.

As tecnologias de informação em VISA dinamizam a gestão, ao subsidiar o planejamento e programação de ações e o estabelecimento de prioridades; permite monitorar e avaliar o desempenho, processos e impacto das ações desenvolvidas; qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria; o acesso ao conhecimento; a

realização de consultas e relatórios sobre informações em VISA e troca de informações com outras esferas.

2. OBJETO E OBJETIVOS

2.1. Objeto

Contribuir com subsídios para melhoria das informações cadastrais dos estabelecimentos sujeitos a ação de VISA na Região Integrada RIDE-DF/Entorno, com o propósito de favorecer o planejamento em vigilância sanitária nesse território.

2.2. Objetivos

Realizar o diagnóstico situacional do cadastro de estabelecimentos sujeitos às ações de VISA nos municípios da RIDE-DF/Entorno.

- Evidenciar a relevância do Sistema de Cadastro de Estabelecimentos sujeitos às ações de VISA para o processo de planejamento e gestão das ações de inspeção sanitária na RIDE-DF/Entorno.
- Propor estratégias de melhoria aos instrumentos do cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA nos municípios da RIDE-DF/Entorno.
- Propor plano de capacitação para as equipes de técnicos e gestores.

3. FUNDAMENTAÇÃO

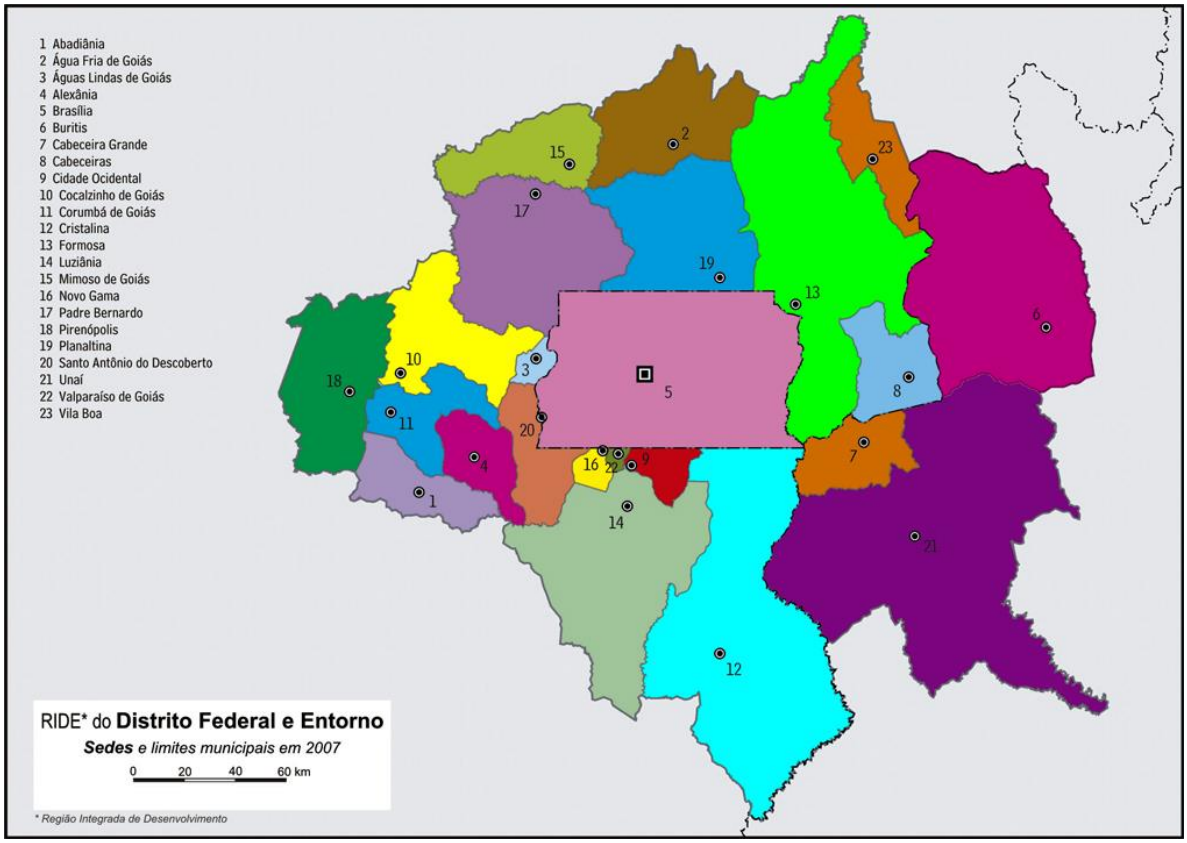
Após a identificação dos incômodos, o GAF 2 iniciou uma pesquisa para caracterizar o território. O objetivo era aproximar os membros do grupo com a área de abrangência para melhor definir o espaço amostral, a partir das fragilidades e fortalezas encontradas. Pretendia-se, portanto, fazer uma cartografia da área, com destaque às vulnerabilidades que impactam na saúde, na promoção e prevenção. Também, destacar as características dos sistemas de informação ou cadastro em uso nas VISAs locais em contraste com os sistemas em uso e difundidos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

3.1. Área de abrangência

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF/Entorno) foi criada pela Lei Complementar de n° 94, em 12 de fevereiro de 1998. Abrange os municípios de Abadiânia (GO), Água Fria de Goiás (GO), Águas Lindas (GO), Alexânia (GO), Cidade Ocidental (GO), Cocalzinho de Goiás (GO), Corumbá de Goiás (GO), Cabeceiras (GO), Cristalina (GO), Formosa (GO), Luziânia (GO), Mimoso de Goiás (GO), Novo Gama (GO), Padre Bernardo (GO), Pirenópolis (GO), Planaltina (GO), Santo Antônio do

Descoberto (GO), Valparaíso (GO), Vila Boa (GO), Unaí (MG), Cabeceira Grande (MG) e Buritis (MG). A influência do DF, porém, alcança o Sudoeste e Oeste da Bahia, e Sudeste do Tocantins, Noroeste de Minas Gerais e Nordeste do Goiás (Figura I).

Figura I - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF/Entorno) - Limites Municipais - 2007



Fonte: CEM/Cebrap - Centro de Estudos da Metrópole - USP - 2008

A RIDE-DF/Entorno foi criada com o objetivo de buscar soluções aos problemas vivenciados pelos habitantes do entorno do DF e suas relações com Brasília, e promover o fortalecimento da ação pública nessa região. A consolidação e expansão de Brasília foram fundamentais para o crescimento populacional e mudanças na economia dos municípios integrantes. A taxa média de crescimento da população na região foi de 2,3%, no período de 2000 a 2010. Os municípios de Goiás tiveram uma taxa de crescimento médio de 2,6%, os municípios de Minas Gerais 1,0% e o DF 2,3% (IBGE, 2010).

Esses municípios tiveram processos diferenciados de desenvolvimento devido a fatores históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos. O elevado custo de vida no DF provocou a migração de moradores para os municípios mais próximos da RIDE (Entorno imediato), fator importante para explicar as altas taxas de crescimento populacional dos municípios mais próximos, em sua maioria, pertencentes ao Goiás (Tabela I**)**.

Tabela I - População, IDHM, PIB E Percentual dos Municípios Escolhidos Sobre o Total da RIDE-DF/Entorno

	Municípios	População (2010)	IDHM (2010)	PIB (em R$ mil) (2011)	% PIB TOTAL[1]	% POP. TOTAL[2]	TOTAL MUN. PA PIB.	TOTAL MUN. PA POP.
1	Abadiânia (GO)	17.326	0,723	120.021	1,02	1,38		
2	Água Fria de Goiás (GO)	5.395	0,695	109.342	0,93	0,43		
3	Águas Lindas de Goiás (GO)	177.890	0,717	810.486	6,86	14,22		
4	Alexânia (GO)	25.468	0,696	350.273	2,96	2,04		
5	Buritis (MG)	23.979	0,733	529924	4,49	1,92	4,49	1,92
6	Cabeceira Grande (MG)	6.774	0,73	145920	1,24	0,54	1,24	0,54
7	Cabeceiras (GO)	7.717	0,695	134.840	1,14	0,62		
8	Cidade Ocidental (GO)	61.552	0,795	328.779	2,78	4,92	2,78	4,92
9	Cocalzinho de Goiás (GO)	18.623	0,704	155.100	1,31	1,49		
10	Corumbá de Goiás (GO)	10.829	0,716	80.148	0,68	0,87		
11	Cristalina (GO)	51.149	0,761	1.081.285	9,15	4,09		
12	Distrito Federal	2.789.761	0,874	164.482.129	93,50	69,03		
13	Formosa (GO)	108.503	0,75	1057316	8,95	8,67	8,95	8,67
14	Luziânia (GO)	188.181	0,756	2112327	17,88	15,04	17,88	15,04
15	Mimoso de Goiás (GO)	2.730	0,664	31.025	0,26	0,22		
16	Novo Gama (GO)	103.085	0,742	507376	4,29	8,24	4,29	8,24
17	Padre Bernardo (GO)	30.059	0,705	220.227	1,86	2,40		
18	Pirenópolis (GO)	24.111	0,713	244.222	2,07	1,93		
19	Planaltina (GO)	86.014	0,723	506.291	4,29	6,87		
20	Santo Antônio do Descoberto (GO)	67.993	0,709	328.707	2,78	5,43		
21	Unaí (MG)	81.963	0,812	1.709.795	14,47	6,55		
22	Valparaíso de Goiás (GO)	146.694	0,795	1155261	9,78	11,72	9,78	11,72
23	Vila Boa (GO)	5.246	0,674	96.378	0,82	0,42		
	TOTAL	4.041.042	0,748	176.297.172	193,50	169,03	49,41	51,05

Fonte: IBGE, CIDADES. http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php, 2013.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, o DF concentra 93,58% do PIB da RIDE-DF. Unaí (MG) possui o maior PIB do setor primário entre os integrantes da RIDE-DF/Entorno, e o 6ª maior do país. A região do entorno sul abriga grande parte das atividades ligadas ao setor primário, como frigoríficos, produção de derivados de leite e de carne, dada

a intensificação da instalação de indústrias alimentícias na região. No município de Luziânia (GO) se destacam as atividades industriais, principalmente indústrias de alimentos.

Uma série de problemas de ordem social e desequilíbrios intrarregionais acumularam-se ao longo dos anos, em virtude do crescimento urbano desordenado. A região do entorno apresenta vários problemas de infraestrutura principalmente relacionados ao transporte público coletivo, saneamento básico, à segurança pública, e disponibilidade de serviços de educação e saúde. As demandas da maior parte da população dos municípios do Entorno por bens, emprego, serviços e outros recursos, públicos e privados, são satisfeitas no DF. A região se destaca no cenário nacional por apresentar altos índices de crescimento econômico que não se reflete em desenvolvimento social. Como resultado, os municípios que compõem a RIDE-DF/Entorno, em sua maioria, concentram uma grande população em estado de vulnerabilidade social e ambiental e, portanto, em risco sanitário.

Esses problemas se agravam com o surgimento de loteamentos nas regiões limítrofes ao DF. A demanda sobre investimentos em infraestrutura, desse modo, é elevada e crescente. Próximos ao Gama existem e surgem diversos loteamentos que avançam em direção à Santo Antônio do Descoberto. Problemas ambientais (erosão, poluição e degradação) se avolumam agravados pela intensificação da exploração agropecuária. Essa ocupação acelerada não é acompanhada por investimentos suficientes em infraestrutura urbana. Desse modo, a expansão urbana se processa em ritmo superior à capacidade de transformação econômica do território e à capacidade de geração de receitas públicas para os investimentos requeridos.

As consequências atingem com maior intensidade as fontes de abastecimento hídrico e o meio ambiente. As ocupações urbanas recentes vieram acompanhadas de deficiências de infraestrutura: extrema carência de drenagem pluvial, baixos índices de pavimentação, elevada extensão de vias, deficiência na coleta de resíduos sólidos, deficiência no abastecimento de água e a praticamente inexistência de esgotamento sanitário. A principal fonte hídrica de abastecimento do DF sofre impactos negativos porque possui parte da sua bacia hidrográfica em território pertencente ao Goiás. Por outro lado, o manejo de resíduos sólidos do Distrito Federal gera impactos negativos no seu Entorno, de maneira mais acentuada nos municípios do Novo Gama, Cidade Ocidental e Valparaíso, em virtude das ocupações urbanas recentes nas Regiões Administrativas do Gama e Santa Maria. Há impactos nos sistemas de manejo de resíduos sólidos também em função da migração diária da população do Entorno para o DF. Essa população gera resíduos sólidos no DF e aumenta as demandas por coleta e limpeza públicas. Esses impactos são perceptíveis em quase todos os componentes de resíduos sólidos como comerciais e de saúde.

Os reflexos se estendem a praticamente todos os setores - saúde, educação, transporte, segurança e meio ambiente, como também na definição de políticas públicas no

âmbito do DF. É preciso conhecer também as características da população da RIDE, com o propósito de contemplá-la no planejamento local do setor saúde.

Os dados apresentados nos tabelas I e II demonstram as diferenças nos índices de desenvolvimento humano. O entorno sul, composto por municípios do estado do Goiás, apresenta altos índices de violência urbana. Cidade Ocidental, Luziânia e Valparaíso estão entre as cem cidades onde mais ocorrem homicídios no país. É uma região com altos índices de prostituição, tráfico, consumo de drogas e homicídios. Esses municípios se caracterizam também por altos índices de pessoas maiores de 18 anos ou mais com ensino fundamental incompleto e dependente de ocupações informais. As pirâmides etárias demonstram a tendência nacional de envelhecimento da população, porém é alto o percentual de pessoas menores de 18 anos.

No que se refere aos dados de saúde, os indicadores são desiguais, o que demonstra os diferentes níveis evolutivos nesta região. É extremamente necessário e urgente viabilizar ações de infraestrutura, educativas, de prevenção, promoção e assistência. Mas é preciso também, viabilizar ações na qualificação dos processos de gestão, organização e planejamento em saúde. A Tabela II demonstra dados relativos a saneamento básico nos municípios e Regiões administrativas (RAs) selecionadas para pesquisa.

Tabela II - Saneamento, abastecimento de água e coleta de lixo - Municípios selecionados para pesquisa - 2012.

Nº	MUNICÍPIO/RA	% DE DOMICÍLIOS ABASTECIDOS POR REDE PÚBLICA	% DE DOMICÍLIOS COM COLETA PÚBLICA DE ESGOTO	% DE DOMICÍLIOS COM COLETA PÚBLICA DE LIXO
1	**Cid. Ocidental**	88,4	48,6	96,2
2	**Formosa**	85,9	2,9	89,8
3	**Luziânia**	38,7	1,4	85,3
4	**Novo Gama**	75,7	17,5	84,1
5	**Valparaíso**	58,6	18,6	95,4
6	**Buritis**	90,1	15,6	91,8
7	**Cabeceira Grande**	99,2	0,7	99,5
8	**Gama[1]**	99,7	100	100
9	**Santa Maria[1]**	99,7	100	100

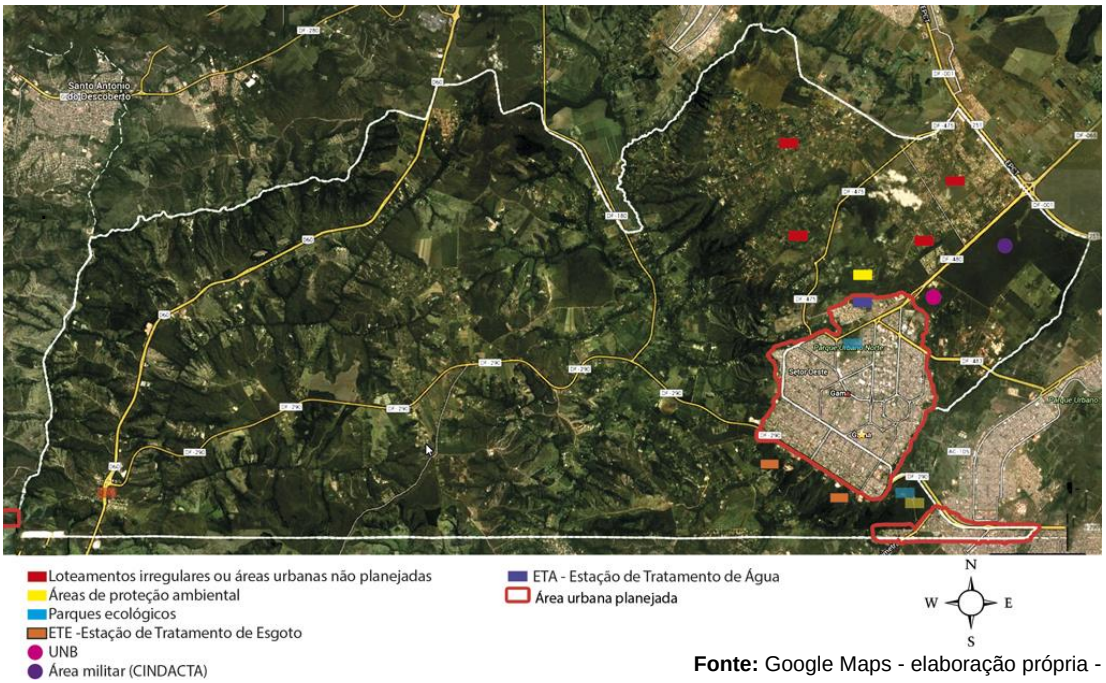
1 - Os dados se referem à área urbana planejada **Fonte**: SIAB - Ministério da Saúde - 2013

A Tabela demonstra algumas diferenças entre os municípios e entre esses e as RAs do DF. Indicadores demonstram avanço nos últimos anos, mas o surgimento de novos loteamentos diluem os investimentos realizados em saneamento e urbanização. Em virtude disso, o controle da dengue, doenças respiratórias, epidérmicas e de transmissão hídrica esbarra em problemas de infraestrutura. Consequentemente, essa população exerce forte demanda por serviços assistenciais nas cidades limítrofes do DF. Em 2006, quase 47% dos

procedimentos de alta e média complexidade realizados no Hospital Regional do Gama foram realizados usuários da RIDE (Brasília, 2008).

Fundada em 1960 para abrigar funcionários públicos, a RA do Gama ocupa posição estratégica na RIDE. Tem área de 276,34 km2 e área urbana de 20 km2. Por sua localização e oferta de serviços públicos, exerce influência direta nos municípios de Alexânia, Abadiânia, Novo Gama, Valparaíso, Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Luziânia e Cristalina, além das RAs de Recanto das Emas, Riacho Fundo II e Santa Maria, no DF. Absorve grande parte da população economicamente ativa dessas localidades e é foco de migração pendular de pessoas que procuram serviços como escolas públicas, assistência e serviços auxiliares de saúde como de radiodiagnóstico, por exemplo. Segundo a Codeplan, diariamente cerca de 160 mil pessoas do Entorno entram no DF, por motivos de trabalho, saúde e educação. Destas, 59,73% são provenientes de seis municípios da RIDE, dos quais três fazem parte do espaço amostral definido pelo grupo: Novo Gama (33%), Valparaíso (23,96%) e Cidade Ocidental (12,25%). Entre 20 a 30% dessas pessoas se dirigem ao Gama diariamente, exceto aos domingos (Caiado, 2005).

Figura II - Região Administrativa do Gama - RA II



Fonte: Google Maps - elaboração própria - 2013

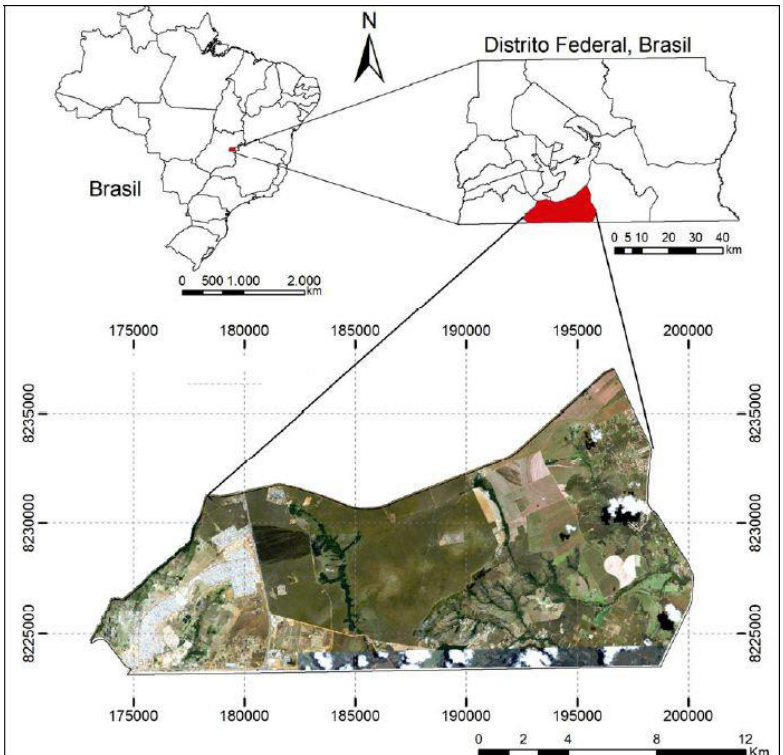
A partir da década 1990, as áreas rurais da RA do Gama se tornaram foco de expansão imobiliária, sob a forma de condomínios irregulares. A ocupação ocorreu com a conivência do estado, que não coibiu ou controlou o parcelamento de terras. O resultado é a formação de uma localidade que atendeu a uma população de baixa, média e alta renda econômica e que adquiriu terrenos em “condomínios fechados”, onde foram construídas residências de médio e alto padrão (FREITAS, 2013). Essa expansão urbana exerce pressão no meio ambiente

decorrente do uso de água de poços artesianos, que intensifica o esgotamento das reservas em lençóis freáticos, e poluição por não haver sistema de coleta de esgotos ou saneamento.

Quanto à população, apesar do IDH muito alto, há problemas de violência que aumentam a mortalidade de jovens entre 15 e 35 anos. Há um grande percentual de pessoas que não estudam (caso comum nas RAs), embora as estimativas difiram entre os relatórios de pesquisa (entre 50 e 60%). A população não apresenta vulnerabilidade com relação às zoonoses e doenças de veiculação hídrica, porém a pressão sobre os serviços públicos de saúde, sobretudo do estado de Goiás, exige monitoração sistemática pela importação de casos. É frequente, porém, a presença de produtos de origem animal clandestinos em feiras livres da cidade (carnes bovina, suína e derivados de leite, principalmente queijos e pescados). Conhecidas como feiras dos goianos, pelo fato da maioria dos feirantes serem oriundos dos municípios goianos próximos, se caracterizam por apresentarem condições de higiene e manipulação precárias, além da origem duvidosa dos produtos.

A região administrativa de Santa Maria foi criada pela Lei nº 348/92 e Decreto nº 14.604/93, pelo Programa de Assentamento de Famílias de Baixa Renda. Anteriormente era um núcleo rural pertencente à Região Administrativa do Gama. Santa Maria é composta de áreas urbana, rural e militar, e área total de 211 km² (Figura III). Grande parte dos habitantes morava em invasões ou foram transferidos das regiões administrativas do Gama e Ceilândia para a RA XIII de Santa Maria. A população apresenta baixa escolaridade, um percentual elevado de pessoas maiores de 15 anos que não frequentam a escola (67,29%) e altos índices de violência urbana. Grande parte da população economicamente ativa, cerca de 2/3, trabalha em outras regiões. Caracteriza-se por possuir população adulta: cerca de 50% da população tem entre 25 a 59 anos de idade. A maior parte da população é constituída por mulheres (PDAD/2011).

Figura III - Região Administrativa XIII - Santa Maria: localização e situação geográfica



Fonte: Isabel C. D. Hipólito de Carvalho (2012).

O surgimento de setores habitacionais, áreas de extração mineral, abertura de vias internas de acesso a unidades rurais, devido aos novos parcelamentos implantados na região, e a expansão de áreas industriais contribuíram para a queda da qualidade do ar e aumento de casos de doenças respiratórias na região. Em média, são catalogados 35 tipos de doenças respiratórias por ano na RA. Os principais casos de internações, em 2012 foram: pneumonias bacterianas e por micro-organismos, insuficiência respiratória, bronquiolite aguda e asma. Também são diagnosticados casos de doentes com os sintomas de mal estar, cansaço, desânimo, dor de cabeça, sangramento nasal e irritação do nariz, garganta e olhos. Em 2010 foram registrados 31 óbitos por doenças respiratórias na RA de Santa Maria. Já em 2011 este número saltou para 103 óbitos (Carvalho, 2012).

Um dos impactos decorrentes dos loteamentos irregulares e ocupação desordenada é o uso de fossas sépticas nos condomínios residenciais e a decorrente contaminação do solo e das águas por agentes patogênicos, presentes nas fezes dos seres humanos e animais. Esses agentes atingem fontes de água que são utilizadas no cultivo dos alimentos, lazer, abastecimento e dessedentação de animais. Desse modo, a região apresenta casos de internações por doenças de veiculação hídrica e consumo de alimentos contaminados. Apresentou aumento dos casos, nos últimos anos, de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa, causada pela bactéria Escherichia Coli e pelos vírus Enterovírus, Parvovírus e Rotavírus. A incidência de gastroenterite é maior nos locais em que não existe rede de esgoto, água encanada e destino adequado para o lixo (condomínios e loteamentos). A Dengue e a Febre Hemorrágica estão em segundo lugar em número de internações (Carvalho, 2012).

Destaca-se que as áreas urbanas planejadas do Gama e Santa Maria possuem 100% do esgoto coletado e tratado. Os serviços de abastecimento de energia elétrica, água e esgotamento sanitário por rede geral estão praticamente universalizados nos domicílios das Regiões Administrativas.

É difícil mensurar o impacto que a região do entorno exerce de forma direta e indireta nas ações da VISA do DF. Mas dado o movimento pendular da população do entorno, uma vez que demanda serviços, consomem produtos e trabalham no DF, em estabelecimentos cujas atividades estão sujeitas à vigilância sanitária, a preservação da saúde e prevenção de riscos dessa população também estão relacionadas com as ações da VISA DF. Os serviços de alimentação, de saúde e educação, comércio varejista e atacadista de alimentos, de

estética corporal e facial, enfim, todos, nas Regiões Administrativas com fronteiras comuns aos municípios da RIDE, se enquadram como exemplos. O mesmo pode ser dito no que se refere à segurança e saúde do trabalhador.

Indiretamente, esses usuários e trabalhadores multiplicam os aspectos positivos e também negativos que envolvam uma ação da vigilância sanitária do DF. Uma ação bem conduzida, eficiente no sentido de minimizar ou eliminar os riscos de determinada atividade ou serviço, manipulação e produção de produtos; a padronização de estruturas; a qualidade dos serviços e produtos enfim, os resultados positivos das ações da VISA do DF, servem de parâmetro aos moradores do entorno, que provoca duas reações: a avaliação e exigência de serviços e produtos com melhor qualidade e segurança nos municípios próximos e avaliação crítica das ações desenvolvidas pelas VISAs nesses locais.

Por outro lado, a entrada de produtos sem origem determinada (clandestinos), de baixa qualidade e/ou contaminados, a exposição em feiras livres de produtos de origem animal e derivados, ou a comercialização desses produtos em estabelecimentos como supermercados, mercearias e similares, provoca um efeito negativo, como as chamadas feiras dos goianos. Mesmo que a VISA do DF não tenha obrigação legal ou competência para atuar diretamente na solução dos problemas, ninguém responsabiliza outro órgão a não ser a vigilância sanitária. Se há pescados em péssimas condições de exposição e de origem duvidosa, carne fora de refrigeração, lixo, presença de moscas em uma feira, não é difícil saber quem será responsabilizado pelo estado da feira ou a existência de produtos clandestinos nesse ou naquele estabelecimento. Sempre, aos olhos da população em geral, será a vigilância sanitária.

3.2. Sistemas de informação em saúde

3.2.1. Política Nacional em Informação e Informática em Saúde e outras iniciativas do Ministério da Saúde

A Lei nº 8.080/90 atribuiu especificamente ao Ministério da Saúde a função de organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Porém a integração de projetos e programas de informação e informática em saúde entre os de 1990 até 2006 foram praticamente inexistentes. Apesar disso, contribuiu para os direcionamentos da PNIIS em 2003 e 2004.

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) definiu a elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) como um de seus objetivos setoriais prioritários. Em dezembro do mesmo ano, a 12ª. Conferência Nacional de Saúde deliberou em favor da elaboração de políticas articuladas de informação. Essas políticas deveriam ser delineadas de modo a reforçar a democratização da informação e da comunicação; garantir a

compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde. Ao assumir essa atribuição legal, o MS iniciou a formulação da PNIIS por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Para a gestão 2011-2015, o Ministério da Saúde definiu como Objetivo Estratégico 09, a implementação da PNIIS 2012. Novamente se destacava, na formulação da política, a importância de "se estabelecer uma PNIIS que forneça aos gestores as informações e diretrizes para a tomada de decisão e planejamento de ações no campo da informação e informática em saúde e ampliar o acesso e a qualidade da informação em saúde ao cidadão" (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde tomou outras iniciativas no campo normativo. Destaca-se a publicação da Portaria nº 2.072 de 2011, que redefiniu o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO). A este foi atribuída a competência de normatizar, dirigir e fiscalizar as atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). No Art. 7º é definida, como uma das competências do CIINFO, a promoção das condições necessárias para a implementação do SNIS e o fortalecimento da PNIIS (BRASIL, 2011a).

Outra iniciativa normativa foi a formulação da Portaria nº 2.073/2011 que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas no âmbito do SUS, nas esferas Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. É considerado um avanço no campo normativo da avaliação e disponibilização da informação estratégica em saúde (BRASIL, 2011b).

A Portaria nº 1.583, de 19 de julho de 2012, dispõe sobre a execução da Lei nº 12.527 que trata do Acesso à Informação, no âmbito de sua atuação. Igualmente importante na contextualização da PNIIS 2012, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015 e o Plano Plurianual 2012-2015 demonstraram o empenho da esfera federal, juntamente com Estados e Municípios, na integração das tecnologias da informação a um conceito de Governo Eletrônico (*e-gov*) (BRASIL, 2012a).

O PNS de 2012-2015 segue no mesmo sentido ao possuir como uma de suas diretrizes a “qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS”, e como uma de suas metas a implantação e do Portal da Transparência do MS (BRASIL, 2011c). O Plano Plurianual 2012-2015 estabeleceu, como uma de suas diretrizes, e de forma complementar ao PNS, a promoção da pesquisa e do desenvolvimento, inovação em Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e Microeletrônica. é considerada uma estratégia da gestão da informação, no âmbito do MS, para impulsionar a PNIIS (BRASIL, 2012b).

Mais detalhes sobre as políticas e outras iniciativas institucionais encontram-se no Anexo I.

3.2.2. Sistemas de Informação em vigilância sanitária

As iniciativas para implantação de um sistema de informação em VISA surgiram antes da elaboração da PNIIS**.** Em março de 2000, a Diretoria Colegiada da ANVISA aprovou a versão do documento balizador do processo de modelagem do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – SI/VS. O documento deveria ser uma referência para especificação das características e definição dos requisitos que o sistema deveria possuir. De acordo com o documento, este deveria ser entendido "como um caderno de encargos a ser atendido quando da modelagem do sistema de informação" (BRASIL, 2000).

O documento destacava que a criação da ANVISA ia mais além que a simples adoção de um "novo arranjo institucional para o tratamento das questões de vigilância sanitária". A atuação da instituição no novo modelo, ainda que a dimensão “cartorial” ainda permeasse algumas de suas funções, fazia com que o trabalho da ANVISA tivesse por referência o conceito de gestão do risco sanitário. Apontava a necessidade de construir “a inteligência da vigilância sanitária“, onde as ações de VISA não fossem apenas, de reação a eventos ocorridos, mas movimentos baseados em decisões estruturadas, que permitissem antecipar e minimizar situações de risco para a saúde da população. Desse modo, afirmava: "as necessidades de informação geradas a partir deste novo referencial espelham os próprios condicionantes estabelecidos para a atuação da Agência" (BRASIL, 2000).

Entre os fatores que geravam essas necessidades, o documento se refere à característica intersetorial da ação da VISA: segmentos competitivos e diversificados do setor produtivo privado, diferentes órgãos e instâncias de governo com variados graus de capacidade institucional, bem como o cidadão. Também a flexibilidade que a organização deveria ter diante das constantes mudanças decorrentes da evolução tecnológica, no ambiente e demandas da sociedade. Outro fator seria a necessidade de cooperação para proteger a saúde da população dado o limite do seu espaço de atuação. Decorrente dessa necessidade, a descentralização seria outro fator importante, que obrigaria as instâncias de governo a assumir seu papel no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Isto implicava em assumir compromissos devidamente explicitados onde a transparência passaria a ser, também, um referencial estratégico (BRASIL, 2000).

O documento apontava também que, como o SNVS é um subsistema do SUS, o SI/VS deveria ser concebido com total compatibilidade com o marco geral, ou seja, o Sistema Nacional de Informação em Saúde - SNIS, ainda em fase inicial de desenho, quando era elaborado. Considerava que o cronograma para o desenvolvimento do SNIS era mais longo

que o do sistema de informação da VISA. O desafio seria, então, garantir a compatibilidade entre as escolhas que definiriam os dois sistemas. Justificava que, em condições ideais, o mais adequado seria aguardar a conclusão do desenho do SNIS para então se conceber um sistema para a VISA. Mas entendia que a ANVISA não podia esperar por tais definições. A alternativa, portanto, seria orientar as decisões do sistema da vigilância sanitária de maneira a mantê-lo integralmente contido nos limites estabelecidos para o SNIS (BRASIL, 2000).

O documento trazia as funcionalidades requeridas pelo sistema de informação relacionadas às alternativas tecnológicas propostas. Possuía uma estratégia de implementação, onde eram apontados os passos necessários à transição para o novo modelo informacional e tecnológico proposto. Entre estes, o desenvolvimento de recursos humanos, em um processo contínuo e paralelo à implementação do SI/VS, com o treinamento dos seus usuários. Pretendia-se que e o usuário fosse parte ativa em todas as etapas de implantação, desde a modelagem até a melhoria de funcionalidades, com a definição de regras claras. O SI/VS deveria registrar todos os eventos que ocorrem em um processo, de maneira a permitir o resgate, a qualquer momento, do histórico de qualquer cliente, produto ou serviço sujeito ao regime de VISA no âmbito da agência. Outra estratégia seria a modularidade, com a característica de implementação de partes do SI/VS em momentos diferentes, conforme as prioridades da instituição: as partes poderiam ser diferentes entre si tanto quanto à Unidade Organizacional que a utilizaria ou às funcionalidades implantadas. Não menos importante como estratégias a se destacar no documento seriam: a importância dada à necessidade de integração com o SNIS, sistema do qual seria parte integrante; a avaliação permanente como parte de um processo de manutenção e melhoria; contingência a eventos adversos (sistemas de back-up e recuperação das informações) e, acesso a fontes primárias de informações como dados da Receita Federal como possibilidade de se eliminar dados redundantes (BRASIL, 2000).

O documento utilizou como referência o ano de 1999 para identificar 37 sistemas de informação utilizados na época, não necessariamente da própria ANVISA, pois incluía também sistemas que eram utilizados como fonte de informações de outros órgãos. Os desenhos dos sistemas mudaram ao longo dos anos, assim como a estrutura organizacional da ANVISA. Porém, a evolução dos sistemas de informação ocorreu de forma fragmentada e irregular até o ano de 2006. As iniciativas normativas, como a Portaria nº. 2.473/2003/MS, não foram suficientes para o desenvolvimento e implantação de um sistema nacional. Em 2006, a Gerência de Desenvolvimento de Sistemas e a Gerência Geral de Gestão em Tecnologia da Informação, da ANVISA, elaboraram um novo projeto para desenvolvimento do Sistema de Informação em VISA.

No projeto eram identificadas duas características negativas dos sistemas de informação utilizados pelos entes do SNVS: a segmentação dos sistemas de informação e a

impossibilidade de troca de informações de forma coerente entre os sistemas. Ambos seriam decorrentes da falta de padronização do formato e da semântica dos dados e de padrões de comunicação não definidos. Destacava a necessidade urgente de se estabelecer estratégias não só para melhoria da qualidade, mas também para a formação de uma base sólida ao desenvolvimento ou reformulação dos sistemas em uso. Entre as estratégias apontadas, se destacam: padronização da modelagem de dados, definição de tabelas básicas e essenciais para garantir a confiabilidade das informações, utilização de padrões de comunicação para garantir a interoperabilidade entre os sistemas, utilização de padrões de desenvolvimento para garantir a qualidade e a redução de custos e divisão clara entre sistemas operacionais, gerenciais e estratégicos (BRASIL, 2006).

Apesar dessas iniciativas institucionais, os avanços pretendidos esbarraram em questões técnicas, gerenciais e políticas. As características dos sistemas continuaram as mesmas até hoje, conforme o diagnóstico realizado nesse projeto. Atualmente existem diversos sistemas em uso, no âmbito Federal, Estadual e municipal, além dos sistemas DATAVISA, NOTIVISA E SINAVISA. Um breve histórico e as principais características dos sistemas utilizados atualmente pelas VISAs se encontram no Anexo II.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Descrição geral

Pelo emprego do método de causa e efeito (árvore de problemas), o grupo partiu de uma investigação de fenômenos complexos onde o planejamento e execução das ações da VISA se mostram ineficazes. O grupo elencou várias causas dessa ineficiência e verificou a concordância, entre os participantes, que as informações em VISA são documentadas muitas vezes de maneiras inadequadas o que prejudica o trabalho da fiscalização.

Trata-se, portanto, de um Projeto Aplicativo fundamentado em pesquisa descritiva e de campo. Descritiva porque procura estabelecer as correlações entre problemas identificados, expor as características de uma determinada população, grupos, instituições governamentais (VISAS), porém sem preocupação de explicar os fenômenos observados. Já a pesquisa de campo é a investigação empírica em um local determinado ou amostra populacional escolhida, com o intuito de obter elementos ou informações para explicar ou avaliar um dado fenômeno, problema ou incômodo (Vergara, 2000).

Para levantamento de dados da amostra populacional escolhida foram utilizados *Surveys.* Isto significa que os dados obtidos ou as informações sobre características, ações ou opiniões da amostra populacional definida, representativa da população alvo ou pesquisada, foram provenientes de um instrumento de pesquisa previamente definido: um questionário.

4.2. Escolha do tema

A motivação para a escolha do tema do Projeto Aplicativo partiu da constatação dos seguintes problemas:

- Existência de um grande número de empresas, das mais diversas atividades, estabelecidas em áreas residenciais, principalmente atividades comerciais de apoio: panificadoras, lanchonetes, restaurantes, mercados, açougues, drogarias. Esse fato dificulta a ação das vigilâncias sanitárias das localidades, não só por esses estabelecimentos se instalarem de forma provisória, adaptada ou improvisada, o que impede que possuam estruturas adequadas para estabelecimentos comerciais e/ou exerçam suas atividades à margem da legislação; mas também porque aumentam, indiretamente, a situação de vulnerabilidade que estão submetidos os consumidores. É comum também a instalação, nessas condições, de serviços assistenciais de saúde, que tendem a agravar a situação de vulnerabilidade da população devido ao descarte irregular de resíduos provenientes dessas atividades.
- A verificação que as VISAs têm semelhanças no que se refere: à deficiência de pessoal e recursos; interferências políticas no desenvolvimento de ações, sobretudo nos municípios integrantes da RIDE/DF-Entorno e em situações onde a intervenção se faz necessária, como interdições parciais ou totais de estabelecimentos ou apreensão e inutilização de produtos; à comunicação ineficiente entre as VISAs e demais vigilâncias; sistemas informatizados deficientes; cadastros defasados e com padrões diferentes; inexistência de indicadores que expressem o verdadeiro impacto das ações de vigilância e permitam o estabelecimento de metas possíveis de serem alcançadas; inexistência de indicadores que expressem a verdadeira situação de vulnerabilidade que se encontram as populações dadas as particularidades de cada município e do DF; comunicação deficiente com a população; baixo alcance de ações educativas e informativas ou inexistência das mesmas.

4.3. Atores envolvidos

Na OTPA 3 "Identificando indicadores e atores sociais relevantes", estudamos que ator social é definido por Matus como um grupo de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la.

Este ator para se configurar como tal, deve ter três características/ condições:

- Um projeto para intervir na realidade que deseja mudar.
- Capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar à frente uma proposta de mudança.

- Algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar de acordo e de certa forma mobilizados para a mudança.

Em nosso objeto de intervenção, elencamos três atores com maior relevância para intervir na gestão da mudança: Gestores de VISA, Administrativos responsáveis pelo cadastramento de estabelecimentos sujeitos à VISA e os fiscais de vigilância sanitária.

Estes atores fazem parte do processo de trabalho de cadastramento e portanto devem fazer parte da construção da proposta de intervenção, garantindo sua viabilidade e implementação. Destacamos aqui a relevância de cada um para o Projeto Aplicativo:

- Administrativo: é quem organiza os dados para que possam ser transformados em informações. Ele alimenta o banco de dados, trabalhando em um campo que podemos chamar de estratégico operacional.
- Fiscal de VISA: è quem coleta as informações. Ele é o responsável pela busca das informações, no qual o trabalho de campo contribui para a atualização das mesmas.
- Gestor: Contribui para a formulação e implantação de politicas públicas de saúde. As informações coletadas e tratadas no cadastro permitem que ele intervenha de acordo com a realidade de seu território de atuação e subsidia a tomada de decisão.

O GAF 2, buscou conhecer a visão desses três atores no território de abrangência escolhido e o seu envolvimento, para que a VISA alcance os seus objetivos organizacionais dentro do contexto do SUS, respeitando as particulares e autonomia locais. Desse modo, os atores relevantes para esse projeto são:

- Gestores estaduais das VISAs (MG e GO) e do DF, gestores municipais, dos Núcleos de Inspeção (Gama e Santa Maria) e de áreas técnicas.
- Fiscais e auditores dos Núcleos de Inspeção (Gama e Santa Maria), e das VISAs do estado de Goiás e dos municípios de Cidade Ocidental, Formosa, Luziânia, Novo Gama e Valparaíso (GO); Buritis e Cabeceira Grande de (MG).
- Servidores administrativos ou com função equivalente (analistas, técnicos, etc.) responsáveis pela alimentação dos cadastros e outros sistemas de informação.

A gestão da VISA em qualquer esfera de governo sempre se reveste de grande complexidade. Envolve relações com o setor regulado, consumidores, cidadãos, entidades representativas e outros órgãos dos três poderes. É extremamente necessária a presença de profissionais qualificados e de distintas formações na composição dos quadros funcionais da VISA (Costa, 2009). O planejamento como processo gerencial, deve considerar condições internas e externas a VISA e sua evolução esperada, além das diretrizes pactuadas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) que é o instrumento de eleição de prioridades de

acordo com as diversidades, a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locais e regionais. As tecnologias de informação em VISA dinamizam a gestão, ao subsidiar o planejamento e programação de ações e o estabelecimento de prioridades; permite monitorar e avaliar o desempenho, processos e impacto das ações desenvolvidas; qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria; o acesso ao conhecimento; a realização de consultas e relatórios sobre informações em VISA e troca de informações com outras esferas. Os gestores das VISAs foram escolhidos devido à importância dos cadastros locais como ferramenta de gestão, nesse contexto. São também os atores com poder de decisão para uma possível aplicação do projeto aplicativo.

Os fiscais são atores relevantes por serem responsáveis pela averiguação dos possíveis riscos sanitários, identificação dos estabelecimentos e serviços prejudiciais à saúde da população, além da regulação dos mesmos. A emissão de termos fiscais é a documentação da decisão tomada ou da situação sanitária verificada no estabelecimento, no ato da inspeção. As informações fornecidas pelos ficais aos gestores das VISAs são importantes ferramentas para o monitoramento dos planos de ação. Por outro lado, os cadastros são fundamentais para uma análise dinâmica da evolução de uma determinada empresa ou atividade (histórico) e para a execução de ações de campo..

As tecnologias da informação requerem um aperfeiçoamento constante de equipamentos, sistemas e usuários. Alterações em sistemas operacionais e programas (*softwares* e utilitários) exigem profissionais capacitados e capazes de utilizar recursos a cada dia mais complexos. Nos atuais sistemas, os servidores administrativos são os veículos de transporte das informações coletadas em campo para os cadastros e destes para os interessados, além de responsáveis pela sistematização das informações e demandas oriundas do setor regulado e da população. Também são atores relevantes para esse Projeto Aplicativo.

4.4. Área pesquisada

As áreas escolhidas como espaço amostral para aplicação dos questionários e entrevistas procurou seguir alguns critérios. O chamado "eixo sul do entorno" comporta uma parcela significativa da população e das atividades econômicas sujeitas à ação da vigilância sanitária. A maioria dos municípios há poucos anos atrás, pertenciam ao município de Luziânia e foram áreas urbanas criadas em proximidade com a fronteira com o DF em períodos semelhantes.

Foram escolhidos os municípios goianos de Cidade Ocidental, Formosa, Luziânia, Novo Gama e Valparaíso de Goiás; Buritis e Cabeceira Grande de Minas Gerais; às Regiões Administrativas do Gama e Santa Maria, do Distrito Federal.

Os critérios para escolha desses municípios foram: o fato de serem limítrofes entre si; sua proximidade e relação de dependência e complementariedade com as Regiões administrativas do Gama e Santa Maria; apresentarem taxas de crescimento populacionais e de atividade semelhantes e em períodos também semelhantes; campo de atuação de membros do grupo; necessidade de uma representação quantitativa ou amostral que abrangesse municípios integrantes das unidades federativas envolvidas na RIDE/DF-Entorno, dadas suas características socioeconômicas (Tabela II).

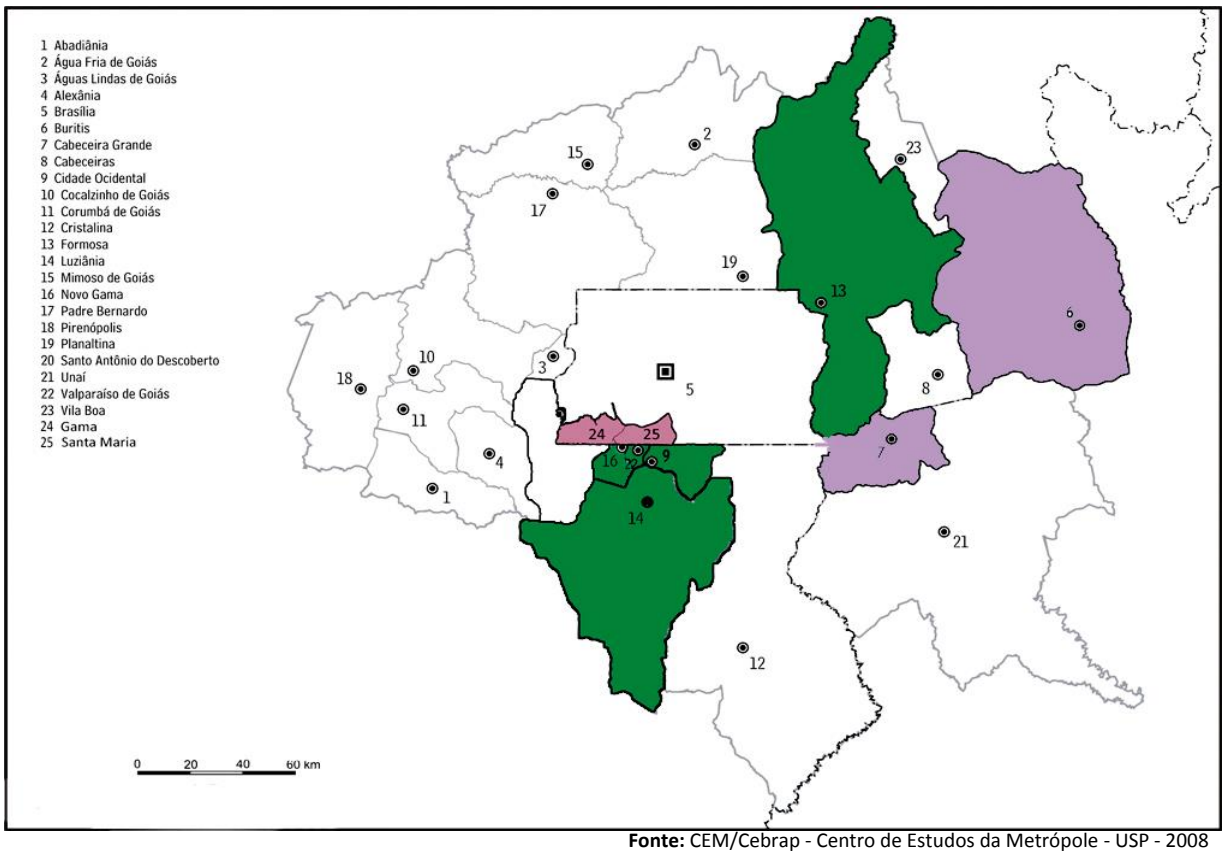
Tabela III - Características Socioeconômicas dos Municípios Selecionados e RAs Gama E Santa Maria

Nº	MUNICÍPIO/RA	IDH - 2000	IDHM - 2010	ÍND. DE GINI	INCIDIA DA POBREZA (%)	ÁREA (km²)	POPULAÇÃO (2010)	POPULAÇÃO RESIDENTE ALFABETIZADA (%)	PIB PER CAPTA (2009)	PIB EM R$ (2011)
1	Cidade Ocidental	0,795	0,717	0,41	30,4	389,92	55915	83,34	4064,71	328.779
2	Formosa	0,75	0,744	0,42	42,24	5811,782	100085	83,22	7751,62	1.057.316
3	Luziânia	0,756	0,701	0,42	42,02	3961,118	174531	82,27	9715,27	2.112.327
4	Novo Gama	0,742	0,684	0,42	44,85	194,148	95018	81,76	5595,23	507.376
5	Valparaíso de Goiás	0,795	0,746	0,42	32,65	60,525	132982	85,8	3968,99	1.155.261
6	Buritis	0,733	0,672	0,38	33,97	5225,179	22737	77,93	19099,8	529.924
7	Cabeceira Grande	0,73	0,648	0,39	50,27	1031,313	6453	78,6	19761,3	145.920
8	Gama	0,815	0,815	0,456	ND	276,3	127475	97,1	ND	ND
9	Santa Maria	0,794	0,794	0,404	ND	215,86	118782	97,72	ND	ND
	TOTAL					17166,145	833978			

Fontes: Codeplan e PNUD, 2012.

Portanto, o objetivo era a definição de um espaço amostral o mais uniforme possível, ao mesmo tempo em que nele estivessem inseridos municípios integrantes das três unidades federativas (Goiás, Minas Gerais e DF), consideradas as desigualdades citadas anteriormente. A Figura II reúne os municípios escolhidos, as duas Regiões Administrativas do DF, e sua situação na RIDE/DF-Entorno. As áreas coloridas são as que compõem o espaço amostral definido. Conforme os dados da Tabela I, o PIB dos municípios que compõem o espaço amostral corresponde a 49,4% do total dos municípios da RIDE/DF-Entorno e mais da metade da população, exceto DF (Figura IV).

Figura IV - Municípios e Regiões Administrativas Pesquisadas e Sua Situação na RIDE-DF/Entorno



Fonte: CEM/Cebrap - Centro de Estudos da Metrópole - USP - 2008

4.5. Definição Instrumento de coleta de dados

Foi realizado um levantamento da situação do cadastro utilizado na área de amostra por meio de aplicação de questionários (*Surveys)* com perguntas objetivas e discursivas aos atores envolvidos. Para cada ator, gestor, fiscal/auditor e servidor administrativo responsável pelo cadastro, foram elaborados questionários com os objetivos de avaliar o sistema em uso e perceber o conhecimento e importância do sistema implantado na VISA para cada ator envolvido; a avaliação de cada um e a utilidade do cadastro para o mesmo. Os atores selecionados foram convidados a responder o questionário após assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

A decisão de se utilizar questionários para traçar um diagnóstico desses sistemas de cadastro adveio da necessidade de um instrumento de investigação que permitisse recolher informações na inquisição do grupo representativo da população em estudo. Para tal, foram elaboradas uma série de questões que abrangessem o tema de interesse.

Segundo Parasuraman (1991), um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto.

Embora o mesmo autor afirme que nem todos os projetos de pesquisa utilizam essa forma de instrumento de coleta de dados, o questionário é muito importante na pesquisa científica, especialmente nas ciências sociais. Afirma também que construir questionários não é uma tarefa fácil e que aplicar tempo e esforço adequados para a construção do questionário é uma necessidade, um fator de diferenciação favorável. No caso Projeto Aplicativo do GAF 2, foram instrumentos para subsidiar o diagnóstico situacional.

Desse modo, concorda com Oliveira (1997, p. 165) ao afirmar que o questionário apresenta as seguintes características: (1) deve ser a espinha dorsal de qualquer levantamento, (2) deve reunir todas as informações necessárias (nem mais nem menos) e (3) deve possuir linguagem adequada. A escolha dos questionários como instrumento de pesquisa e sua elaboração levou ainda em consideração os seguintes fatores:

- Os questionários geralmente são utilizados para a obtenção de grandes quantidades de dados para análises qualitativas. Nesse caso, o informante escreve ou responde por escrito a um elenco de questões cuidadosamente elaboradas previamente (Ruiz, 1996, p. 51).
- Os questionários permitem que se interrogue, com facilidade, um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto. (Metodologias de Investigação em Educação, Mestrado em Química para o Ensino 2005).

Após a coleta dos dados, realizada no mês de abril e maio, iniciou-se a reunião desses dados em planilha eletrônica para tratamento e avaliação estatística. Os dados foram então tabulados e analisados estatisticamente, com técnicas de percentual, média, desvio padrão e variância com o uso do programa *Statiscal Package for Social Sciences* (SSPP) *for Windows 7 (64 bits)* versão 20.0.

Foi assegurado a todos os participantes das entrevistas que as informações fornecidas seriam tratadas de forma confidencial. Desse modo, não é possível identificar os participantes nos resultados apresentados ou citações de trechos ou a totalidade das respostas às questões discursivas.

4.5. Escolha da área de aplicação

Após as análises dos resultados, elaboração da intervenção e determinada sua viabilidade, a proposta, na primeira fase é aplicação piloto nos municípios pesquisados (espaço amostral). Na segunda fase de aplicação, seria estendido a todos os municípios da RIDE/DF-Entorno.

5. RESULTADOS

5.1. Características dos entrevistados e das VISAs

Quanto ao perfil dos trabalhadores das VISAs pesquisadas, há predomínio de servidores concursados: quase 85% dos administrativos e 91% dos fiscais (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1

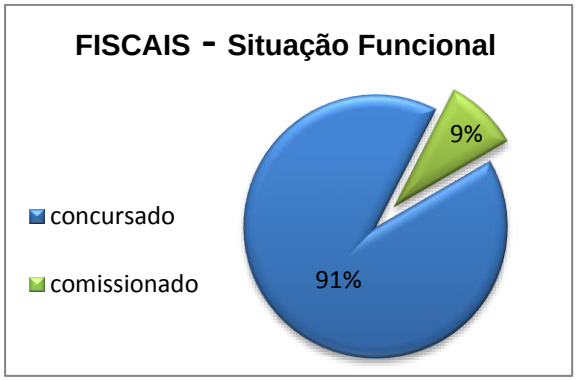
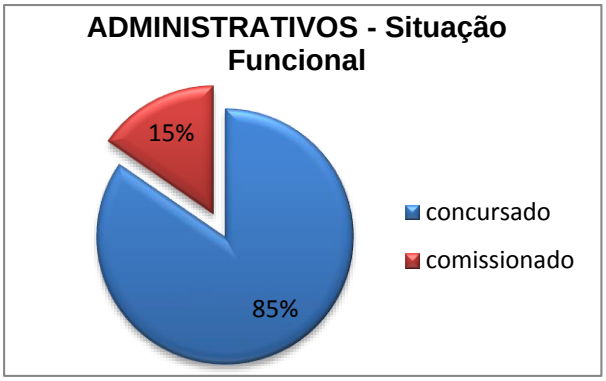


Gráfico 2



Entre os servidores administrativos, 61,54% possuem graduação e destes, 60% possuem especialização em alguma área (38,46% do total). Dos fiscais entrevistados 90% possuem algum curso de graduação, 60% possuem especialização e 10% mestrado (Gráficos 3 e 4).

Gráfico 3

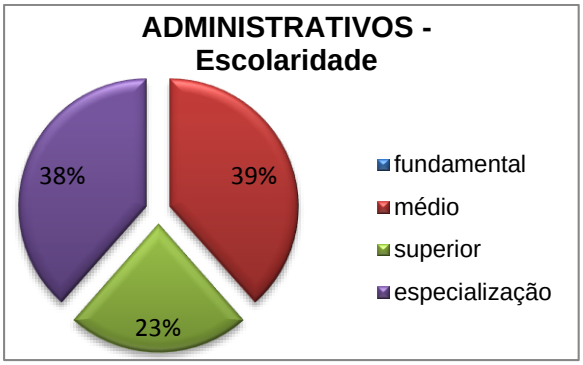
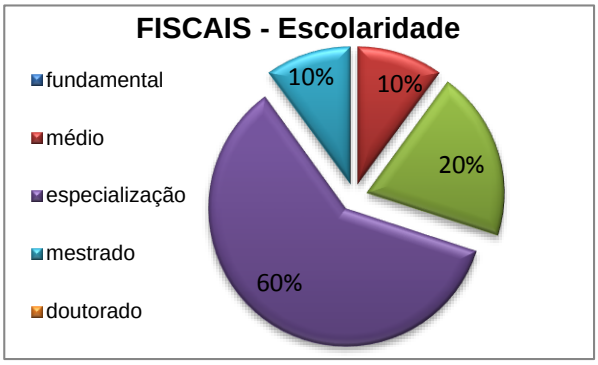


Gráfico 4



A pesquisa confirma um dos problemas que acompanham as VISAs municipais e estaduais nos últimos anos, que é a inexistência de renovação do seu quadro funcional devido a não realização de concursos. De fato, uma das dificuldades enfrentadas para realização da pesquisa foi o pequeno número de servidores lotados nas duas atividades em todas as VISAs pesquisadas. Em algumas, havia apenas um fiscal disponível para aplicação do questionário, ou no máximo dois servidores administrativos ou até ausência de gestor nomeado para a função. No DF, por exemplo, o último concurso para fiscais foi realizado há 20 anos. Portanto,

a grande maioria dos servidores atuam nas VISAs há mais de 10 anos: cerca de 70% dos administrativos e 80% dos fiscais (Gráficos 5 e 6).

Gráfico 5

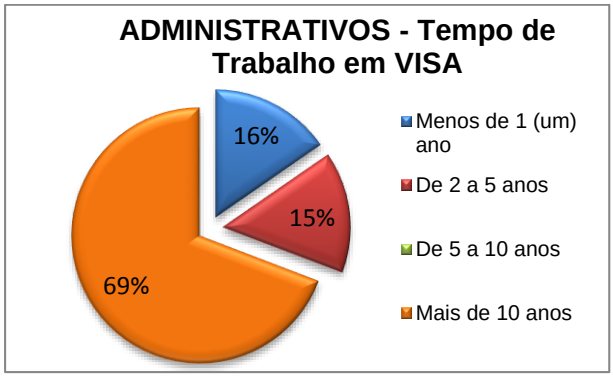
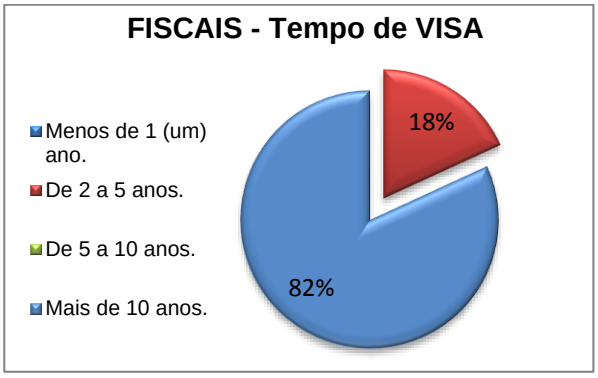


Gráfico 6



Com relação aos equipamentos de informática em uso nas VISAs, o objetivo era verificar se há compartilhamento com outros órgãos. Ter equipamentos de para uso próprio é importante quando é considerado o caráter sigiloso de algumas informações. Os gráficos 7 e 8 demonstram diferenças nas respostas dadas pelos administrativos e fiscais. Isso sugere que o perfil da VISA pesquisada depende do ator entrevistado, ou que a noção que esse ator faz dos recursos técnicos e materiais utilizados ou à disposição da VISA é diferente e depende de sua função. Mas é preciso considerar que a distribuição dos servidores não é uniforme entre as VISAs. Como dito anteriormente, o número de servidores varia muito, pois há VISAs com dois servidores administrativos e apenas um fiscal ou vários administrativos e um número ínfimo de fiscais. Se for considerado que todos fazem parte de um mesmo conjunto de VISAs pesquisadas; também, a intenção de saber sobre a exclusividade do equipamento utilizado para atividades relacionadas ao cadastramento, os gráficos realmente trazem informações que dependem da função do ator entrevistado. As informações obtidas levam à conclusão que a maioria das VISAs não compartilham os equipamentos utilizados.

Gráfico 7

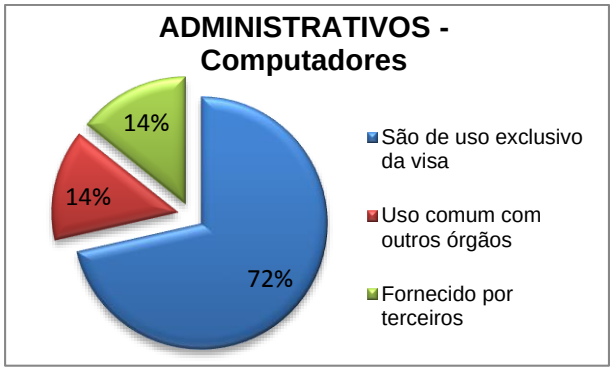
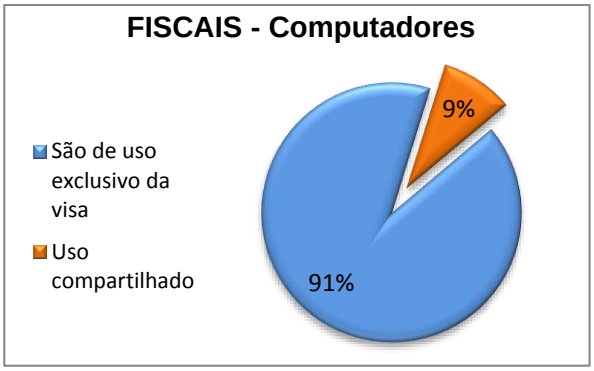


Gráfico 8



Outro exemplo é a consideração de cada ator sobre a rotatividade de funcionários que alimentam o cadastro, cujos resultados demonstram que esse fator varia muito entre as unidades pesquisadas. Mais de 61% dos administrativos consideram baixa ou que não existe (30,77%, cada) (Gráfico 10). Cerca de 15% consideram alta e pouco de 23% igual às demais áreas da saúde. Entre os fiscais, 44,44% consideram baixa e 33,33% igual às demais áreas de saúde. Não se sabe o que consideram como igual às demais áreas, se alta ou baixa (Gráfico 9). Mas os gráficos demonstram percepções muito diferentes.

Gráfico 9

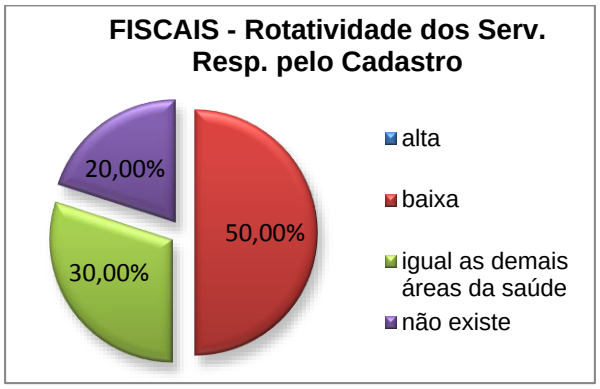
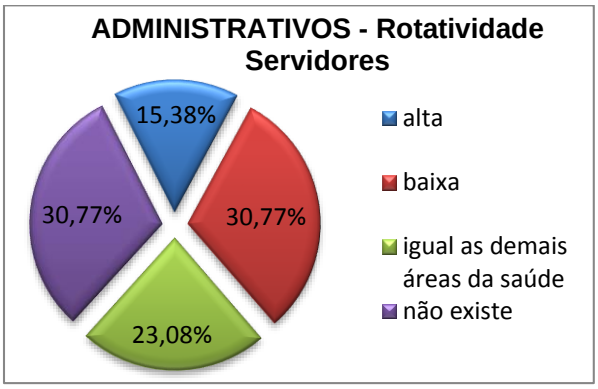


Gráfico 10



As mesmas diferenças são encontradas nos resultados obtidos sobre os responsáveis pela realização de atividades relacionadas à alimentação de informações no cadastro existente na VISA. As respostas dos gestores e fiscais ficaram mais próximas, dado que os "outros" citados pelos gestores se referiram a servidores administrativos com a função específica de alimentar o cadastro utilizado. Como poderiam ser escolhidas mais de uma resposta pelo entrevistado, as percepções dos administrativos também são diferentes sobre a responsabilidade em executar funções relacionadas à alimentação do sistema. Mas percebe-se que a principal fonte de informações ao sistema é o servidor administrativo, ou seja, a maior parte das informações são tranpostas, aos sistemas de cadastro implantados, por um servidor administrativo, conforme demonstram os gráficos abaixo:

Gráfico 11

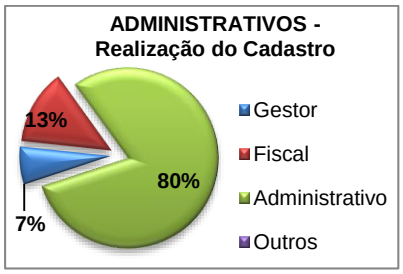


Gráfico 12

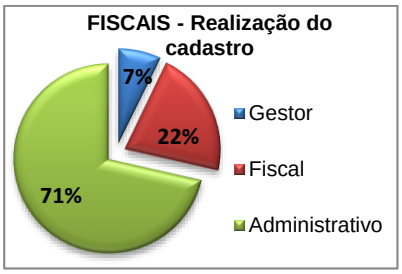
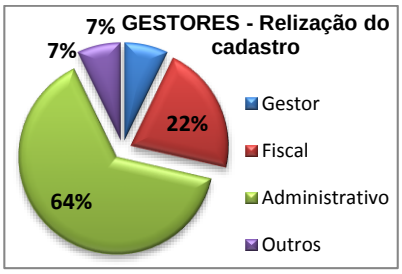


Gráfico 13



De acordo com o Gráfico 13 acima, os gestores confirmam que a maior parte das atividades relacionadas com o cadastro dos estabelecimentos é executada ou atribuída aos administrativos (64,29%). Os dados sugerem que os sistemas ou não permitem uma participação ativa dos fiscais no processo de cadastramento, ou é restrita a preenchimentos de termos emitidos ou respostas à demandas específicas, como reclamações, por exemplo. O item "fiscal" obteve uma frequência relativa de 21,43% entre os disponíveis.

Entre os servidores administrativos que receberam algum tipo de treinamento ou aperfeiçoamento relacionado ao cadastro ou sistema em uso, 61,54% o fizeram entre 2009/2010. É significativo, porém, o percentual daqueles que não tiveram nenhum tipo de treinamento (Gráfico 14). Dos fiscais, 20% afirmaram não ter participado de nenhuma capacitação, mesmo percentual que realizou algum tipo nos últimos 6 anos. Dado o percentual que reconhece que atividades relacionadas ao cadastro são executadas por fiscais, citado no parágrafo anterior, o resultado sugere que há fiscais que foram capacitados, mas não executam essa atividade e vice-versa (Gráfico 15).

Gráfico 14

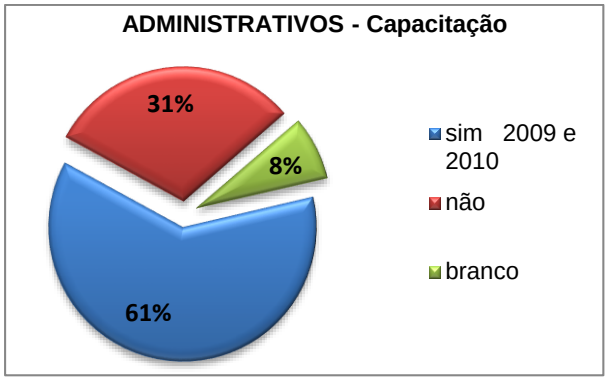
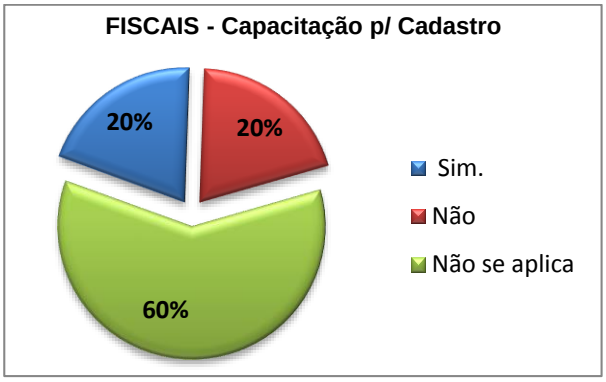
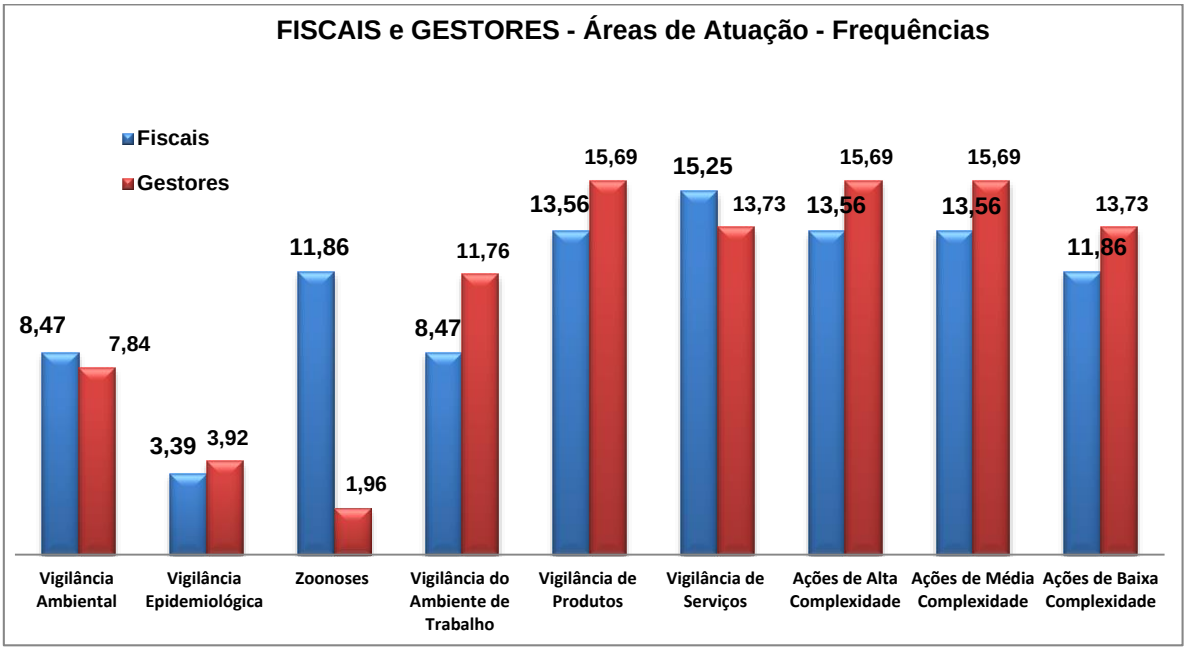


Gráfico 15



A maioria dos fiscais participantes da pesquisa desenvolve ações de alta e média complexidade (56,86%) em atividades relacionadas a produtos e serviços (29,41 e 27,45% respectivamente). Os campos de atuação variam muito entre as VISAs municipais pesquisadas. Um número expressivo (23,53%) afirmou desempenhar ações em vigilância ambiental (7,84%) e controle de zoonoses (11,76%), e 3,92% em vigilância epidemiológica, que compõem a vigilância à saúde no âmbito municipal (Gráfico 16). Entre os fiscais, 7,84% desempenham ações de vigilância relacionadas à saúde do trabalhador.

Gráfico 16



Como dito nos parágrafos anteriores, as diferenças nos resultados devem ser observadas com cuidado. As ações de alta complexidade são, em sua maioria, ou ao menos deveriam ser, de competência das VISAs estaduais. No DF, essas ações são coordenadas pelas Gerências Técnicas. Desse modo, a pesquisa procurou envolver gestores dessas gerências e VISAs estaduais, uma vez que desenvolvem ações nos municípios pesquisados.

O campo de atuação das Visas gerenciadas pelos participantes encontra-se no Gráfico 16.

Quase 32% das ações desenvolvidas são de alta e média complexidade (31,37%) e 30% média/baixa.. Quase 14% desenvolvem ações em vigilância ambiental (7,84%), epidemiológica (3,92%) e zoonoses (quase 2%). Ações relacionadas à saúde do trabalhador alcançaram 11,76%. Quanto à coordenação dessas atividades, as respostas levam a concluir que são organizadas, em uma estrutura hierárquica, de acordo com as características dos produtos e serviços (alimentos, medicamentos, etc.) e complexidade (alta, média e baixa). No GO, segundo um dos gestores participantes da pesquisa, "as atividades são realizadas por equipes de fiscais que se dividem em duas vertentes de atuação: alta complexidade e média/baixa complexidade". Entende-se que essa coordenação é descentralizada, pois conforme outro gestor, os serviços são coordenados "por meio de coordenação de fiscalização de medicamentos, insumos, produtos controlados, alimentos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes; monitoramento de qualidade; vigilância pós-mercado; desenvolvimento técnico e qualidade". No DF, a "vigilância de ambiente do trabalho pelo Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST - vigilância de produtos e empresas de alta e média complexidade pelas Gerências Técnicas da DIVISA e baixa complexidade

pelos Núcleos Regionais de Inspeção". Em uma Visa que executa ações em vigilância ambiental e epidemiológica, "cada setor tem um coordenador". Outro gestor respondeu que os serviços são coordenados "com o planejamento de ações, investigação e intervenção que priorizam a avaliação do risco sanitário, decisões que melhor atendam o interesse público e foco na realidade sociopolítica e sanitária local. Mantêm-se as integrações necessárias com áreas afins. O apoio ao município e ação complementar é constante. Há um trabalho contínuo de orientação sanitária e diálogo com os gestores municipais e o setor regulado privado". Em resumo, a coordenação descentralizada das ações é uma realidade na estrutura administrativa. Porém, no que se refere às pactuações entre as VISAs estaduais e municipais, os resultados sugerem que há fiscais municipais que desenvolvem ações de alta e média complexidade. O mesmo acontece no DF, pois alguns auditores dos Núcleos acompanham ou fazem parte do quadro das gerências técnicas ao mesmo tempo, devido, principalmente, ao número reduzido de servidores.

Como esperado, os itens referentes às dificuldades enfrentadas pelas VISAS, na visão dos atores participantes, apresentaram variabilidade entre as unidades, o que demonstra heterogeneidade entre os grupos, ou seja, existem diferenças significativas entre os grupos, quando divididos em estados a que pertencem, e também entre as VISAs do próprio estado, como em GO e MG. Numa escala de 1 a 10, deveria ser atribuída a nota 10 ao item considerado como de "maior dificuldade".

De acordo com a Tabela IV, o item "cadastros incompletos" apresentou a maior nota média entre os administrativos, das unidades pesquisadas. Deve-se considerar o fato que existem cadastros diferentes implantados, ligados ou não ao SINAVISA, ou em conjunto com este, na maioria das VISAs pesquisadas. As maiores notas foram atribuídas ao item recursos financeiros. Esse item parece refletir mais fortemente porque se relaciona de certo modo com recursos materiais, que obteve as segundas menores notas entre as médias e no geral, com maiores nota médias no DF (7,25) e menor nota no Goiás (4,63).

Tabela IV - Administrativos - Dificuldades enfrentadas pela VISA - Médias das Notas e Desvios

Dificuldades (> 10; < 1)	MÉDIAS VISAS/UF			MÉDIA DAS MÉDIAS	DP MÉDIAS	MÉDIAS VISAS	D.P. VISAS
	DF	GO	MG				
Quantidade de profissionais	7,50	5,50	5,00	6,00	1,32	6,08	2,95
Capacitação	6,75	6,13	6,00	6,29	0,40	6,31	2,05
Recursos materiais	7,25	4,63	6,00	5,96	1,31	5,54	2,62
Espaço físico	7,25	6,13	5,00	6,13	1,13	6,38	2,62
Recursos financeiros	9,00	7,63	5,00	7,21	2,03	7,85	1,83
Interferência externa	7,00	4,75	7,00	6,25	1,30	5,62	2,34
Rotatividade de Funcionários	2,75	3,25	6,00	4,00	1,75	3,31	2,37
Cadastros incompletos	9,00	5,00	10,00	8,00	2,65	6,62	3,89

Na visão dos fiscais, a deficiência de capacitação foi considerada a maior dificuldade entre as unidades pesquisadas. Os maiores desvios, como nos calculados para os administrativos, em todas as alternativas apontadas para escolha, exceto "rotatividade de funcionários", foram das VISAs de GO, o que sugere grande variabilidade do perfil situacional das mesmas. O item "recursos financeiros" apresentou o maior desvio padrão (4,12) entre as VISAs do GO, e "rotatividade de funcionários" no DF (2,75). Todos os itens apresentaram as maiores médias no DF. A capacitação apresentou a maior nota média nas VISAs GO (8,0), quantidade de profissionais no DF (9,5) e cadastros incompletos em MG (10,0). Capacitação também apresentou uma nota média alta no DF (9,25), o segundo maior incômodo ou dificuldade considerada, e recursos materiais a terceira (8,00). Em compensação, em GO esse item foi a terceira nota média mais baixa. Entre as VISAs com SINAVISA implantado, "cadastros incompletos" apresentou a menor nota média em GO (1,17).

Nas médias das VISAs em conjunto, as dificuldades "capacitação dos profissionais", "interferência externa" e "quantidade de profissionais", nessa ordem, apresentaram as maiores notas médias. Os maiores desvios entre as médias das VISAS por estados e de todas as VISAS em conjunto foi do item "cadastros incompletos", seguido de "quantidade de profissionais", "recursos materiais", entre as médias, e "financeiros", no geral. Isso demonstra que as realidades são distintas entre as VISAs pesquisadas no que se refere à distribuição dos recursos (humanos, materiais e financeiros). O item "interferência externa" apresentou o menor desvio entre as notas médias e "capacitação de profissionais" em conjunto (Tabela V).

Tabela V - Fiscais - Dificuldades enfrentadas pela VISA - Médias das Notas e Desvios

Dificuldades (> 10; < 1)	MÉDIAS VISAS/UF			MÉDIAS DAS MÉDIAS	DP MÉDIAS	MÉDIAS VISAS	DP VISAS
	DF	GO	MG				
Quantidade de profissionais	9,50	5,50	5,00	6,67	2,47	6,91	3,00
Capacitação	9,25	8,00	6,00	7,75	1,64	8,27	1,54
Recursos materiais	8,00	4,17	6,00	6,06	1,92	5,73	2,86
Espaço físico	6,75	5,33	4,00	5,36	1,38	5,73	2,30
Recursos financeiros	6,50	4,83	3,00	4,78	1,75	5,27	3,05
Interferência externa	7,25	6,83	7,00	7,03	0,21	7,00	2,04
Rotatividade de Funcionários	3,75	2,50	2,00	2,75	0,90	2,91	2,11
Cadastros incompletos	5,25	1,17	10,00	5,47	4,42	3,45	3,75

A Tabela VI demonstra novamente como as VISAs são heterogêneas. Demonstra também como são diferentes as dificuldades enfrentadas e a percepção da interferência que exercem no desenvolvimento de suas ações. Para os gestores, a quantidade de profissionais é considerada a maior dificuldade entre os itens disponíveis (nota média de 7,56 entre as médias das VISAs por estado e 7,80 em conjunto). Capacitação permanente foi

considerada a segunda maior dificuldade, na concepção dos gestores em conjunto (média de 6,8). "Recursos materiais" e "cadastros incompletos" apresentaram a terceira nota média (6,2). Os maiores desvios também foram dessas dificuldades, o que é explicado pela diversidade dos cadastros implantados e dos recursos disponíveis nas VISAs.

Tabela VI - Gestores - Dificuldades enfrentadas pela VISA - Médias das Notas e Desvios

Dificuldades (> 10 e <1)	MÉDIAS VISAS/UF			MÉDIA DAS MÉDIAS	DP MÉDIAS	MÉDIAS VISAS	DP VISAS
	DF	GO	MG				
Quantidade de profissionais	9,33	7,33	6,00	7,56	1,68	7,80	1,59
Capacitação permanente	9,00	6,00	5,00	6,67	2,08	6,80	2,04
Recursos materiais	8,67	3,00	6,00	5,89	2,83	5,00	3,26
Espaço físico	6,67	4,83	5,00	5,50	1,01	5,40	1,85
Recursos financeiros	6,33	6,33	5,00	5,89	0,77	6,20	1,89
Interferência externa	7,33	5,00	7,00	6,44	1,26	5,90	2,66
Rotatividade de funcionários	2,67	4,00	5,00	3,89	1,17	3,70	2,65
Cadastros incompletos	7,00	5,17	10,0	7,39	2,44	6,20	3,40

5.2. Caracterização dos cadastros

Com relação ao cadastro implantado, 85% dos administrativos, 80% dos fiscais e 90% dos gestores afirmaram que os cadastros das Visas são informatizados. Apesar da prevalência de cadastros informatizados, ainda existe uma VISA com cadastro manual. Algumas VISAs mantêm sistemas manuais em conjunto com o sistema informatizado. As diferenças podem ser explicadas novamente pela inclusão, na pesquisa, de fiscais e gestores das gerências técnicas ou que são responsáveis pelas ações de alta complexidade. Esses utilizam cadastros diferentes dos utilizados nos Núcleos de Inspeção, no caso do DF, e das VISAs municipais, cujos cadastros muitas vezes servem apenas de auxílio ou não interferem nas buscas por informações de um determinado estabelecimento.

Gráfico 17

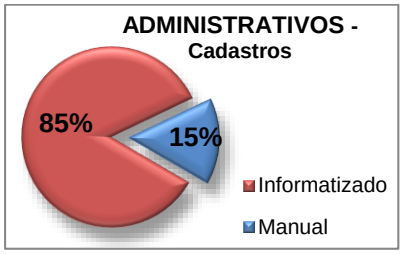


Gráfico 18

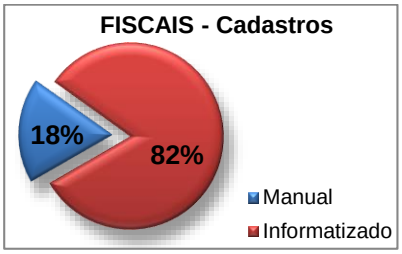
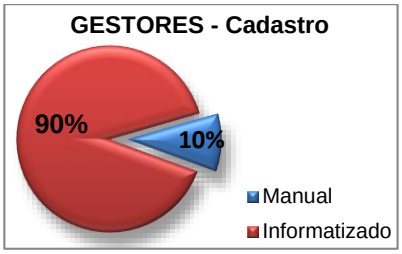


Gráfico 19



Mais de 57% dos administrativos afirmaram que o acesso direto ao cadastro é realizado por um servidor da área administrativa. Esse acesso também é possível a gestores e fiscais em algumas unidades de VISA. Desse modo, o administrativo é a principal ligação entre o cadastro e aquele que busca a informação, seja fiscal ou gestor. A maior parte das consultas necessariamente passa por um administrativo ou é feita por ele por algum motivo, ou seja, é o transportador das informações do cadastro ao interessado. Porém, se verifica que, ou por deficiência de pessoal, ou por rotatividade de funcionários na execução de atividades relacionadas ao cadastro, estas não são exclusivas de um determinado administrativo com essa função específica, em sua grande maioria. Mais de 86% dos administrativos que lidam com atividades relacionadas ao cadastro foram designados para essa função, por necessidade da VISA. Ilustra, como exceção, uma única unidade, onde um dos administrativos encarregados de alimentar e ter acesso direto ao cadastro é alguém com essa função específica, apesar de não executar apenas essas atividades. Isso demonstra a possibilidade que servidores, sem a devida capacitação ou familiaridade com os sistemas em uso, sejam deslocados de uma atividade para realização de cadastro, alimentação ou consultas ao sistema informatizado implantado.

Gráfico 20

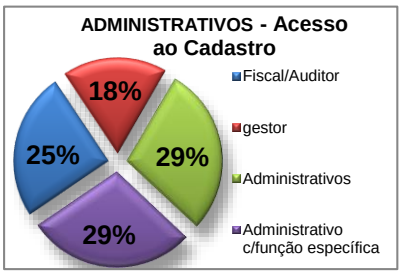


Gráfico 21

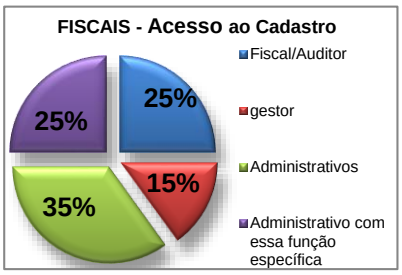
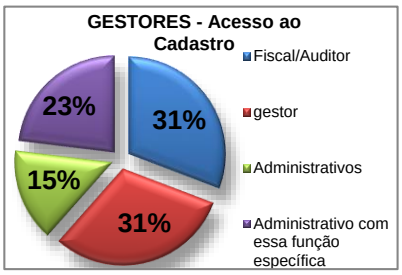


Gráfico 22



Entre os gestores o acesso foi mais dividido entre os itens de escolha, embora tenham prevalecido os itens "administrativo" e "administrativo com essa função específica", juntos, com 38,46%. As respostas dos fiscais ficaram próximas às dos administrativos, o que confirma o fato que os administrativos fazem a intermediação entre as informações e os fiscais. Desse modo, os gestores consideram que o acesso é permitido a todos os servidores, mesmo que o acesso direto seja feito por um administrativo, por rotina administrativa estabelecida ou por solicitação. Mas é evidente que a intervenção do administrativo é necessária e admitida pelos fiscais.

Praticamente 70% dos administrativos e todos os fiscais participantes da pesquisa consideram que o cadastro não representa a realidade do território. Os administrativos apontaram, como motivos principais, o número insuficiente de fiscais e a quantidade expressiva de aberturas e fechamentos de empresas. Outro motivo seria a alimentação deficiente do sistema SINAVISA por alguns municípios. Assim mesmo, 53,85% daqueles que

possuem cadastros informatizados consideram o cadastro "bom", enquanto 23,08% o consideram ruim e 15,38% regular (Gráfico 24). Dentre os que apontam como regular, as justificativas foram a integração deficiente com ouros órgãos (Administração, Secretaria de Fazenda, Prefeitura, etc.), principalmente para validar a documentação do setor regulado e levantamento do número de estabelecimentos ativos e inativos. Também justificam que as informações sobre as atividades que realmente são executadas no estabelecimento (atividades e subatividades ou paralelas), são limitadas. Onde não havia sistema informatizado, o cadastro foi considerado ruim por ser "ultrapassado e não atender as necessidades da vigilância sanitária". Aqueles que consideram o cadastro "bom" apontam a necessidade de ajustes para evitar o cadastro de estabelecimentos em um mesmo endereço e facilitar o resgate de informações. Na mesma VISA onde o cadastro foi considerado ultrapassado, um pesquisado o considerou bom para "a realidade da VISA". Claro que avaliações são subjetivas e pessoais, mas isso demonstra ou desconhecimento do que seja um cadastro "que atenda as necessidades da VISA" e/ou que as avaliações sobre o mesmo variam entre e intra-unidades (numa mesma vigilância municipal, como no exemplo).

Para os fiscais as principais razões apontadas foram a grande rotatividade (abertura e fechamento de empresas) e o número insuficiente de servidores. Também foi citado o fato dos sistemas só permitirem o cadastramento com o CNPJ, a deficiência de recursos para atividades em campo, como veículos, e a "falta de comprometimento funcional". Com relação ao cadastramento ou não de estabelecimentos clandestinos ou sem documentação, as respostas foram muito coerentes com a realidade dos sistemas em uso e com as justificativas dadas, dado que consideram, como ponto negativo, o fato de que os sistemas só permitem o cadastro com CNPJ ou CPF. Com relação a avaliação dos participantes sobre o cadastro, 30% o consideram "bom", e ruim ou regular apresentaram o mesmo percentual: 20%. Entre aqueles que consideraram o cadastro ruim as justificativas foram: é "complicado de ser entendido e não atende às reais necessidades do órgão" e "falta interatividade e lançamento online do cadastro, possui informações desatualizadas". A ausência de integração ou de cruzamento entre os dados também foram citados como justificativas ou críticas ao sistema implantado pelos participantes entre aqueles que o consideram bom ou regular. Também foi citada a necessidade de atualização como um fator negativo que acompanha a desintegração, dado que as inspeções e peças fiscais são os principais meios de informação para os sistemas em uso (Gráfico 25).

A imensa maioria dos gestores considera que o número de estabelecimentos constantes nos cadastros não representa a realidade dos territórios das Visas (90%). Para 40% desses gestores o cadastro é considerado "bom", e para 10% "ótimo". As avaliações "ruim" e "regular" ficaram com 20% cada (Gráfico 26). Essa aparente contradição pode ser explicada por algumas particularidades desse conjunto de gestores. Uma delas é que alguns

gestores, de áreas de alta complexidade, consultam dados cadastrais nos sistemas da ANVISA ou Receita Federal, o que interfere em suas avaliações. Outra razão é o fato de alguns sistemas estarem em processo de implantação ou funcionarem parcialmente, em conjunto com o cadastro manual em algumas VISAs. Deve-se considerar também, as características diversificadas das VISAs pesquisadas, conforme citado anteriormente.

Gráfico 23

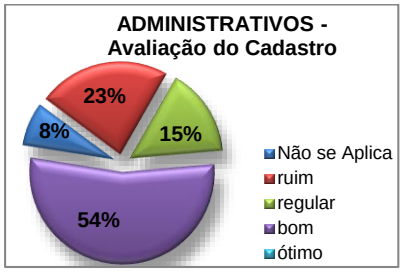


Gráfico 24

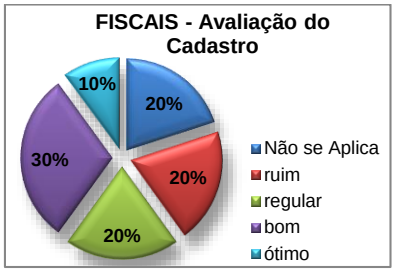
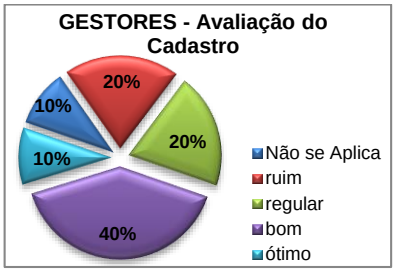


Gráfico 25



O Gráfico 26 que reúne as respostas dos administrativos à questão "como surgem as solicitações de cadastro em sua VISA, levam a uma reflexão. Embora seja animador o fato que o item "Para realizar inspeção sanitária" tenha alcançado 38,24%, o item "Por solicitação de Alvará ou Licença Sanitária" carrega uma contradição (35,29% de escolhas dentre as alternativas). Se for considerado que, para renovação de alvará ou licença sanitária o cadastro de um determinado estabelecimento é consultado, como procedimento administrativo, no caso, pelo gestor ou responsável pelo licenciamento (fiscal), essa frequência é também animadora. Mas se for levado em conta que um estabelecimento com licenciamento inicial ou que solicita o primeiro alvará ou licença, ainda não foi cadastrado, que consulta seria feita ao cadastro, dado que esse estabelecimento ainda não existe no sistema de informações da VISA? As respostas dos fiscais confirmaram que prevalece também essa noção: as principais solicitações para realização de cadastro ou ações que motivam o cadastramento é a emissão de alvará ou licença sanitária e as inspeções sanitárias realizadas por outros motivos. Conforme demonstra o Gráfico 27.

Gráfico 26

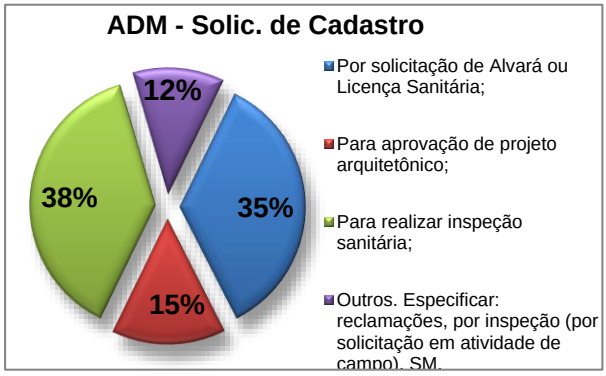
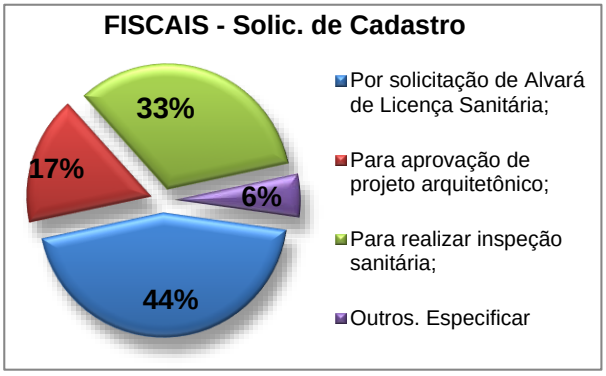


Gráfico 27

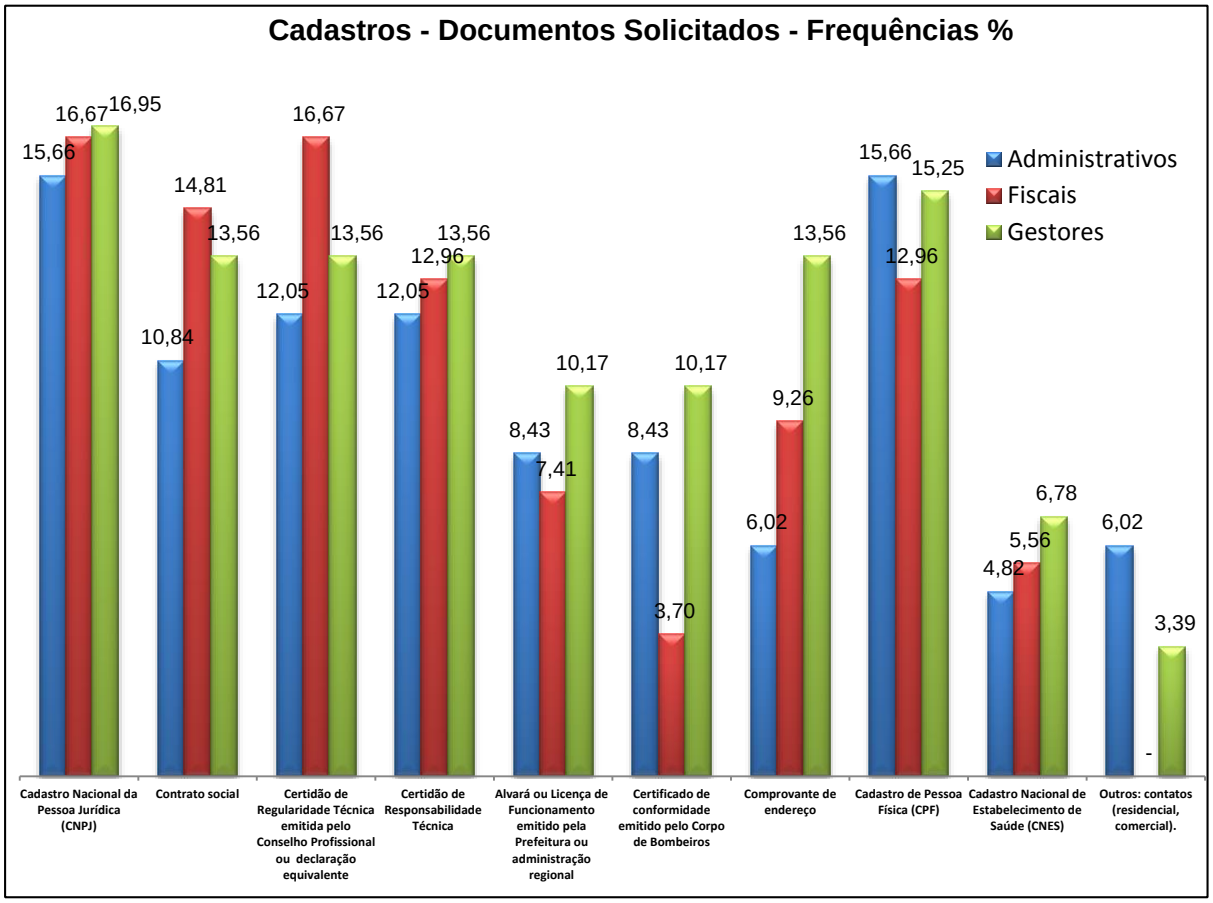


De acordo com os administrativos, os documentos mais solicitados para cadastramento são os emitidos pela Receita Federal (CNPJ e CPF), itens que apresentaram a maior frequência relativa dentre o conjunto disponibilizado para escolha (Gráfico 28). Os itens com menor frequência foram CNES e comprovante de endereço, compreensível uma vez que a inclusão desses documentos é exigência sujeita a critérios administrativos particulares de unidades específicas e para atividades relacionadas à assistência em saúde. As certidões de Regularidade Técnica e de Regularidade Técnica emitida pelo Conselho Profissional ou declaração equivalente são exigidas sempre que um estabelecimento relacionado com atividades de saúde se dirige, obrigado ou não, à VISA local para emissão de Licença Sanitária (segundas maiores frequências relativas, 12,05%). Como nesses casos a licença de funcionamento ou alvará emitido por prefeituras ou administrações regionais acompanha essa exigência para estabelecimentos de saúde, mas não outros tipos e, apenas com CPF ou CNPJ é possível realização de cadastro do estabelecimento, esses itens apresentaram baixa frequência relativa (7%), quando em comparação aos demais. Um sinalizador que é possível o cadastramento de estabelecimentos sem documentação alguma, além do CPF do responsável no momento da inspeção ou proprietário, o que não impede o funcionamento como irregular ou clandestino, consideradas as legislações administrativas e fazendárias.

As respostas dos fiscais demonstram que os mesmos têm pouco conhecimento dos sistemas de cadastros utilizados nas VISAs onde exercem atividades e, portanto, dos documentos necessários e/ou imprescindíveis para realização do cadastramento. As frequências das respostas variaram muito, de tal forma que a média das frequências do item Regularidade Técnica, por exemplo, superou o item CPF e foi idêntico ao item CNPJ, de acordo com a distribuição das frequências no Gráfico 28. Em todos os sistemas informatizados implantados não é permitido ou possível a realização de um cadastro inicial (ou abertura) de um determinado estabelecimento sem o CPF do proprietário/responsável ou CNPJ da empresa. Desse modo, para cadastramento inicial, são necessários, basicamente: documentos fiscais (CPF, CNPJ), nome do responsável ou proprietário, atividade exercida e endereço. Todas as demais informações podem ser obtidas posteriormente, em continuidade à ação fiscal inicial, ou por outra obrigação legal, no caso de estabelecimentos cujas atividades dependem de licenciamento sanitário (intimação ou interdição, por exemplo).

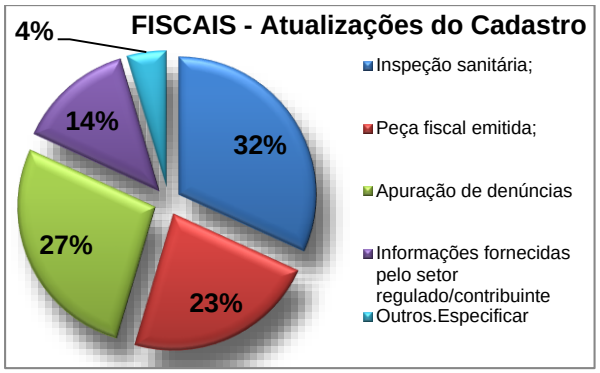
As respostas dos gestores demonstram que os documentos mais utilizados para cadastramento são os documentos fiscais. O item CNPJ obteve a maior frequência relativa (16,95%), seguido de CPF (15,25%). O contrato social, como documento de identificação de uma empresa, certidões de regularidade e responsabilidade técnicas, e endereço para localização do responsável apresentaram as mesmas frequências (13,56%). Já o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), a menor entre os itens (6,78%).

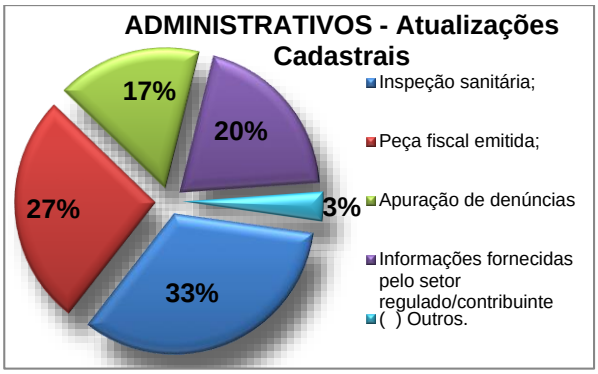
Gráfico 28



As principais fontes de alimentação dos cadastros identificadas pelos administrativos, dentre as escolhas possíveis, foram a inspeção sanitária e as peças ou termos fiscais emitidos (33,33% e 26,67%, respectivamente). Assim, o fiscal é, por meio dos documentos que emite e das inspeções que realiza, a principal fonte de informações e agente de maior importância para a veracidade ou fidedignidade das mesmas (Gráfico 30). Entre os fiscais, a inspeção sanitária é considerada a atividade que mais resulta em atualizações do cadastro (32%), seguida da apuração de denúncias e peça ou termo fiscal emitido (Gráfico 29)**.** É importante destacar que a parte dinâmica do cadastro, ou seja, o histórico do estabelecimento, só é alimentado em caso de inspeção sanitária que, devido aos sistemas em uso, só é registrada e oficializada mediante a emissão do referido termo ou peça fiscal. Não é possível o registro no cadastro, ou o cadastramento de um estabelecimento clandestino (que não possui documentos fiscais), ou mesmo o registro de uma ação realizada somente com a denúncia, por exemplo. Pode-se até registrar a reclamação ou a denúncia à parte, mas não no histórico, nesse caso.

Gráfico 29 **Gráfico 30**



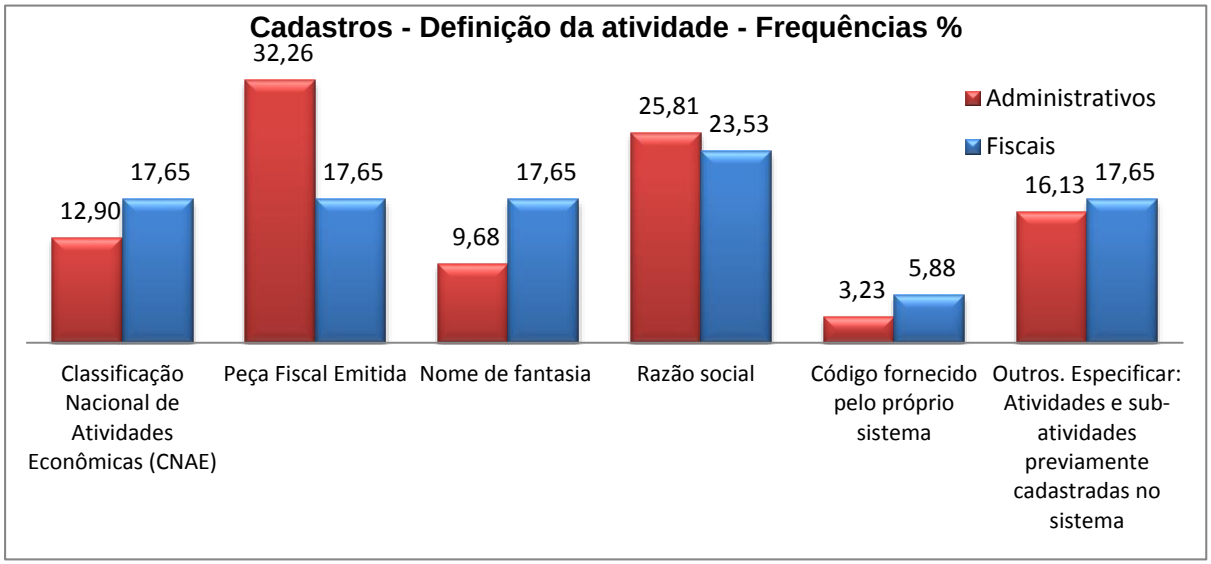


O Gráfico 31 contribui para evidenciar as observações anteriores. Sobre a definição da atividade do estabelecimento, por exemplo, a peça fiscal emitida foi o item com maior frequência de escolhas pelos administrativos entre as alternativas possíveis (32,26%). A Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) atingiu 12,90%. Assim, os dados tributários são imprescindíveis para o cadastramento e o registro de informações e, conforme as escolhas dos entrevistados diante das alternativas propostas, verifica-se que essas informações são conduzidas pelos fiscais, por meio dos documentos que emitem em ação de campo. As informações fornecidas pelos fiscais são de suma importância para a alimentação do cadastro e para a eficiência do mesmo em refletir a realidade do território de atuação da VISA, independentemente do sistema ou do tipo de cadastro utilizado. As frequências dos itens escolhidos pelos fiscais também demonstram isso. Todos os itens, exceto "Razão Social", obtiveram as mesmas frequências. Estes são os campos que devem ser preenchidos pelo fiscal nos termos que emite, na conclusão de uma inspeção. O item "código fornecido pelo próprio sistema" apresentou diferença, mas é importante destacar que aqueles que escolheram o item outros, citaram atividades e sub-atividades do sistema, que seria a mesma coisa.

Dois itens chamam a atenção no Gráfico 31. Um deles, a Razão Social, que nada mais é que o nome ou a identidade da empresa como pessoa jurídica apresentou uma frequência de 25,81%, nas escolhas dos administrativos, e 23,53% entre os fiscais. Ainda que seja essencial para ampliar as informações de um determinado estabelecimento no cadastro da VISA, não se pode cadastrar nenhuma empresa apenas pela razão social, sem o CNPJ ou CPF. Por outro lado, se o estabelecimento possui CNPJ, está registrada e, portanto, possui razão social. Desse modo, pode ter havido uma confusão, por parte do pesquisado, se a razão social, nesse caso, é requerida no momento do cadastro, como parte integrante do conjunto de informações necessárias na emissão de um termo, por exemplo, ou é exigida para emissão de licenças ou outros procedimentos administrativos. A razão social apenas, não é um dado suficiente para cadastramento de empresas em nenhum sistema informatizado existente. Em um sistema manual pode ser possível tal procedimento, desde que os documentos fiscais não sejam exigidos, porém não é suficiente para classificar a atividade ou atividades econômicas

das empresas. O mesmo pode ser dito sobre o item "nome de fantasia", que apresentou frequência de 17,65% entre os fiscais e 9,68%, entre os administrativos. O nome de fantasia pode dar uma ideia da atividade quando isto está explícito, em sua documentação, como "Bar do Silva", por exemplo. Mas nada impede que, no CNPJ, a atividade do estabelecimento esteja classificada como bar e o mesmo exerça, de fato, serviço de consumação de alimentos no local ou algo semelhante. Além disso, há muitos casos de nomes de fantasia, como de franquias de alimentos, por exemplo, que nada informam sobre a atividade exercida. Portanto, as avaliações dos administrativos e fiscais sobre os cadastros ou sistemas em uso são influenciadas e limitadas por suas rotinas de trabalho, relacionadas à procedimentos administrativos implantados nas VISAs, e pelo conhecimento parcial das características próprias desses cadastros (fragilidades e fortalezas).

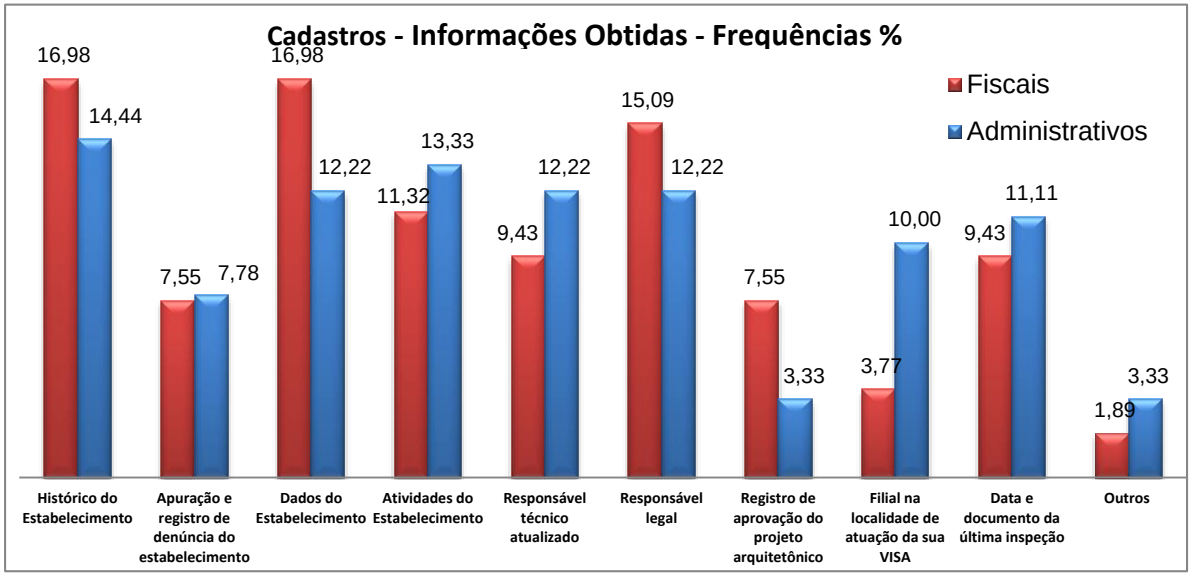
Gráfico 31



O gráfico 32, sobre as informações de um estabelecimento que podem ser obtidas ao se consultar o cadastro, também evidencia essa influência. Em um cadastro ideal, a frequência dos itens deveria ser a mesma, quando se trata de informações que se obtêm ao consultar o cadastro existente na VISA. Ainda que as frequências se difiram, ficaram muito próximas entre si, o que é muito positivo, quando o ator é o administrativo. A média das frequências é 10,74%, se excluído o item "outros". Com a inclusão desse item, a média das frequências é igual à situação ideal, ou seja, 10%. Os resultados demonstram grande variabilidade das informações obtidas nos cadastros, nas avaliações dos fiscais participantes. A média das frequências dos itens escolhidos ficou muito distante da média das frequências numa situação ideal (4,70 com a inclusão do item outros e 5,11 com a exclusão desse item). Isso demonstra, novamente, que a avaliação das informações obtidas no cadastro, pelos fiscais, depende da sua rotina de trabalho, área de atuação ou complexidade das ações que

desenvolve. Portanto, desconhecem quais são as informações que o cadastro pode fornecer e, assim, as características, as potencialidades e vulnerabilidades que os cadastros de fato possuem.

Gráfico 32



A baixa é o ato que oficializa o encerramento das atividades de um estabelecimento qualquer e o registro dessa informação no cadastro. Em todas as VISAs, mesmo que essa informação seja fornecida pelo setor regulado ou verificada por um administrativo, é necessário a emissão de um termo fiscal com essa informação, para que seja então transferida ao cadastro por um administrativo. Somente em caso de necessidade ou uma eventualidade qualquer (ausência de servidor, ou situação semelhante), o fiscal ou o gestor fazem esse registro. Desse modo, a baixa do estabelecimento é considerada, pela grande maioria, uma atividade realizada por administrativos (Gráficos 33 e 34).

Gráfico 33

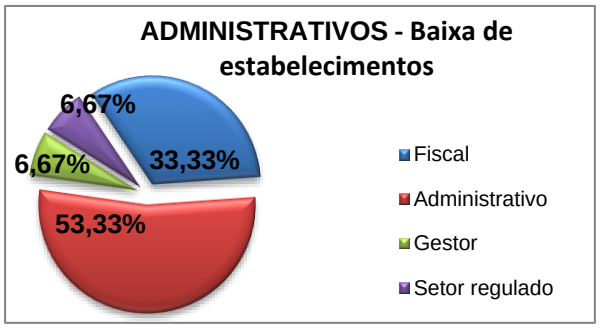
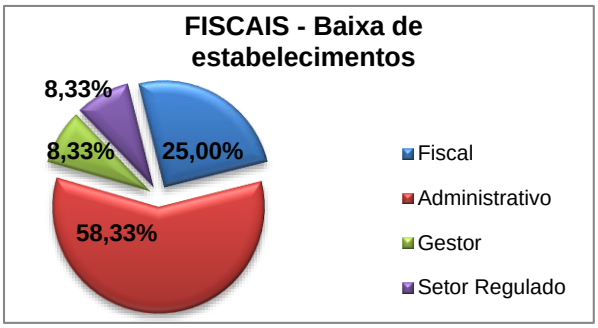


Gráfico 34



Os Gráficos acima demonstram que os fiscais não reconhecem sua importância como ator no processo nem é reconhecido, dado que poderia ser feita mais de uma escolha entre

as alternativas possíveis. É considerável o percentual de fiscais que admitem não consultar o cadastro para realizar inspeção (quase 36%). Quanto à avaliação que fazem da capacidade do sistema de cadastro em auxiliar o planejamento das ações de campo, 40% consideram "ruim" (Gráficos 35 e 36).

Gráfico 35

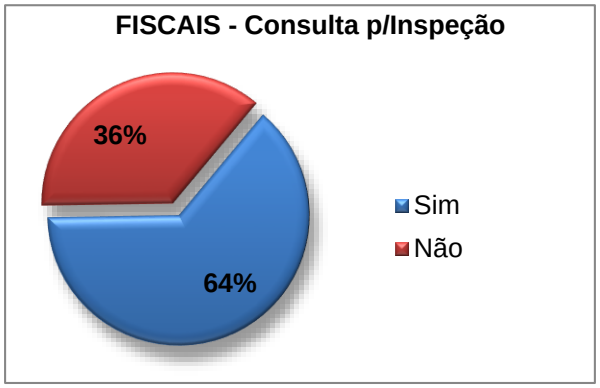
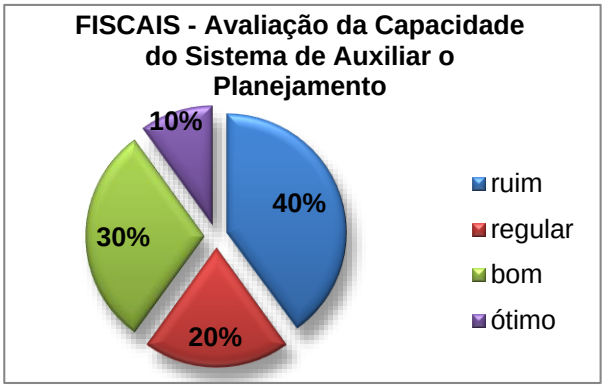


Gráfico 36



É importante destacar que uma das justificativas dadas para a não correspondência entre a realidade do território e o cadastro é o número insuficiente de fiscais: "a equipe de fiscais não é suficiente para que se consiga chegar a todos os estabelecimentos da região, o que dificulta também o cadastramento", de acordo com um dos gestores entrevistados. Outro gestor justificou que "por falta de profissionais" o cadastro "não cobre 100% do território".

Contudo, a maioria das alegações, que se relacionam com as justificativas acima, se referem à "clandestinidade", isto é, a existência de empresas sem documentação alguma (atividades informais), ou ao "movimento de abertura e fechamento de estabelecimentos", nas palavras de um dos gestores. Esse argumento acompanha as justificativas inclusive de quem considera o sistema correspondente à realidade do território. Relacionadas à clandestinidade, foram dadas justificativas como: "muitas inspeções são realizadas e não são registradas porque o programa só permite registrar empresas com CNPJ"; "não devido à existência de estabelecimentos clandestinos"; "existem estabelecimentos que não estão regularizados na VISA, portanto são considerados clandestinos". Já como justificativas apoiadas no "movimento de abertura e fechamento", exemplificam: "Não. Totalmente pelo fato de termos aberturas e baixas de estabelecimentos que necessariamente não passaram pelo cadastro", relatou um dos gestores. De acordo com outro gestor: "O número de estabelecimentos não corresponde à realidade, haja vista que em nosso município, existe uma gama muito grande de pequenos comerciantes que abrem e fecham pequenas empresas". Um gestor de uma VISA com SINAVISA implantado e que considera existir correspondência entre os dados do cadastro e a realidade do território justificou: "Sim, porque trata de construção de longa data

que perde somente para o constante movimento de abertura e fechamento de estabelecimentos".

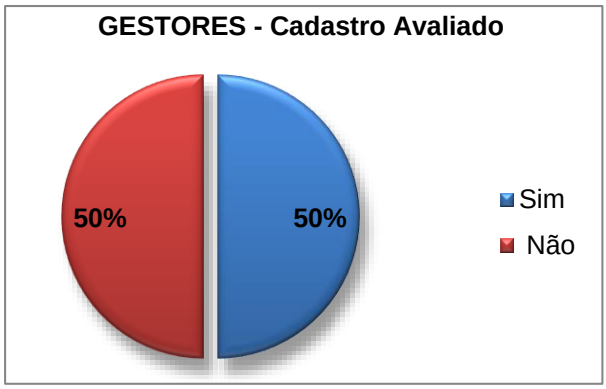
Outras justificativas apontam para a alimentação incorreta ou inadequada pelos municípios e a integração deficiente de dados e informações com municípios e entre esses e o estado. Como exemplo, um gestor justificou que "o cadastro está sendo atualizado com a reestruturação do Sistema de Informações. Muitas das informações são inseridas pelos municípios. Muitos dos municípios, embora tenham o Sistema instalado, não fazem a alimentação correta dos dados, especialmente das atividades que estão sobre sua responsabilidade. Não há ainda uma integração de dados e informações com os municípios que estão realizando ações de média e alta complexidade em razão de suas pactuações".

Pelo observado, percebe-se que, independentemente da avaliação que se faça do sistema de informação implantado ou do cadastro em uso, exceto no DF, o maior problema identificado pelos gestores é o fato do cadastro estar desatualizado. Desatualizado por: número insuficiente de fiscais, abertura e fechamento de empresas, existência de estabelecimentos na informalidade e alimentação inadequada ou incorreta do sistema nos municípios. Nenhum gestor apontou necessidade de treinamento ou capacitação, ainda que seja identificado o preenchimento ou a alimentação dos dados de forma incorreta ou inadequada no SINAVISA, ou cadastro manual, informatizado de qualquer tipo, em conjunto ou não com o SINAVISA.

Sobre como um sistema de cadastro favorece o planejamento das ações na VISA pesquisada, todos, com raras exceções, destacaram a importância do mesmo. De acordo com um dos gestores, "o cadastro permite o planejamento para a agenda de inspeção e classificação de risco para execução das ações. Favorece o processo de descentralização com a definição dos municípios pactuados. O cadastro permite o controle de alvarás emitidos". Outro gestor afirmou que "o cadastro do estabelecimento é um ponto importante para que se tenha uma melhor noção da abrangência das ações fiscalizatórias e assim, melhor planejar as atividades de execução anuais". Um terceiro que "o cadastro norteia o planejamento das ações diretas de fiscalização, de capacitação, de competências e níveis de pactuação com os municípios. Proporciona um atendimento mais rápido e de qualidade ao usuário, uma vez que o técnico tem acesso rápido a todas as informações sobre os estabelecimentos, incluindo os termos fiscais emitidos". O cadastro favorece as ações de Gestão em VISA, de acordo com outro gestor, "principalmente no dimensionamento numérico de estabelecimentos, profissionais, localização, etc.". Sem responder diretamente como favorece as ações de gestão, outra resposta afirma que "um cadastro atualizado nos direciona quanto a realizações de VISA que apresentam maior risco sanitário". Indagados, porém, se o cadastro ou sistema em uso foi avaliado, em uma VISA o sistema estava em avaliação e, em outra, o sistema havia

passado por avaliação em 2013. A metade dos gestores das VISAs pesquisadas afirmaram que o cadastro não passou por nenhum tipo de avaliação desde sua implantação (Gráfico 37).

Gráfico 37



As respostas dadas reforçam, na verdade, o observado até o momento. Embutidas nas mesmas, ainda que não respondam diretamente à questão dada, estão destacadas como um cadastro pode auxiliar o processo de planejamento: abrangência ou cobertura das ações, pactuação com municípios, agenda de inspeções, definição de atividades a serem executadas em determinado período de tempo, rapidez de acesso às informações, identificação de necessidades de capacitação, controle de alvarás emitidos, dimensionamento, etc.. Mas também traz de forma implícita: a necessidade de se ter um cadastro atualizado; que os alvarás e licenças sanitárias são documentos que favorecem o processo de atualização do cadastro ou de determinação da sua "desatualização" (como um indicador); a dependência da correta alimentação de dados pelos municípios e, a dependência da formalidade ou inserção do estabelecimento no sistema econômico formal.

Daí derivam as opiniões sobre o cadastro de estabelecimentos que complementam essas visões coerentes entre si. "Um sistema de cadastro funcional e eficiente é ferramenta indispensável para auxiliar o planejamento das atividades dos profissionais de VISA. Sonhamos com o dia em que tenhamos algo parecido, pelo menos". Nesse caso, o sistema utilizado pelo gestor é considerado ruim para o processo de planejamento. Outra opinião sugere uma melhoria com "atualização das inspeções realizadas com a disponibilização do relatório e data da última inspeção". Uma das opiniões dadas acentua a importância: "o cadastro é importante para mostrar que tipo de estabelecimento existe no Município e assim direcionar as medidas e metas a serem tomadas". Há opiniões com críticas sobre a responsabilidade dos municípios para a eficiência ou funcionamento satisfatório do sistema, como por exemplo: "o cadastro é instrumento básico de trabalho e planejamento de ações. Assim, todas as vigilâncias sanitárias têm obrigação de ter um cadastro que funcione adequadamente e que se integre com o Sistema Estadual". Também opiniões com críticas ao

SINAVISA: "é decepcionante que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não tenha um sistema de informações de âmbito nacional". Mas há uma opinião que se destaca entre as demais. Sugere uma reflexão antes da crítica e leva até a uma avaliação do próprio processo de planejamento ou o que se espera de um cadastro como instrumento principal ou um dos mais importantes nesse processo: "é preciso identificar a partir do cadastro hoje, as informações que podemos extrair".

Questionados se conhecem o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária, se ele é utilizado ou o porquê da não utilização do mesmo, os gestores demonstraram ter mais conhecimento que fiscais e administrativos, no geral. Porém, quando se confronta as respostas dadas pelos gestores com os administrativos e fiscais da mesma VISA a que pertencem, percebe-se que esse conhecimento não é compartilhado ou os administrativos e fiscais que acessam ou consultam não fazem ideia do sistema implantado. Outra situação encontrada é a existência de um cadastro municipal manual ou mesmo informatizado, onde são cadastrados os estabelecimentos e as ações cotidianas, implantado em concomitância com o SINAVISA, que é acessado pelo gestor ou um administrativo especificamente designado. Aqueles que dizem desconhecer alegam "problemas com a divulgação" ou desconhecem que o SINAVISA é o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária: "não porque tem o SINAVISA". Onde ele não é utilizado, foi respondido por um gestor que "não conheço e não tenho conhecimento do motivo da não utilização do sistema". No DF, onde o sistema não é utilizado, um gestor destacou, na justificativa, uma falha ou deficiência do sistema: "o SINAVISA não permite customização, pelo DF, não sendo útil para o processo de gestão local, nem auxiliando na otimização de nosso processo de trabalho". Outra resposta crítica: "existe um Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária? Só se ele foi criado há duas horas atrás".

5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apesar dos gestores demonstrarem maior conhecimento sobre a importância do cadastro e de um sistema de informações para planejamento da gestão e de ações de campo, as informações coletadas levam a inferir que, tanto o cadastro, quanto os sistemas de informação em uso nas VISAs pesquisadas, não são instrumentos de planejamento efetivamente utilizados. Alguns gestores estaduais ou de áreas de alta complexidade afirmam fazer uso dos cadastros como instrumento auxiliar de planejamento, mas é considerável o número dos que alegam desconhecimento da existência de um sistema nacional ou, por deficiência do sistema implantado em sua VISA, não o utiliza como uma ferramenta de planejamento de gestão. Entre os fiscais, não é prática cotidiana da maioria, consultar o cadastro para execução de ações, ainda que afirmem o contrário. Muitas das sugestões dadas sugerem a inclusão de itens já contidos em outros cadastros, como CNES, por exemplo, o

que demonstra desconhecimento dos diversos tipos de cadastros de estabelecimentos sujeitos às ações de VISA bem das informações que contêm.

As observações acima levam a perceber a necessidade de uma ampla divulgação do que é um sistema de informação, sua utilidade e importância, suas vantagens e limitações. Abrir espaço para conhecimento dos sistemas implantados, suas características, seus objetivos e, desse modo, fomentar a discussão, avaliação e sugestão de melhorias por parte dos atores envolvidos: administrativos, fiscais e gestores.

A principal limitação apontada pelos questionários, nos cadastros e/ou sistemas, é a sua necessidade de atualização. A causa principal dessa necessidade é ou está relacionada ao número insuficiente de fiscais e administrativos. Outra causa apontada, que decorre da primeira ou tem influência indireta, na visão dos atores, é o grande número de estabelecimentos na informalidade ou clandestinidade. Considera-se também como causa o constante e crescente movimento de abertura e fechamento de microempresas e algumas limitações dos sistemas, como só permitir o cadastramento de empresas com CNPJ.

Os dados tabelados demonstram grande variabilidade entre os dados coletados e, portanto, heterogeneidade elevada entre as VISAs pesquisadas. Os problemas percebidos e a dimensão dessa percepção são diferentes nas unidades e variam conforme a complexidade das ações desenvolvidas e âmbitos de atuação (municipal, distrital ou estadual).

As peças ou termos fiscais são as maiores fontes e dados para os alimentadores. Desse modo, os fiscais são os principais veículos de transmissão de informações para os sistemas. Mesmo que existisse um sistema totalmente integrado e implantado nas VISAs, de nada adiantaria se não houver comprometimento por parte dos fiscais, no momento de preenchimento de termos, padronização das informações, de preenchimento e de termos ou documentos emitidos, por exemplo.

Em todas as VISAs, onde há um sistema informatizado implantado, coexistem as mesmas rotinas administrativas anteriores à informatização: livros de protocolo, requerimentos e termos fiscais e para o setor regulado de papel, idas e vindas de documentos, processos, etc.. Na verdade, as antigas máquinas de datilografia foram substituídas pelos computadores. Mesmo com sistemas informatizados, é preciso a impressão e o arquivo físico de documentos, a intervenção de administrativos entre a informação e o fiscal ou gestor, ou entre esses e os sistemas. Desse modo, existe um retrabalho, que provoca aumento de custos: ineficiência administrativa; diminuição da produtividade dos servidores; desperdício de recursos materiais e técnicos; aumento do tempo de emissão de documentos ao setor regulado, como licenças ou alvarás sanitários; demora no atendimento à demandas (inspeções técnicas, verificação de denúncias, etc.); insatisfação do setor regulado, da população e servidores.

Não há interatividade dos sistemas com os fiscais, apesar de serem os alimentadores de informações dinâmicas dos estabelecimentos. Em outras palavras, é necessário que um sistema de cadastro tenha comunicação direta com os fiscais, de maneira que possibilite a alimentação imediata no momento que está em campo, por meio de equipamentos modernos, como *tablets* ou *smartphones,* ou que venham a substituí-los. O sistema deve ser avaliado constantemente para que as manutenções evolutivas e corretivas acompanhem o progresso técnico. Mesmo que isso ocorra no curto prazo, é preciso a ampla divulgação e participação dos atores no processo. É preciso destacar, aos atores, a importância dos sistemas de informação para a VISA, nos âmbitos administrativos e operacionais, como instrumento de apoio gerencial e estratégico.

Necessidades de capacitação e de divulgação andam juntas. Podem ser supridas juntas também. A integração só será possível, com o entendimento da importância de um ou mais sistemas de informação ou cadastro, manual, informatizado, não importa. Dados acumulados só servem como fontes de informação quando sujeitos e objetos de pesquisa. Conhecimento, discussão e avaliação e melhorias, nessa ordem, exigem a participação plena das VISAs envolvidas na região, a despeito de interesses políticos.

As VISAs devem ampliar seu olhar, perceber que fazem parte de uma região diferenciada, que reúne unidades administrativas diferenciadas e pertencentes a três unidades da federação. O planejamento deve contemplar essas características, onde um sistema de informação é essencial para caracterização do território. É possível a troca de informações entre as VISAs, mesmo que sejam utilizados diferentes sistemas, embora não seja essa a situação ideal. A integração entre as VISAs é possível, independentemente de sistemas implantados. A iniciativa de se avaliar os cadastros nesse trabalho é uma iniciativa de "apresentação" e aproximação de VISAs vizinhas que não se conhecem e fazem parte de uma mesma região.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A preocupação com a gestão, principalmente de Recursos Humanos, passou a representar uma questão estratégica no plano de intervenção do PA. Visto que, uma das fragilidades demonstradas na pesquisa de campo, foi entre os servidores administrativos que receberam algum tipo de treinamento ou aperfeiçoamento relacionado ao cadastro ou sistema em uso, 61,54%, mas que o fizeram entre 2009/2010, necessitando assim de uma atualização. É significativo, porém, o percentual daqueles que não tiveram nenhum tipo de treinamento (Gráfico 14). Dos fiscais, 20% afirmaram não ter participado de nenhuma capacitação, mesmo percentual que realizou algum tipo nos últimos 6 anos. As pessoas fazem a ação, manipulam as técnicas, atendem aos clientes, são usuários e transcendem às

administrações. Tem-se a compreensão, então, de que são as pessoas que fazem a organização, tornando visíveis os resultados de qualquer ação positiva.

Neste contexto, a capacitação reveste-se de importância na gestão de pessoas. Carvalho e Nascimento (2002), emprega o termo capacitação de forma similar aos vocábulos treinamento, desenvolvimento e formação. Preferiu-se adotar neste Projeto o termo 'capacitação', utilizando-o no sentido de ser um processo para preparar, capacitar os trabalhadores/servidores a fim de melhorar a qualidade do desempenho de suas funções.

Levy (2001) explica que a capacitação tem um enorme papel a cumprir no sentido de reposicionar o setor público, sem falar na motivação que a capacitação pode promover. Acrescenta-se que, em termos de política de RH, a capacitação tem um espaço decisivo no serviço público, assim como em outras organizações, porque de fato o Estado é uma das maiores organizações existentes neste país dotada de uma pluralidade de funções que estão se transformando continuamente; o que demanda um processo de recapacitação e requalificação no mesmo ritmo, tendo em vista as grandes transformações que vêm ocorrendo na sociedade do conhecimento.

Diante disso, Menegasso e Salm (2001, p. 29) destacam que é preciso repensar os programas de treinamento para transformar o local de trabalho em um ambiente de aprendizagem, redefinindo papéis dos trabalhadores de forma que eles se tornem parceiros na criação deste ambiente e de modo a incluir nesse espaço o ser humano na sua totalidade. A educação continuada pode ser um dos meios para se processar esta transformação dentro da organização.

Os dados coletados pelo GAF 2 sugerem que os sistemas ou não permitem uma participação ativa dos fiscais no processo de cadastramento, ou é restrita a preenchimentos de termos emitidos ou respostas a demandas específicas, como reclamações, por exemplo.

A proposta de intervenção do GAF 2 consiste em um Plano de Capacitação voltado aos fiscais, gestores e administrativos para que, por meio da reflexão, discussão do processo de trabalho e participação de todos os atores possa transformar a práxis atua, criar espaços de discussão do planejamento integrado na RIDE-DF e fortalecer o processo de educação permanente e a gestão do processo de trabalho nesse território.

A confirmação que a maior parte das atividades relacionadas com o cadastro dos estabelecimentos é atribuída aos administrativos e que os sistemas adotados não permitem uma participação ativa dos fiscais tanto no cadastramento como acesso somente a respostas a demandas especificas fortalecem a proposta de intervenção apresentada pelo GAF 2.

Outro fator relevante são os dados levantados relacionados a treinamento/ aperfeiçoamento: 61,54% dos administrativos o fizeram entre 2009/2010. É significativo, porém, o percentual daqueles que não tiveram nenhum tipo de treinamento. Dos fiscais, 20%

afirmaram não ter participado de nenhuma capacitação, mesmo percentual que realizou algum tipo nos últimos 6 anos.

O fiscal é a principal fonte de alimentação dos cadastros, sendo por meio dos documentos que emite e das inspeções que realiza, a principal fonte de informações e agente de maior importância para a veracidade ou fidedignidade das mesmas. E o administrativo é o veículo de “alimentação” deste cadastro, organizando estes dados: seja manualmente, seja de maneira informatizada para que estes passem a gerar informações importantes para a gestão.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 1908, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área de saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população. (Carotta, Kawamura, & Salazar, 2009).

Devemos organizar este processo de trabalho, e fazer que cada ator perceba sua importância neste processo. O cadastramento é uma engrenagem onde, fiscal, administrativo e gestores devem funcionar em consonância. É necessária uma amplaa divulgação do que é um sistema de informação, sua utilidade e importância, suas vantagens e limitações. A educação permanente, permite em seu escopo um privilegiado para o conhecimento dos sistemas implantados, suas características, seus objetivos fomentando a discussão, avaliação e sugestão de melhorias por parte dos atores envolvidos: administrativos, fiscais e gestores.

O principal nó critico que deve ser atacado refere-se à coleta de dados dos estabelecimentos sujeitos à VISA, a correta organização e a padronização destas informações para que essas sejam fidedignas e possam embasar o planejamento das das ações de visa.

Os processos de capacitação têm por objetivo sensibilizar e os diversos atores envolvidos (Fiscais, Gestores e Administrativos) para a importância do cadastramento de estabelecimentos sujeitos à VISA a fim que este se torne um instrumento em potencial nas ações de Vigilância Sanitária, bem como capacitar estes atores para assegurar um melhor desempenho e a qualidade das informações da vigilância sanitária, em razão das responsabilidades, tanto sob o ponto de vista humano (profissionais), quanto sob o ponto de vista operacional (planejamento), que juntos, podem otimizar os resultados dessa prestação de serviços.

No parâmetro do planejamento operacional, tem-se o compromisso em administrar as informações que darão suporte a elaboração de planos operacionais, em conjunto com outros

setores envolvidos, de modo a estabelecer, quantificar e aprovar os planos a serem executados (COSTA, 2004).

Considerando as especificidades dos contextos locais, e a importância da integração entre as VISA's, a estratégia de atuação adotada neste plano considera o nível de aprendizagem dos participantes, o papel desempenhado no seu processo de trabalho, potencialização do uso dos sistemas atuais e ainda a utilização do SINAVISA, seja como sistema "paralelo" ou seja como o sistema principal de cadastramento, garantindo a assim o inicio da consolidação de um sistema nacional de Vigilância Sanitária, iniciando o tal almejado processo de integração das VISA's.

A continuidade do projeto se garante por meio de 2 eixos: formação de multiplicadores para garantir a estratégia de capacitação por regiões geográficas e/ ou temas específicos e também a formação de equipes de suporte técnico para potencializar o uso do sistema atual com o apoio dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde, para monitorar possíveis necessidades de atualização de capacitação, e, a estratégia de capacitação à distância para fortalecer o uso do SINAVISA sendo oferta permanente de capacitação e de grande alcance geográfico.

Os custos são pequenos e o lucro gerado pela prevenção de riscos sanitários no território da RIDE são significativos devido à diminuição de infrações sanitárias e fortalecendo o papel de promoção e prevenção da saúde, sendo que as atividades de fiscalização com o cadastro fidedigno de estabelecimentos, e os atores entendendo sua relevância dentro deste processo, iniciarão atividades pautadas no planejamento, como o monitoramento de fiscalização de estabelecimentos e atividades de educação em saúde junto ao setor regulado.

Para prestar um serviço de qualidade, torna-se necessário um processo de gestão que se estrutura através de princípios sociais, que condiz com um ciclo: planejamento, execução e controle. Ou seja, esse ciclo traduz o processo de gestão de um órgão público, cujo objetivo é suprir a demanda da população, que faz uso dos serviços prestados (SANTOS; BITTENCOURT, 2005).

Apesar da extensa territorialidade, a RIDE é heterogênea no que tange ao cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA. Quando o GAF 2 apresentou o projeto aplicativo, atores demonstraram receptividade e aceitação. Os recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos estão disponíveis e são suficientes para a implementação do projeto.

Os instrutores para as capacitações estão disponíveis: fiscais, administrativos, gestores e equipe de suporte do SINAVISA. Dispositivos legais respaldam as ações do projeto.

Há disponibilidade dos recursos materiais e tecnológicos, tendo em vista que já estão em uso ou no almoxarifado central da Secretaria de Saúde do (SES/DF), evitando assim processos de aquisição. A plataforma de ensino a distância será desenvolvida juntamente

com o DATASUS e a ANVISA, nos quais já possuem normatizadas em suas competências regimentais, o apoio a implantação de projetos em informação em saúde, gerando assim, poucos custos para os estados envolvidos.

6.1. PLANO DE CAPACITAÇÃO (DIRETRIZ PARA RIDE-DF)

6.1.2. OBJETIVO GERAL DA CAPACITAÇÃO

Capacitar os diversos atores envolvidos (Fiscais, Gestores e administrativos) para evidenciar a importância do cadastramento de estabelecimentos sujeitos à VISA e de sua atualização periódica, a fim que este se torne um instrumento em potencial nas ações de Vigilância Sanitária, com competência, discernimento das informações e suporte para a tomada de decisões.

6.1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir o uso do SINAVISA.
- Capacitar os atores para que possam ter domínio e utilizar-se das ferramentas que o sistema dispõe, compreendendo a importância da informatização nas ações de saúde.
- Conhecer os recursos/ ferramentas do SINAVISA, no que se refere às informações sobre a inspeção de estabelecimentos, tabulação e avaliação de bases de dados da saúde;
- Capacitar gestores, fiscais e administrativos no acesso e uso das bases de dados do SINAVISA, levando-os a compreender a importância da base de dados única e sua interface com os outros Estados, Municípios e DF para o controle e melhoria da qualidade de saúde da população, qualificando o exercício do seu papel do controle social com maior responsabilidade e efetividade.
- Estimular o uso do sistema informatizado para a construção e análise de indicadores de Vigilância Sanitária;
- Conhecer possíveis necessidades de melhorias no sistema existente com os atores que serão capacitados;
- Capacitar os atores envolvidos para que eles utilizem a mesma linguagem no preenchimento dos documentos fiscais e alimentação do sistema em uso (padronização da linguagem em visa).
- Capacitar os fiscais e administrativos para serem disseminadores de informação a fim de promover a consciência coletiva do setor regulado e público quanto à legalidade do serviço prestado.

6.2. ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

A estratégia de atuação a ser adotada neste plano deve considerar o nível de aprendizagem dos participantes, o papel desempenhado no seu processo de trabalho, no que ser refere ao uso do sistema e conhecimento do mesmo:

- Articulação entre os integrantes da RIDE – Onde todos os integrantes são peças fundamentais no desenvolvimento do projeto, garantindo o intercambio continuo de informações,
- Diretrizes – A ANVISA, as VISAS envolvidas e as Secretarias de Saúde e, ainda o COARIDE devem dar subsídios e o suporte necessário para que os atores tenham presença garantida na formulação do plano de capacitação e participação nas capacitações, fortalecendo ações de VISA na RIDE.
- Ênfase em Soluções – Ações devem estar voltadas para a qualificação eficiente, de forma que fiquem aptos a gerir informações, repassá-las e adquirir habilidades para tomada de decisão, conforme objetivos propostos.

6.3. MODALIDADES DE FORMAÇÃO

O Plano de Capacitação prevê o fomento de processos educativos que deverão variar em função das necessidades de cada estado e município, a partir dos conteúdos básicos definidos.

No prazo de um ano, será dada ênfase a cursos de capacitação de curta duração (atualização e aperfeiçoamento) e a treinamentos voltados para questões/ demandas específicas apresentadas pelas VISAS envolvidas.

O plano prevê o uso de tecnologias de educação à distância (EAD), sempre que esta opção justificar seja em função de conteúdos básicos comuns, seja pelo número de profissionais a serem capacitados em locais distantes uns dos outros. Também está prevista a estratégia de capacitação a partir de multiplicadores (por regiões geográficas e/ ou temas específicos).

Esta proposta de articulação da RIDE tem por premissa básica potencializar e racionalizar os recursos existentes. Recomenda-se que as VISAS priorizem a capacitação dos profissionais que tenham vinculo funcional permanente.

A avaliação feita pelo Grupo Afinidade 2, identificou a necessidade de envolvimento do gestor. Para isso serão desenvolvidas atividades de sensibilização do gestor sobre a necessidade da melhor gestão da informação em saúde e subsídios para a tomada de decisão.

6.4. CLIENTELA

O publico alvo do Plano de capacitação é composto pelos profissionais de VISA envolvidos no cadastramento de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária, bem como aqueles que o utilizam de forma frequente em sua rotina de trabalho. Deve-se lembrar que a capacitação imediata visa superar a defasagem atual existente, mas devem ser definidas estratégias que garantam a capacitação permanente destes profissionais.

6.5. DEFINIÇÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS

O esforço de identificação destes eixos representa uma primeira aproximação da realidade da RIDE, procurando contribuir para que o DF, Estados e municípios envolvidos sistematizem suas demandas de acordo com a realidade local.

Tais eixos devem ser permanentemente revistos e atualizados, obedecendo as atualizações constantes no sistema e a política publica de saúde.

6.6. TEMAS

1- O que é território de Saúde e sua importância para a Vigilância Sanitária;
2- Cadastro de Estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária;
3- Entrada de informações: Coleta de dados para inserção no sistema;
4- Processo de Trabalho de cadastramento de estabelecimentos sujeitos a VISA;
5- Conhecendo os benefícios de cadastro fidedigno;
6- Padronização de dados e sua importância;
7- Análise Critica do contexto da informação em saúde;
8- Análise Critica da gestão da informação em saúde;
9- Utilização das informações como apoio ao processo gerencial em saúde;
10- Metodologia de tratamento e analise de dados;
11- Compatibilização de base de dados;
12- Importância do envolvimento dos Atores envolvidos;
13- Necessidade de Articulação entre as ouvidorias e os sistemas de informação.

7. GESTÃO DO PLANO

A construção de um plano de gestão baseia-se nas premissas do planejamento. O planejamento é um importante processo gerencial que auxilia a formulação de objetivos para seleção de programas de ação e para sua execução. Considera também premissas básicas que a organização deve respeitar para que todo o processo tenha coerência e sustentação. É importante frisar que o plano nunca está acabado, mas deve estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe. Este documento deve servir de referencia para o acompanhamento

da execução das ações, os prováveis ajustes e suas correções e a avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos propostos.

O Plano de Gestão do PA baseia-se no PDVISA que é um instrumento de eleição de prioridades que busca reconhecer a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locorregionais. Seu foco é orientar mecanismos de planejamento e de integração, possibilitando a definição de responsabilidades e contemplando os instrumentos de pactuação do Sistema Único de Saúde.

O grande objetivo estratégico deste projeto é fortalecer a gestão comunicativa. Este tipo de gestão ajuda a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo entre os atores gerando compromisso de todos os envolvidos. Para Matus, conforme estudamos durante o curso, um ator com conhecimento do problema e capacidade de raciocínio estratégico com certeza enfrentará melhor um problema do que alguém com baixo conhecimento da realidade e apenas conhecimento de método, por melhor que este seja.

Os recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos são:

Recursos Humanos			
Municípios/ Estados	**Comitê Gestor da RIDE**	**NEPS dos Estados / Municípios**	**Comitê Gestor**
3 servidores para serem treinados como equipe de suporte técnico em cada município piloto 1 motorista 1 fiscal/ 1 administrativo/ 1 gestor de VISA	1 gestor representante de GO 1 gestor representante do DF 1 gestor representante de MG	1 chefe do NEPS	Comitê gestor da RIDE 1 fiscal/ 1 administrativo/ 1 gestor de VISA por município 1 representante do SINAVISA GAF 2

Recursos Materiais	**Recursos Tecnológicos**
Transporte	Equipamentos de Informática.
Material de Expediente	Acesso à internet
Espaço Físico	
Os recursos financeiros, materiais e tecnológicos serão gerenciados pela DIVISA e pelos estados/ municípios que farão parte do projeto piloto e já estão disponíveis para que possam ser utilizados na execução do Plano de Ação do Projeto Aplicativo. A fonte de recurso utilizada foi a do Governo do Distrito Federal (Fonte 100), podendo também ser inclusa a fonte de recursos da RIDE e dos estados/municípios envolvidos. Programa de Trabalho: 10.304.6202.4145.0002 Fonte de Recursos: 138003463, Elemento de despesa: 33.90.39 Subgrupo: 48 Serviços de Seleção e Treinamento.	

Os indicadores a serem empregados no acompanhamento das ações planejadas foram construídos a partir de questões avaliativas, suscitadas quando da análise dos objetivos do projeto e da viabilidade técnica para a execução das ações monitoramento e avaliação.

Matriz de indicadores			
Denominação	**Método de cálculo**	**Fontes**	**Meta/Resultado esperado**
Comitê Gestor do Projeto Aplicativo	Reunião, Leitura de Ata e identificação dos gestores	Ata de Reunião	Comitê Gestor do Projeto Aplicativo instituído
Percentual de servidores participantes do Fóruns Regionais de discussão de melhorias do cadastramento de estabelecimentos	N° de servidores participantes dos fóruns regionais por ano/ n° de servidores envolvidos no cadastramento de estabelecimento *100	Certificados de participação dos fóruns regionais	Confecção de documento sugerindo melhorias para o cadastro 80% de servidores envolvidos no cadastramento participando dos fóruns regionais.
Divulgação por meio do Seminário: Cadastro de estabelecimentos: conhecendo o processo de trabalho com o objetivo de integrar os atores responsáveis pelo cadastramento	Total de seminários previstos* 100/ n° de seminários realizados	Anais dos seminários realizados	Realizar 100% dos seminários previstos
Equipe de suporte técnico do SINAVISA	N° absoluto de facilitadores capacitados por município ao mês	Certificados de conclusão do curso	Capacitar 3 facilitadores por município envolvido
Equipe de suporte técnico do SINAVISA	N° absoluto de equipes de suporte técnico criadas	Equipes de suporte técnico instituídas	Instituir uma equipe de suporte técnico por região da RIDE
Plano de Ação e/ou de contingência para atendimento das demandas identificadas		Plano de Ação e/ ou contingenciamento	Plano de ação e/ou contingenciamento elaborado
Percentual de ações do Projeto Aplicativo monitoradas e avaliadas	Percentual de ações do Projeto Aplicativo monitoradas e avaliadas	Relatórios	Monitorar e avaliar 100% das ações do Projeto Aplicativo
Percentual de fiscais de VISA que utilizam o cadastro antes das inspeções	N° de acessos ao sistema utilizado antes da inspeção/ total de estabelecimentos inspecionados por mês*100	Consulta ao sistema para conhecer histórico do estabelecimento realizada	100% dos fiscais utilizando o cadastro antes da inspeção

O Plano de Ação apresenta detalhamento das ações, com o desdobramento das atividades e tarefas; estimativa de recursos materiais e tecnológicos; cronograma com posição de início e fim das tarefas; responsáveis, parcerias, indicadores e metas.

Plano de Ação																
Ação	Meta	Indicadores	Responsáveis/ Parcerias	Recursos/ Fontes	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15	jul/15
Instituir Comitê Gestor do Projeto Aplicativo	Comitê Gestor do Projeto Aplicativo instituído	Comitê Gestor do Projeto Aplicativo	GAF 2 1 fiscal/ 1 administrativo/ 1 gestor de VISA por município 1 representante do SINAVISA	Espaço físico e material de expediente	X											
Atividades/Etapas para cumprimento da ação: (1) Reunião para institui o comitê gestor e definir suas competências; (2) Elaborar ata da reunião; (3) agendar reunião para discutir o plano de ação do projeto e programar recursos humanos, materiais e financeiros; (4) Propor a inclusão de pauta do Comitê Gestor do Aplicativo na reunião do COARIDE; (5) elaborar matriz de responsabilidade com prazos para as tarefas e as interdependências.																
Capacitar os atores envolvidos para o cadastramento correto de estabelecimentos	100% dos atores dos municípios envolvidos capacitados	Percentual servidores capacitados em cadastramento de estabelecimentos sujeitos à VISA por ano	Comitê Gestor NEPS municipais/ Estaduais	Equipamento de Informática Espaço físico Material didático Pasta Caneta Lápis Borracha Apontador Bloco de anotação Projetor Tela de Projeção		X	X	X	X							
Atividades/Etapas para alcance da ação: (1) Elaboração do Material didático pelo Comitê gestor, (2) Elaboração de projeto de execução em conjunto com os atores envolvidos; (3); encaminhamento do projeto à FEPECS para posterior certificação; (4) agendamento das prováveis datas de realização do curso; (5) Reserva de local onde será ministrado ; (6) Providenciar material didático a ser utilizado; (7) preparação pelo Comitê Gestor de avaliação de ingresso e regresso; (8) Realização da capacitação; (9) Certificação.																
Elaborar plano de ação e/ou de contingência para atendimento das demandas identificadas	Plano de Ação elaborado	Plano de Ação e/ou de Contingência para atendimento das demandas identificadas	Comitê Gestor Representantes do Municípios envolvidos Representante do Ministério da Saúde (DATA SUS)	Espaço físico, transporte Material de expediente Equipamento de informática				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades/Etapas para cumprimento da ação: (1) Receber as demandas dos municípios envolvidos; (2) Promover reunião do Comitê Gestor para elaborar plano de ação; (3) Executar o plano de ação.																
Monitorar e avaliar os resultados das ações previstas no Projeto	Monitorar e Avaliar 100% das ações do Projeto	Percentual de ações do Projeto monitoradas e avaliadas	Comitê Gestor	Equipamento de Informática	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades/Etapas para cumprimento da ação: (1) Consolidação e monitoramento dos dados referentes ao processo e resultado da aplicação do Projeto; (2) Coordenar o processo de coleta de dados; (3) Consolidar e analisar tecnicamente os dados apontando eventuais ajustes necessários; (4) Elaborar relatórios intermediários e finalísticos; (5) Elaborar matriz de resultados; (7) Convocar reunião mensal para apresentar o resultado do monitoramento e da avaliação para eventuais ajustes.																

O detalhamento dos prazos, dos responsáveis e das interdependências das tarefas deverá constar na matriz de responsabilidade elaborada durante a primeira reunião do Comitê Gestor, o que permitirá a sequência da execução.

Legenda para preenchimento da matriz de responsabilidade:

Pendente – Não foi iniciada; Em andamento – A tarefa está sendo trabalhada; Finalizada – A atividade foi totalmente concluída. Em alguns casos, é preciso adicionar estados intermediários, como: Atrasada – A tarefa não foi concluída na data planejada e você precisa explicitar isto. Parada – Mostra que foi necessário paralisar a tarefa. Pode, por exemplo, depender da resolução de outra atividade. Postergada / Replanejada – A tarefa teve sua data de conclusão renegociada.

7.1. Viabilidade Técnica e Financeira

Os custos são pequenos e o lucro gerado pela prevenção de riscos sanitários no território da RIDE são significativos devido à diminuição de infrações sanitárias, além da otimização das atividades dos fiscais em suas ações de inspeção. O papel de promoção e prevenção da saúde será fortalecido, sendo que as atividades de fiscalização com o cadastro fidedigno de estabelecimentos, e os atores entendendo sua relevância dentro deste processo, iniciarão atividades pautadas no planejamento, como o monitoramento de fiscalização de estabelecimentos e atividades de educação em saúde junto ao setor regulado.

7.2. Considerações Finais

Após um diagnostico situacional dos diversos cadastros de estabelecimentos de Vigilâncias Sanitárias na RIDE-DF/Entorno, a proposta do Projeto Aplicativo do GAF 2, consistiu em contribuir com subsídios para melhoria das informações cadastrais dos estabelecimentos sujeitos a ação de VISA na região, e favorecer o planejamento em vigilância sanitária nesse território.

Desse modo, o Grupo apresentou um Plano de Capacitação voltado, para que por meio da reflexão e consequentemente discussões do processo de trabalho com a participação de todos os atores envolvidos (fiscais, gestores e administrativos) possibilite transformar o cenário atual, apresentado na pesquisa do PA, criar espaços de discussão com base na gestão do plano apresentado no projeto, assim como colocar em exercício o planejamento de capacitação. O que fortalecerá o processo de educação permanente e a gestão do processo de trabalho nesse território.

Portanto, a capacitação dos profissionais das VISA's é um dos principais meios de ampliação do campo de atuação de uma VISA efetiva, que instrumentaliza os processos de tomada de decisão, contribui para a definição de metas e de estratégias a reduzir a ocorrência das doenças e fatores de riscos sanitários com embasamento científico, planejamento e implementação de intervenções adequadas, bem como o monitoramento de resultados, através dos indicadores propostos, uma vez que esses atores necessitam desse constructo científico em VISA para que junto a outros saberes interdisciplinares e com suas experiências sejam capazes de atuar de forma mais efetiva não ações de vigilância sanitária, quer seja na RIDE-DF e Entorno ou em qualquer território que irá atuar. Onde o papel da vigilância sanitária, nessa linha de raciocínio, ganha destaque, em razão das responsabilidades, tanto sob o ponto de vista humano (profissionais), quanto sob o ponto de vista operacional (planejamento), que juntos, podem otimizar os resultados de sua atuação, assim como proporcionar um melhor desempenho de suas funções.

Deste modo, a perspectiva da gestão em saúde passa pela aplicação de conhecimento, habilidades, capacitação profissional, ferramentas e técnicas, junto às atividades desenvolvidas, a fim de atender aos seus requisitos estabelecidos e determinados pelo setor, de maneira eficiente e eficaz. O que ressalta a importância de se requer empenho e compromisso dos atores da VISA, tendo em vista as responsabilidades que o gestor assume (MONTANHA, 2011).

ANEXOS

ANEXO I - **Política Nacional em Informação e Informática em Saúde e outras iniciativas do Ministério da Saúde**

O processo de elaboração do documento-base da política buscava refletir a diversidade de experiências pontos de vista e as contribuições científicas das três esferas de governo, da sociedade organizada e de instâncias de controle social do SUS. Nesse processo, foi elaborada uma revisão sistemática sobre estratégias, diretrizes e experiências de países que pretendiam construir políticas nacionais de informação em saúde (BRASIL, 2012).

A PNIIS de 2004 não alcançou resultados devido a não regulamentação de seu conteúdo. Mas suas diretrizes nortearam o processo de construção da PNIIS 2012 e a produção de normas no âmbito do SUS e do MS. A revisão da PNIIS em 2004 (versão 2.0) trazia uma série de avaliações dos sistemas em uso até então. Considerava que os sistemas de informação em saúde no Brasil tiveram crescimento acelerado até 2004, após a implementação do SUS. Porém, reconhecia a necessidade de ampliar a integração entre os

sistemas de informação e o uso da informática, para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e do controle social.

Essa revisão também se referia aos processos de trabalho. Destacou a duplicidade do trabalho de registro de dados. Mesmo com sistemas de informação implantados, haviam instrumentos instituídos, impressos em papel, para coleta adicional aos registros profissionais e administrativos. "Retrabalho", de acordo com o documento, "e digitação posterior dos dados que aumentam a probabilidade de erros e vieses na informação produzida e utilizada para a tomada de decisão" (BRASIL, 2004).

O documento criticava também a postura dos órgãos da administração central dos três níveis de governo. Considerava que as necessidades de informatização dos serviços eram negligenciadas devido à utilização de sistemas de cadastros manuais em muitos municípios. A desarticulação impedia o aproveitamento racional dos esforços de desenvolvimento de software dos vários órgãos, fator crítico em "um país com poucos recursos para a saúde" (BRASIL, 2004).

A PNIIS de 2004 demonstrava preocupação com a formação e capacitação de recursos humanos. De acordo com a revisão 2.0, "no contexto do novo paradigma o planejamento, a definição, a implantação e a avaliação dos sistemas de informação em saúde" deveriam ser realizados de forma participativa e contemplar "as necessidades de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores das três esferas de governo". Destacava a importância da informatização para o planejamento das ações típicas de saúde coletiva como as da Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador. A informatização permitiria, conforme a PNIIS ganhos de eficiência e qualidade na realização das atividades e maior fidedignidade nas informações registradas (BRASIL, 2004).

As diretrizes do PNIIS em 2004 eram:

- Fortalecer as áreas de informática e informação nas três esferas de governo com a criação de mecanismos de articulação.
- Estabelecer padrões de representação da informação em saúde (vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens) e fortalecer a competência do Estado de intervir na área de produção de software em saúde.
- Investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de informação e informática em saúde por meio da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação.
- Instituir um “Plano Geral de Desenvolvimento de Sistemas de Informação em Saúde”.

Os objetivos dessas diretrizes eram:

- Integrar os sistemas de informação em saúde e estabelecer mecanismos para manutenção de quadro permanente de profissionais de informação em saúde.

- Permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.
- Definir linhas de financiamento para o desenvolvimento de software em saúde, em articulação com agências financiadoras, e capacitação de recursos humanos no desenvolvimento de aplicações em saúde.
- Inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde em cursos de graduação e pós-graduação de profissionais de saúde e de informática; inserção nos Polos de Educação Permanente a ênfase no uso da tecnologia da informação no sistema de saúde e na utilização das informações de saúde para atender as necessidades específicas do controle social, melhoria da capacidade de gestão e geração de conhecimento em saúde e desenvolver programas de capacitação.
- Orientar o conjunto de esforços e investimentos, permitir a articulação dos sistemas e evitar o desperdício de recursos humanos, materiais e financeiros.
- Gerir a informação e informática em saúde. Objetivo: superar o sistema fragmentado para um sistema integrado de serviços, ações de saúde e de informações.

De acordo com a PNIIS, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informação em saúde contribuiriam para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS e orientação das ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais. Fortaleceria o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimoraria a descentralização progressiva dos recursos. Para os profissionais de saúde, o sistema de informação seria importante para apoiar a prática profissional, facilitar e organizar os registros rotineiros, oportunizar a realização de consultas e relatórios sobre as informações produzidas e facilitar o agendamento. Para os gestores o uso da informação em saúde, somado ao citado anteriormente permitiria subsidiar o planejamento e a programação das ações e o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2004).

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi formulada a diretriz 12 que estabelece a construção de uma política de informação e comunicação que assegure uma gestão participativa e eficaz ao SUS. Dentre as ações previstas está o aprimoramento, integração e qualificação dos vários sistemas do SUS.

Foram várias as iniciativas externas ao Ministério da Saúde capazes de impulsionar e concretizar os princípios e diretrizes da PNIIS. Como exemplo de instrumentos normativos que impactam na PNIIS, pode-se citar a Instrução Normativa/SLTI/MP nº 4, de 12 de novembro de 2010, que reconhece o uso crescente das tecnologias da informação e comunicação na esfera da administração pública. A Instrução disciplina o processo de contratação de Soluções de Tecnologia da Informação pelos órgãos integrantes do Sistema de Administração dos Recursos de Informação e Informática no Poder Executivo Federal. A

regulamentação do direito constitucional ao acesso à informação pública, por meio da Lei nº 12.527, de 2011, também confere um marco legal para a PNIIS 2012. Esta Lei evidencia a necessidade do sistema de saúde possuir uma base de dados passível de ser acessada pelo público e define o tratamento que deve ser oferecido às informações de cunho pessoal (BRASIL, 2012a).

O hiato temporal entre as duas políticas sugere pouca efetividade das iniciativas governamentais até 2012. De fato, a revisão da PNIIS de 2012 praticamente reestabelece a iniciativa de 2004, com uma roupagem mais moderna. Em uma avaliação breve das políticas e o confronto com a realidade dos sistemas em uso, destaca-se os mesmos problemas encontrados na revisão 2.0 de 2004. A articulação dos processos de planejamento, de gestão e regulação da saúde com os sistemas de informações e com os indicadores existentes não foi efetiva. Permanecem desarticulados o acompanhamento dos indicadores de saúde, a gerência dos sistemas de informação, as vigilâncias de saúde e ambiental e a monitoria dos processos de planejamento, de gestão e de regulação. Em paralelo, situam-se os sistemas de informação em vigilância sanitária.

ANEXO II - **Sistemas de Informação em vigilância sanitária e outros sistemas auxiliares**

3.2.2.1. SINAVISA

O SNVS definiu a necessidade de integração entre as três esferas de governo, de acordo com os princípios de descentralização e integração estabelecidos na Lei 8080/90. As obrigações referentes aos sistemas de informação nestas esferas foram definidas na Portaria nº. 2.473/2003 que estabeleceu as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do SUS. É de competência do Governo Federal a gestão do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária - SINAVISA, que compreende todas as informações técnicas e gerenciais produzidas pelas áreas da ANVISA. O Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da Tripartite deveria propor a regulamentação da implantação, gestão e atualização do Sistema de Informações em Vigilância Sanitária, cuja competência é dos governos estaduais e municipais. Em caso de existência de sistemas estaduais ou municipais, a Portaria determinou que fossem garantidas a comunicação e a troca de dados entre eles (BRASIL, 2003) (Gamarski e Mota, 2010).

O SINAVISA é utilizado para registro de produtos e serviços, de inspeções e outras ações das VISAs estaduais e municipais. Foi originado com base no sistema implantado na

VISA do Estado de Goiás. A escolha por sua utilização como base para o desenvolvimento do sistema nacional ocorreu por decisão de 12 VISAs estaduais que já tinham a intenção de instalá-lo. A ANVISA se comprometeu a fornecer o *hardware* e *software* necessário e um *link* para comunicação com as VISAs estaduais interessadas em utilizar o sistema. Do início de 2004 até setembro do mesmo ano, o SINAVISA continuou a ser desenvolvido em Goiás, com o auxílio de profissionais da ANVISA, que assumiu o desenvolvimento do sistema a partir de setembro. Até então, o funcionamento do sistema não era satisfatório. Poucos estados o utilizavam. Não existiam rotinas estabelecidas de intercâmbio de dados entre os estados e uma base nacional. Existiam diferentes versões do sistema em operação, e variantes do modelo de dados nas VISAs estaduais. Desse modo, a necessidade de suporte às VISAs estaduais e de se formar uma base única de dados nacional, foram os principais motivadores da decisão tomada pela ANVISA (Gamarski e Mota, 2010).

A primeira iniciativa para que as VISAs estaduais implantassem uma única versão do sistema ocorreu em novembro de 2004. A ANVISA iniciou a distribuição dessa nova versão que não trazia modificações funcionais, apenas alguns erros corrigidos. Se comprometia a lançar duas versões do sistema por ano, em maio e novembro, meses que ocorreriam as reuniões de avaliação A meta definida era a utilização do módulo de cadastros, pelas VISAs estaduais, a partir de janeiro de 2005. O alcance, porém, não foi o esperado. Não havia uma base nacional de empresas consolidada em março de 2005 (Gamarski e Mota, 2010).

Em 2005, na primeira reunião de avaliação do SINAVISA realizada em maio, as VISAs estaduais e do DF decidiram, por unanimidade, que a partir de agosto daquele ano, o sistema seria disponibilizado via WEB. Foram ratificadas as prioridades do sistema. Os módulos de Cadastro, Inspeção, Termo de Ajustes de Metas (TAM) e Sistema de Produtos Dispensados de Registro (PRODIR) continuavam prioritários. Definiu-se a organização de cinco eventos regionais para capacitação das VISAs estaduais. Também o uso de uma Comunidade Virtual em VISA para troca de experiências (Gamarski e Mota, 2010).

No que se refere à definição de estratégias para utilização do sistema, foram formados três grupos:

- Estados que utilizariam o sistema via WEB e desconsiderariam os dados anteriores existentes.
- Estados que passariam a utilizar a versão WEB e migrariam seus dados do SINAVISA para a base centralizada na ANVISA.
- Estados que optaram por não utilizar o SINAVISA, em função de outros sistemas locais existentes, como o compromisso de utilizar um padrão de troca de dados de forma a garantir a alimentação da base nacional (Gamarski e Mota, 2010).

Em agosto de 2005 o sistema estava disponível para todo o país. Os 12 estados que haviam decidido começar a utilizar o sistema sem considerar os dados anteriores, foram

gradativamente habilitados. Os estados que optaram por migrar suas bases, foram habilitados até outubro de 2005. Foram capacitados 280 servidores estaduais e os gestores no mesmo ano (Gamarski e Mota, 2010). Hoje o sistema está presente em praticamente todos os estados e em mais de 1440 municípios, ainda que não signifique que esteja em pleno uso ou devidamente implantado e alimentado.

As discussões sobre a situação do sistema apresentadas no Comitê Consultivo Tripartite da ANVISA e na Câmara Técnica de VISA do CONASS foram fundamentais para a mudança do modo de se avaliar o sistema. Os Municípios passaram a fazer parte do processo de discussão e definições sobre o mesmo. O Comitê Gestor do SINAVISA passou a contar com cinco representantes dos estados, indicados pela Câmara Técnica de VISA do CONASS e cinco representantes de municípios, indicados pelo CONASEMS (Gamarski e Mota, 2010).

Apesar desses avanços, o SINAVISA permanece praticamente do mesmo modelo em que foi concebido. As avaliações do sistema implantado nas VISAs municipais e estaduais realizadas entre 2006 até 2013, apresentam as mesmas discussões e conclusões realizadas em 2005 e 2006, quando foi publicada a Pesquisa diagnóstico sobre Tecnologias em Vigilância Sanitária, realizada pela ANVISA em convênio com a Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP) (BRASIL, 2006).

Uma limitação para a implantação em muitos municípios está no próprio sistema. O SINAVISA só permite o acesso pelo navegador Microsoft Windows Internet Explorer. Desse modo, muitos municípios que usam o sistema operacional LINUX ou UBUNTU não aderiram ao sistema, apesar do comprometimento de se desenvolver a compatibilidade com sistemas baseados em Java. Deve-se considerar as deficiências técnicas e de recursos, dada a heterogeneidade das VISAs, e suas características peculiares, desde acesso à Internet, disponibilidade de "banda larga", até equipamentos de informática e recursos humanos, descontinuidade de treinamentos e/ou inexistência de cursos de capacitação. Os manuais do sistema direcionados às VISAs estaduais evidenciam como vantagem do sistema, por exemplo, o fato de ser limitado ou até impossível uma VISA municipal acessar os dados de outro município. Isto é totalmente incoerente com os objetivos das diversas iniciativas normativas discutidas até o momento.

3.2.2.2. DATAVISA

É um **s**istema corporativo da ANVISA para registro de produtos e serviços. Reúne dados sobre o cadastro de produtos e empresas e controla a tramitação de documentos na Agência. As iniciativas para criação do sistema se deram a partir de 1976, com a promulgação de leis e decretos que regulamentam atividades relacionadas a medicamentos, saneantes, cosméticos e produtos para saúde e as primeiras tentativas de reestruturar o SNVS. Um dos objetivos passou a ser a obtenção de uma fonte de referência de âmbito nacional que

disponibilizasse às VISAs estaduais e municipais, setor regulado e interessados, informações técnicas relevantes além das publicadas no Diário Oficial da União (DOU) (Gamarski e Mota, 2010).

A extinta Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária usou o sistema PROFAR até 1984, do SERPRO, que atendia o também extinto Conselho Interministerial de Preços (CIP). Após sua extinção, o sistema foi assumido pela Secretaria. Em 1985, uma avaliação da eficiência do sistema concluiu que o mesmo apresentava um índice de erros nos dados maior do que 50%, e então foi desativado. Em 1987 a Secretaria efetuou contrato com Fundo de Financiamento de Estudos de Projetos e Programas (FINEP), com o objetivo de desenvolver e implantar um sistema de informação em vigilância sanitária de âmbito nacional, porém não alcançou resultado. Com recursos materiais e humanos limitados, em 1989 a Secretaria empreendeu o cadastramento de milhares de processos referentes a empresas farmacêuticas e medicamentos. Esta base de dados não era plenamente utilizada e atualizada e assim, foi abandonada em 1990. Em 1992, o Ministério da Saúde contratou uma empresa para organizar um sistema de informações que incluía a vigilância sanitária. Ainda naquele ano o contrato foi rompido.

A VISA de São Paulo, por meio de um convênio com a OPAS, e com base em um modelo de programa desenvolvido pela OMS, criou três programas em 1996: o sistema de informações em vigilância sanitária (SIVISA); o sistema de informações para medicamentos (SIAMED) e o Cadastro de Medicamentos. O SIAMED era um sistema voltado para o cadastramento de empresas e estabelecimentos e foi implantado em 1997. O cadastro de medicamentos se restringia ao cadastramento dos produtos farmacêuticos comercializados no estado. As Portarias SVS n.º 801 e 875 de 1998 o tornaram modelo para todo o país.

A origem do atual DATAVISA está em um antigo programa para gerar publicações no DOU dos registros e decisão sobre processos das empresas na extinta Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Em 1984 foi instituída uma numeração para os registros de produtos que deveria atender os requisitos da então pretendida base de dados nacional sobre produtos e empresas sujeitos à vigilância sanitária, vigente até hoje. Somente em setembro de 1999, o CVS/SP, com a colaboração da ANVISA, disponibilizou na internet, o Cadastro Nacional de Empresas e Medicamentos. Tratava-se de um banco de dados estruturado a partir do cadastramento determinado pela Portaria SVS/MS nº. 801 de 07/10/98 cujas informações deveriam ser submetidas à validação da ANVISA. Fundamental foi a solicitação pela Câmara dos Deputados, durante a "CPI dos Medicamentos", que a ANVISA apresentasse a relação de empresas e produtos farmacêuticos registrados no país. O cadastro fornecido possuía ressalvas sobre a integridade e fidedignidade dos dados. Quando as investigações foram concluídas, a CPI incluiu em suas recomendações a de nº 46, para que o MS determinasse à ANVISA, sob pena de omissão, a revisão dos registros de medicamentos no mercado, com

critérios de rigor tecnológico aos produtores, a inclusão de testes periódicos de controles fiscais laboratoriais dos produtos, por classe terapêutica e a criação de canais e comunicação científica com os profissionais prescritores e outros.

Em 2001 a ANVISA decidiu agregar os diversos bancos de dados relacionados ao registro de produtos em um novo e único banco, o Sistema de Produtos e Serviços sob a Vigilância Sanitária (DATAVISA). O DATAVISA significou um passo importante para a integração dos diversos bancos de dados até então existentes (Gamarski e Mota, 2010).

3.2.2.3. NOTIVISA

O Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) é um sistema para notificação de queixas técnicas e eventos adversos relacionados com os produtos: medicamentos, vacinas e imunoglobulinas, pesquisas clínicas, artigos médico-hospitalares, equipamento médico-hospitalar, kit reagente para diagnóstico in vitro, cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume, uso de sangue ou componentes, saneantes e agrotóxicos. Começou a ser desenvolvido em 2006, e tem integração com o DATAVISA.

O NOTIVISA foi criado com os objetivos de: subsidiar o SNVS para identificar reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos; aperfeiçoar o conhecimento dos efeitos dos produtos e, quando indicado, alterar recomendações sobre seu uso e cuidados; regular os produtos comercializados no País e, de forma geral, promover ações de proteção à saúde pública.

Podem utilizar o NOTIVISA os profissionais de serviços de saúde (Hospitais, Clínicas, Hemocentros, Laboratórios, CIAT's, dentre outros), ANVISA, VISAs Estaduais e Municipais, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Laboratórios de Saúde Pública, Universidades/Centros de pesquisa, além dos profissionais que atuam em drogarias e farmácias e em empresas detentoras de registro de produtos sob vigilância sanitária (fabricantes, importadores e distribuidores) e os profissionais de saúde liberais.

Para acessar o Sistema, é preciso se cadastrar de acordo com a categoria do notificante. Por exemplo, profissional liberal deve se cadastrar como profissional de saúde, mas se for um profissional vinculado a alguma instituição/empresa, deve ser providenciado o cadastro institucional.

Os profissionais cadastrados podem notificar casos confirmados ou suspeitos de eventos adversos e queixas técnicas. Após o envio da notificação, o profissional é informado sobre o seu recebimento pelo SNVS. Além do próprio notificante, terão acesso à notificação a ANVISA e VISAs Municipais e Estaduais. Ao receber a notificação, o ente competente do SNVS analisa a notificação de acordo com a gravidade, previsibilidade (se o evento era esperado ou não), relação causal entre o evento descrito e o produto e o risco associado ao

evento adverso/queixa técnica. De acordo com essa análise, várias ações podem ser adotadas pelo SNVS, tais como: agrupamento das notificações até que mais informações (ou outras notificações) sejam recebidas, abertura de processo de investigação, realização de inspeções nos estabelecimentos envolvidos, coleta de amostras para análise fiscal, elaboração e divulgação de alertas e informes, alteração nas bulas/rótulos dos produtos, restrição de uso ou comercialização, interdição de lotes ou cancelamento de registro.

As informações recebidas pelo NOTIVISA servem para: subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) na identificação de reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos; aperfeiçoar o conhecimento sobre os efeitos dos produtos e, quando indicado, alterar recomendações sobre seu uso e cuidados; promover ações de proteção à Saúde Pública por meio da regulação dos produtos comercializados no País.

3.2.2.4. OUTROS SISTEMAS

- SIGVISA (MG):

O sistema utilizado em Minas Gerais é o Sistema Integrado de Gestão de Vigilância Sanitária (SIGVISA), cuja elaboração ocorreu em 2006. É utilizado para cadastrar os estabelecimentos sujeitos às ações de VISA, responsáveis legais e técnicos, registro de inspeções, emissão de Alvará Sanitário e aprovação de projetos arquitetônicos, que viabiliza a gestão de todo o processo de emissão de documentos pela VISA Estadual, desde a sua solicitação**.**

O SIGVISA conta com diversos módulos: Cadastro, Cidadão, Móvel, Sincronismo, Fluxo de Projeto Arquitetônico, Fluxo de Inspeção Sanitária, Fluxo de Processo Administrativo e Relatórios Gerenciais. O módulo Móvel dá suporte aos servidores na realização das atividades de monitoramento em campo, fiscalização e vistoria, que por meio do módulo de Sincronismo, atualiza o SIGVISA Web. Há também um Módulo específico para o empreendedor, onde são realizadas as solicitações de Alvará Sanitário e aprovação de projetos arquitetônicos de forma eletrônica e onde é disponibilizado para consulta o andamento do processo.

O sistema foi concebido para: viabilizar a gestão de processos, na tentativa de proporcionar mais qualidade e agilidade aos mesmos; fornecer ferramentas operacionais e gerenciais que permitam o planejamento, a organização, a padronização do processo de

trabalho e a execução das ações por parte dos técnicos e seus gestores. Outro objetivo do sistema é dar suporte de infraestrutura de tecnologia da informação para as ações da VISA, que implicavam na tramitação de documentação física e ausência de medições e controles efetivos do processo. Também, permitir o monitoramento das ações de campo, e a realização de vistorias sem a necessidade de formulários ou termos impressos.

O SIGVISA foi desenvolvido para adequar as informações e processos da VISA de MG ao Projeto Estruturador Descomplicar. Seu desenvolvimento possibilitou a integração com o sistema do Minas Fácil, no qual, por meio de seu Integrador, envia os dados cadastrais de todas as empresas constituídas no estado para o SIGVISA, que grava essas informações em sua base de dados. Isso permite a sincronização do cadastro dessas empresas com os órgãos envolvidos no processo de abertura de empresas (Souza & Lamounier, 2011).

Inicialmente, foram definidas as regionais de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Patos de Minas e Uberaba, para implantação do sistema. A empresa desenvolvedora realizou a capacitação dos técnicos dessas regionais e das gerências de nível central. È prevista a implantação do sistema de forma gradual nos municípios. Mas em muitos ainda não é possível acessar o sistema nem ocorreu capacitação dos servidores, o que faz com que o uso do sistema esteja ainda muito centralizado. Além disso, é necessário progredir na integração do SIGVISA com o Minas Fácil a fim de permitir o acompanhamento de solicitações pelos interessados e ampliar a transparência do processo. A expansão do sistema para todas as gerências regionais da VISA contribuiria para redução do prazo de licenciamento sanitário das empresas de médio e alto risco (Souza & Lamounier, 2011).

De forma a dar continuidade às ações de simplificação do processo de emissão do Alvará Sanitário, a VISA de MG elaborou um estudo que categoriza as atividades econômicas passíveis de licenciamento sanitário de acordo com o risco. Foram organizadas matrizes de risco, segundo a tipologia das atividades. Como as informações necessárias para a categorização das atividades não são suficientes ou não podem ser obtidas no momento da constituição da empresa, a classificação de risco é utilizada na renovação do Alvará Sanitário. Essa matriz de risco é utilizada então como referência para comparar as informações que disponíveis na etapa de constituição da empresa. Foi desenvolvida uma nova matriz, na qual as atividades econômicas são classificadas conforme sua complexidade. Essa classificação permite melhor qualificação de todas as etapas de planejamento dos vários processos e subprocessos de trabalho da VISA. Permite organizar as ações e garante que as exigências a serem cumpridas pelo setor regulado sejam proporcionais e adequadas ao tipo de empreendimento, atividade desejada e, portanto, proporcionais ao risco (Souza & Lamounier, 2011).

Assim, as empresas são classificadas como brancas, verdes, amarelas e vermelhas. Brancas são aquelas não necessitam de Alvará Sanitário para funcionar. Das que necessitam

de alvará sanitário, as verdes são de baixa complexidade, as amarelas, média complexidade e, as vermelhas, alta complexidade. Com essa categorização das atividades econômicas, as empresas têm um tratamento diferenciado e descentralizado pelos municípios, encarregados dos licenciamentos de baixa complexidade. Elimina-se com isso, a necessidade do empreendedor ir até o órgão de licenciamento (Souza & Lamounier, 2011).

- VISA DF:

A VISA do DF utiliza o programa VISA/SVS em linguagem ACCESS, para cadastramento das empresas e profissionais e registro de ocorrências e intervenções. O programa foi idealizado e produzido por servidores da VISA há mais de 17 anos e desde o inicio foi concebido em caráter provisório. O ACCESS é um sistema que permite o desenvolvimento rápido de aplicações que envolvam tanto a modelagem e estrutura de dados como também a interface a ser utilizada pelos usuários. É facilmente aplicado a projetos pequenos, porém sofre problemas de escala com projetos maiores, principalmente por conta da limitação no armazenamento de dados. Os atuais 22 núcleos de inspeção fazem uso desse antigo programa VISA/SVS e alguns já beiram a capacidade máxima de armazenagem de dados.

Quando o programa VISA/SVS foi implementado, a realidade do Distrito Federal era bem diferente da atual. A quantidade de estabelecimentos, a complexidade das atividades e o número de profissionais e serviços sujeitos a ações da vigilância sanitária aumentaram de forma vertiginosa ocasionando uma sobrecarga nesse sistema. Como resultado dessa crescente demanda e pelo fato de o sistema requerer frequentes atualizações em sua programação para sanar imperfeições que travam seu funcionamento e eventuais críticas, a vigilância sanitária enfrenta sérias dificuldades, tais como: a não existência de um cadastro único, ausência de padronização no preenchimento do cadastro, dados isolados nos núcleos, ausência de relatórios estatísticos, ausência de formulários pré-estabelecidos que permita a impressão de documentos e a precariedade na segurança das informações cadastrais.

Está programada a implantação de outro sistema em breve. Entre outras melhorias, é previsto módulo a ser preenchido pelo auditor, no momento da inspeção via tablet, o acesso de dados para todos os interessados e um novo sistema de classificação.

- SIVISA (SP):

A VISA de São Paulo foi a primeira a utilizar recursos informatizados para registro de ações e cadastros de estabelecimentos com a criação do SIVISA e mais dois outros sistemas em 1996. O SIVISA foi o instrumento definido para a padronização do Cadastro Estadual de

VISA (CEVS) no estado pelo Decreto 44.954/00, e regulamentado pela Portaria CVS 4, de 2011.

Esta regulamentação foi importante não só para padronizar os procedimentos relativos ao licenciamento de atividades, mas também para estabelecer responsabilidades. A Portaria obriga os estabelecimentos de assistência e de interesse à saúde, por exemplo, a comunicar ao órgão de VISA competente quaisquer alterações referentes a endereço, estrutura física, processo produtivo ou atividade, número de leitos e equipamentos, razão social, fusão, cisão, incorporação ou sucessão, cancelamento de cadastro ou de licença de funcionamento, alterações de responsabilidade técnica ou legal, e outras alterações que intervenham na identidade e/ou qualidade do produto, equipamento, serviço ou estabelecimento de saúde, transporte ou remoção de pacientes e de produtos de interesse à saúde, em especial de alimentos (São Paulo, 2013).

O SIVISA é integrado ao Sistema Integrado de Licenciamento (SIL). Tem como diferencial a emissão de um certificado de licenciamento via Internet dos estabelecimentos classificados de baixo risco, sem a execução da inspeção prévia realizada pela VISA, substituída por ato declaratório.

O sistema possui uma classificação das atividades sujeitas ao cadastramento e ou licenciamento pelos órgãos de VISA com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE-Fiscal). Outro diferencial é que o cadastramento é solicitado pelo setor regulado e deferido apenas após a constatação do cumprimento das exigências legais, o que resulta na emissão do Número CEVS que identifica o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária e a Licença de Funcionamento. Em resumo, foi elaborado para ser um Instrumento estratégico para a implementação de um novo modelo desburocratizado, ágil e transparente, que fosse capaz de romper com as ações cartoriais. Ainda não se pode avaliar o alcance do sistema nem se atinge os objetivos esperados, dada a fragmentação e heterogeneidade das VISAS municipais do Estado.

- PHAROS (SC):

É o Sistema de Informações utilizado em Santa Catarina. Nele estão reunidos um Serviço de Protocolo e Expediente, arquivos atualizados de Legislação Sanitária e bibliografia técnica, um conjunto de dados provenientes de cadastros, roteiros de inspeção, laudos laboratoriais, produção de atividades, relatórios de morbi-mortalidade e outras de fontes de estatísticas epidemiológicas, que constituem o banco de dados de suporte técnico e operacional às ações da VISA.

Possui sistema de atendimento às denúncias, sugestões e reclamações, com número de telefone ou internet, disponível e divulgado para toda a sociedade. O Sistema de

Informações Estadual de Vigilância Sanitária – PHAROS está presente em todos os municípios. Possui os seguintes módulos:

a) Cadastro da força de trabalho na VISA.

b) Cadastro de estabelecimentos e serviços de saúde e de interesse para a saúde (pessoas físicas ou jurídicas).

c) Cadastro de responsabilidade técnica.

d) Cadastro das ações pactuadas e alimentação da produção de ações da VISA.

e) Relatórios de inspeções.

f) Autuações, infrações, baixa de funcionamento, autos de intimação, infração e de penalidade.

g) Emissão de Alvarás.

h) Atendimento às demandas do módulo de denúncias.

O sistema PHAROS foi criado com os seguintes objetivos:

- Consolidar informação de VISA em um banco de dados unificado.
- Facilitar o acesso às informações pelos profissionais em VISA.
- Automatizar processos operacionais atualmente realizados de forma manual, visando um aumento significativo de produtividade.
- Aumentar a confiabilidade e o tempo das respostas para informações relevantes e de interesse das ações de VISA.
- Disponibilizar uma ferramenta que permita o apoio para tomadas de decisões pelos níveis gerenciais.
- Controlar operacionalmente os processos, bem como definir melhor estratégias para desenvolvimento das ações e práticas de vigilância sanitária.
- Unificar, por meio de padronização, ações e práticas de VISA.

- SISVISA (PB):

O SisVisa é o Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária desenvolvido pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA), na Paraíba. O sistema iniciou seu funcionamento em fevereiro desse ano.

O SisVisa foi criado para substituir o protocolo manual e ser, como todo sistema de informação criado para esse fim, uma efetiva ferramenta gerencial e operacional capaz de agilizar registros, análises e auxiliar o planejamento e execução de ações, tanto no que diz respeito ao desempenho das atividades do corpo técnico quanto no que se refere à própria gestão da VISA. Tem como função, segundo os desenvolvedores da AGEVISA, padronizar rotinas ligadas à vigilância sanitária, como cadastros e consultas processuais de estabelecimentos e de profissionais autônomos ou liberais que fornecem produtos e serviços.

O sistema também foi criado com a capacidade de gerar procedimentos relacionados a requerimentos, fichas de encaminhamento e alvarás sanitários. O cadastramento das atividades das empresas é compatibilizado com o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE).

3.3. SISTEMAS (USADOS COMO FONTES DE CONSULTA) OU COMO FERRAMENTAS DE GESTÃO

3.3.1. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi criado em 1999 com a Portaria MS/SAS 376. A Portaria MS/SAS 511 aprovou e retificou a ficha de cadastro de estabelecimento e seus respectivos manuais e determinou ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde, rede complementar e prestadores do SUS, pessoas físicas e jurídicas de serviços relacionados à saúde. É a base para operacionalizar os sistemas de informação em saúde, pois é o cadastro base para os seguintes sistemas: sistema de informação ambulatorial, sistema de informação hospitalar, cartão nacional de saúde, sistema de informação de regulação, sistema de informação da programação pactuada e integrada, sistema de informação da ANVISA e o sistema de informação da ANS.

O sistema coleta os seguintes dados: endereço/localização, gestor responsável, atendimento prestado (internação, ambulatório), caracterização (natureza, esfera, retificação de tributos), equipamentos, serviços de apoio, serviços especializados, instalações físicas, profissionais, equipes, cooperativa. Visa disponibilizar informação das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas de governo.

Propicia ao gestor de VISA o conhecimento da realidade da rede assistencial existente em seu território e suas potencialidades. Desse modo, é um auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como permite maior visibilidade ao controle social.

3.3.2. SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

Foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação desse sistema foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.

Permite análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas. Os principais benefícios do sistema são: produção estatística de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde, análise estatísticas, epidemiológicas e sócio-demográficas, funcionalidade, declaração de óbito informatizada, geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos, retroalimentação das informações ocorridas

em municípios diferentes de residência do paciente, controle de distribuição das declarações de nascimento (municipal, regional, estadual e federal), transmissão de dados automatizada por meio da ferramenta SISNET (permite gerar a tramitação dos dados de forma ágil entre os três níveis), backup on-line dos níveis de instalação (municipal, regional e estadual).

3.3.3. SINAN – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação

Tem como objetivos coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo; fornecer dados para análise do perfil de morbidade. Facilita a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidia o processo de tomada de decisão, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

A tabela de unidades de saúde utilizada no sistema corresponde a do CNES e sua atualização é de responsabilidade das SES e SMS por meio de download da tabela disponibilizada no site do SINAN NET. As consultas poderão ser realizadas por Código do município, nome do município, descrição CNES, código CNES, UF e Tipo de Unidade (posto de saúde, hospital, etc.).

O sistema emite Relatórios de incidência, de conferência, acompanhamento de alimentação do SINAN, exclusão de notificações e calendário epidemiológico.

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Diagnóstico do sistema de cadastro dos estabelecimentos sujeitos às ações de VISA na Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico - RIDE". Trata-se de um Projeto Aplicativo, desenvolvido pelo Grupo Afinidade 2 (Ernesto, Roberto, Norma, Renata, Fernanda, Letícia e Mauro), sob supervisão da facilitadora Glória, para certificação como especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária – projeto de Apoio ao Sistema Único de Saúde do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, ANVISA, CONASS E CONASEMS.

Esta pesquisa pretende contribuir com subsídios para fortalecimento das informações cadastrais dos estabelecimentos sujeitos a ação de VISA nos municípios que compõe a RIDE, uma vez que essa região é composta de municípios da Capital Federal, Goiás e Minas Gerais. A partir da discussão e levantamento de dificuldades no desenvolvimento de suas atividades enquanto profissionais da VISA, tanto no DF, quanto dos outros Estados que compõe a RIDE, o grupo percebeu a existência de problemas comuns: escassez de recursos técnicos e humanos, descontinuidade das ações fiscais, comunicação ineficiente entre as vigilâncias,

sistema informatizado deficiente, cadastros defasados e com padrões diferentes, inexistência de indicadores que expressem o verdadeiro impacto das ações de vigilância, comunicação deficiente com a população; entre outros. Portanto, uma série de problemas de ordem social e desequilíbrios intra-regionais acumularam-se ao longo dos anos desde a sua institucionalização. A Vigilância Sanitária tem como função a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes para a saúde. Para atingir esse objetivo, esse órgão necessita sistematizar os dados obtidos nas inúmeras atividades de controle e bens de consumo, bem como nos serviços de saúde e de interesse da saúde. Atua atualmente de forma descentralizada, porém estreitamente articulada nas três instâncias do Governo, que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas. A pesquisa, por meio da construção de uma matriz de problemas identificou a inexistência de um Sistema de Informação em VISA capaz de integrar as ações de VISA na RIDE/DF - Entorno para subsidiar novas estratégias ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de Vigilância Sanitária nessa região.

A pesquisa está sendo realizada nas seguintes etapas: 1) levantamento de referências bibliográficas; 2) contextualização do cenário da RIDE e formulação do questionário; 3) aplicação do questionário e entrevista (observação de campo); 4) avaliação dos resultados; 5) construção do plano de intervenção.

O questionário foi formulado de acordo com cada ator social (gestor, fiscal e administrativo) que participará da pesquisa e será encaminhado via e-mail ou aplicado presencialmente por algum participante da pesquisa, que estará sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida a respeito da mesma. Ele consta de perguntas abertas e fechadas, no qual o voluntário contará com 48 (quarenta e oito) horas para o preenchimento e entrega do questionário, seja por e-mail ou presencial. Você, sujeito atuante em Vigilância Sanitária, é parte fundamental da pesquisa, para que se alcance o objetivo esperado, que é de superar a fragmentação e proporcionar a articulação das informações sob uma nova lógica de gestão.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Nós pesquisadores iremos tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O questionário e os resultados da pesquisa estarão disponíveis para conhecimento e permanecerão confidenciais. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será anexada ao final do trabalho. A participação no estudo não acarretará nenhum ônus para você.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido todos os esclarecimentos da pesquisa, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar-me a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO PARA ADMINISTRATIVOS

Perfil do Entrevistado:

1.Em qual situação funcional você se enquadra?

( ) servidor com vinculo (concursado)
( ) servidor sem vinculo (comissionado)
( ) Outros. Especificar:_____

2. Quanto tempo você desenvolve suas atividades nesta Vigilância Sanitária (VISA):

( ) Menos de 1 (um) ano.
( ) De 2 a 5 anos.
( ) De 5 a 10 anos.
( ) Mais de 10 anos.

3. Qual o seu nível de formação?

( ) fundamental
( ) médio
( ) superior . Qual? Psicologia, Administração, Contabilidade.
( ) especialização.
( ) mestrado
( ) doutorado

Conhecendo a Vigilância Sanitária:

4. Quanto ao uso dos computadores:

( ) São de uso exclusivo da visa
( ) Uso comum com outros órgãos
( )Fornecido por terceiros

5. Quais as dificuldades que você considera que a Vigilância Sanitária enfrenta atualmente? Atribuir numa escala de 0 à 10 um para cada um dos itens mencionados (considerar 10 como maior dificuldade e 1 como menor dificuldade)

Tipos de dificuldades	Nota
Quantidade de profissionais	
Capacitação permanente dos profissionais	
Recursos materiais (ex.: computadores, mesas, máquina fotográfica, termômetro...)	
Espaço físico	
Recursos financeiros	
Interferência externa	

Rotatividade de Funcionários	
Cadastros incompletos	

Sobre o Cadastro de Estabelecimentos:

O cadastramento dos estabelecimentos consiste na identificação e registro dos dados de interesse da Vigilância Sanitária, relacionados aos estabelecimentos, serviços e atividades de interesse da saúde. Envolve a coleta e organização dos dados de todos os estabelecimentos de saúde, de interesse da saúde e dos locais passíveis à atuação da Vigilância Sanitária, bem como, dos serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 8.080/90.

1. Existe um cadastro dos estabelecimentos sujeitos a fiscalização de VISA?

   ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, é manual ou informatizado? Informatizado = 4.

7. Quem realiza o cadastro do estabelecimento?

   ( ) Gestor ( ) Fiscal (4) Administrativo ( ) Outros _____

8. Caso você realize o cadastro do estabelecimento, responda:

   a) Você recebeu/ou recebe alguma capacitação relativa ao cadastramento?

9. Marque os documentos que são solicitados no momento do cadastro:

   ( ) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
   ( ) Contrato social
   ( ) Certidão de Regularidade Técnica emitida pelo Conselho Profissional ou declaração equivalente
   ( ) Certidão de Responsabilidade Técnica
   ( ) Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura ou administração regional
   ( ) Certificado de conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros
   ( ) Comprovante de endereço
   ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
   ( ) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)
   ( ) Outros: contatos (residencial, comercial).

10. Quem tem acesso direto ao cadastro?

    ( ) Fiscal/Auditor
    ( ) gestor
    ( ) Administrativos
    ( ) Administrativo com essa função específica

11. Em sua opinião, o número de estabelecimentos cadastrados corresponde a realidade do território? Justifique.

12. Caso exista um sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos em sua VISA, como você avalia?

( ) Não se Aplica
( ) ruim
( ) regular
( ) bom
( ) ótimo

Justifique:

13. Quantas pessoas são responsáveis pelo preenchimento/alimentação do cadastro?

14. Como surgem as solicitações de cadastro em sua VISA?

( ) Por solicitação de Alvará de Licença Sanitária;
( ) Para aprovação de projeto arquitetônico;
( ) Para realizar inspeção sanitária;
( ) Outros. Especificar: reclamações, por inspeção (por solicitação em atividade de campo). SM.

15. Como são feitas as atualizações cadastrais?

( ) Inspeção sanitária;
( ) Peça fiscal emitida;
( ) Apuração de denúncias
( ) Informações fornecidas pelo setor regulado/contribuinte
( ) Outros.Especificar_____
_____

16. Como são registradas e apuradas as denúncias recebidas em sua VISA?

17. Como é realizado o cadastro de estabelecimentos que não possuem a documentação ou são clandestinos?

18. Como é definida a atividade do estabelecimento no momento do cadastro?

( ) Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)
( ) Peça Fiscal Emitida
( ) Nome de fantasia
( ) Razão social
( ) Código fornecido pelo próprio sistema
( ) Outros. Especificar:_____.

19. Marque um X nas informações que você consegue obter consultando o cadastro:

( ) Histórico do Estabelecimento (Peças Fiscais Emitidas (Termo de Intimação, Auto de Imposição de Penalidade, Auto de Infração, etc. ; Abertura...)
( )Apuração e registro de denúncia do estabelecimento
( )Dados do Estabelecimento (Razão Social, Nome Fantasia, Endereço, Telefone...)
( ) Atividades do Estabelecimento
( ) Responsável técnico atualizado
( ) Responsável legal
( ) Registro de aprovação do projeto arquitetônico
( )Filial na localidade de atuação da sua VISA
( )Data e documento da última inspeção
( ) Outras. Cite:_____
_____
_____.

20. Quem realiza a baixa do estabelecimento?

( ) Fiscal ( ) administrativo ( ) Gestor ( ) Setor regulado

21. Quanto a rotatividade dos servidores responsáveis pelo preenchimento do cadastro, você considera:

( ) alta
( )baixa
( ) igual as demais áreas da saúde
( ) não existe

22. Sua opinião sobre o cadastro de estabelecimentos é importante para nós. Se considerar mais alguma coisa relevante, escreva:

_____
_____
_____
_____.

23. Quais dificuldades você enfrenta para preencher/alimentar Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)?

_____
_____
_____
_____.

24. Você conhece o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária? Em caso afirmativo, ele é utilizado em sua VISA?

_____
_____
_____.

ANEXO V

QUESTIONÁRIO PARA FISCAIS

Perfil do Entrevistado:

1. Em qual situação funcional você se enquadra?

( ) servidor com vinculo (concursado)
( ) servidor sem vinculo (comissionado)
( ) Outros. Especificar:_____

2. Quanto tempo você desenvolve suas atividades nesta Vigilância Sanitária:

( ) Menos de 1 (um) ano.
( ) De 2 a 5 anos.
( ) De 5 a 10 anos.
( ) Mais de 10 anos.

3. Qual o seu nível de formação?

( ) fundamental
( ) médio
( ) superior . Qual?_____
( ) especialização
( ) mestrado
( ) doutorado

Conhecendo a Vigilância Sanitária:

4. Sobre a Vigilância Sanitária (VISA) de sua área de atuação, quais ações compõem sua abrangência:

( )Vigilância Ambiental
( )Vigilância Epidemiológica
( ) Zoonoses
( ) Vigilância do Ambiente de Trabalho
( ) Vigilância de Produtos
( ) Vigilância de Serviços
( ) Ações de Alta Complexidade

( ) Ações de Média Complexidade
( ) Ações de Baixa Complexidade

5. Quanto ao uso dos computadores:

( ) São de uso exclusivo da visa
( ) Uso compartilhado

6. Quais as dificuldades que você considera que a Vigilância Sanitária enfrenta atualmente? Atribuir numa escala de 0 à 10 um para cada um dos itens mencionados (considerar 10 como maior dificuldade e 1 como menor dificuldade)

Tipos de dificuldades	**Nota**
Quantidade de profissionais	
Capacitação permanente dos profissionais	
Recursos materiais (ex.: computadores, mesas, máquina fotográfica, termômetro...)	
Espaço físico	
Recursos financeiros	
Interferência externa	
Rotatividade de Funcionários	
Cadastros incompletos	

Sobre o Cadastro de Estabelecimentos:

O cadastramento dos estabelecimentos consiste na identificação e registro dos dados de interesse da Vigilância Sanitária, relacionados aos estabelecimentos, serviços e atividades de interesse da saúde. Envolve a coleta e organização dos dados de todos os estabelecimentos de saúde, de interesse da saúde e dos locais passíveis à atuação da Vigilância Sanitária, bem como, dos serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 8.080/90.

7. Existe um cadastro dos estabelecimentos sujeitos a fiscalização de VISA?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, é manual ou informatizado?_____

8. Quem realiza o cadastro do estabelecimento?

( ) Gestor ( ) Fiscal ( ) Administrativo ( ) Outros_____

9. Caso você realize o cadastro do estabelecimento, responda:

Você recebeu/ou recebe alguma capacitação relativa ao cadastramento?

( ) Sim. Em que ano recebeu a última capacitação?_____

( ) Não

( ) Não de aplica

10. Caso exista um sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos em sua VISA, como você avalia?

( ) Não se Aplica

( ) ruim

( ) regular

( ) bom

( ) ótimo

Justifique:_____

_____

_____.

11. Como surgem as solicitações de cadastro em sua VISA?

( ) Por solicitação de Alvará de Licença Sanitária;

( ) Para aprovação de projeto arquitetônico;

( ) Para realizar inspeção sanitária;

( ) Outros. Especificar_____

_____.

12. Em sua opinião, o número de estabelecimentos cadastrados corresponde a realidade do território? Justifique

_____
_____
_____

13. Marque os documentos que são solicitados no momento do cadastro:

( ) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
( ) Contrato social
( ) Certidão de Regularidade Técnica emitida pelo Conselho Profissional ou declaração equivalente
( )Certidão de Responsabilidade Técnica
( ) Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura ou administração regional
( ) Certificado de conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros
( ) Comprovante de endereço
( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
( ) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)
( ) Outros_____
_____
_____.

14. Como é definida a atividade do estabelecimento no momento do cadastro?

( ) Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)
( ) Peça Fiscal Emitida
( ) Nome de fantasia
( ) Razão social
( ) Código fornecido pelo próprio sistema
( ) Outros. Especificar:_____.

15. Quem tem acesso direto ao cadastro?

( ) Fiscal/Auditor
( ) gestor
( ) Administrativos
( ) Administrativo com essa função específica

16. Como é realizado o cadastro de estabelecimentos que não possuem a documentação ou são clandestinos?

_____

_____

_____.

17. Como são registradas e apuradas as denúncias recebidas em sua VISA?

_____

_____

_____

_____.

18. Marque um X nas informações que você consegue obter consultando o cadastro:

Marque com um X as informações que você consegue obter ao consultar o cadastro:

	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Identificação do estabelecimento			
Histórico do estabelecimento			
Filial na localidade de atuação da VISA			
Registro de aprovação do projeto arquitetônico			
Ordem de serviço			
Relatório de inspeção sanitária			
Cadastro do responsável técnico			
Inspetor (fiscal)			
Digitador			

( ) Outras. Cite:_____

_____
_____.

19. Você consulta o cadastro para realizar inspeção?

( ) Sim ( ) Não

20. Como você avalia o sistema de informação utilizado em relação a sua capacidade de auxiliar o processo de planejamento das ações de VISA?

( ) ruim
( ) regular
( ) bom
( ) ótimo

21. Quem realiza a baixa do estabelecimento?

( ) Fiscal ( ) administrativo ( ) Gestor ( ) Setor regulado

22. Como são feitas as atualizações cadastrais?

( ) Inspeção sanitária;
( ) Peça fiscal emitida;
( ) Apuração de denúncias
( )Informações fornecidas pelo setor regulado/contribuinte
( ) Outros.Especificar_____
_____

23. Quanto a rotatividade dos servidores responsáveis pelo preenchimento do cadastro, você considera:

( ) alta
( )baixa
( ) igual as demais áreas da saúde
( ) não existe
Justifique:_____
_____.

24. Caso você preencha /alimente o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que dificuldades você encontra?

_____

_____

_____

_____.

25. Você conhece o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária? Em caso afirmativo, ele é utilizado em sua VISA?

_____

_____

_____.

26. Sua opinião sobre o cadastro de estabelecimentos é importante para nós. Se considerar mais alguma coisa relevante, escreva:

_____

_____

_____

_____.

27. Se possuir alguma crítica ou sugestão sobre esse questionário e/ou sistema de cadastro da sua VISA que não foi contemplada nas questões acima, acrescente:

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES

Sobre a Vigilância Sanitária:

1. Sobre a Vigilância Sanitária (VISA) de sua área de atuação, quais ações compõem sua abrangência:

( )Vigilância Ambiental
( )Vigilância Epidemiológica
( )Zoonoses
( )Vigilância do Ambiente de Trabalho
( )Vigilância de Produtos
( )Vigilância de Serviços
( )Ações de Alta Complexidade
( )Ações de Média Complexidade
( ) Ações de Baixa Complexidade

2. Considerando as áreas assinaladas acima, como são coordenados esses serviços?

_____

_____

_____

_____

3. Quais as dificuldades que você considera que a Vigilância Sanitária enfrenta atualmente? Atribuir numa escala de 0 à 10 um para cada um dos itens mencionados (considerar 10 como maior dificuldade e 1 como menor dificuldade)

Tipos de dificuldades	Nota
Quantidade de profissionais	
Capacitação permanente dos profissionais	
Recursos materiais (ex.: computadores, mesas, máquina fotográfica, termômetro...)	
Espaço físico	
Recursos financeiros	
Interferência externa	
Rotatividade de Funcionários	
Cadastros incompletos	

Sobre o Cadastro de Estabelecimentos:

O cadastramento dos estabelecimentos consiste na identificação e registro dos dados de interesse da Vigilância Sanitária, relacionados aos estabelecimentos, serviços e atividades de interesse da saúde. Envolve a coleta e organização dos dados de todos os estabelecimentos

de saúde, de interesse da saúde e dos locais passíveis à atuação da Vigilância Sanitária, bem como, dos serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 8.080/90.

4. Existe um cadastro dos estabelecimentos sujeitos a fiscalização de VISA?

   ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, é manual ou informatizado?_____

5. Quem realiza o cadastro do estabelecimento?

   ( ) Gestor ( ) Fiscal ( ) Administrativo ( ) Outros_____

6. Marque os documentos que são solicitados no momento do cadastro:

   ( ) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
   ( ) Contrato social
   ( ) Certidão de Regularidade Técnica emitida pelo Conselho Profissional ou declaração equivalente
   ( )Certidão de Responsabilidade Técnica
   ( ) Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura ou administração regional
   ( ) Certificado de conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros
   ( ) Comprovante de endereço
   ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
   ( ) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)
   ( ) Outros_____
   _____
   _____.

7. Quem tem acesso direto ao cadastro?

   ( ) Fiscal/Auditor
   ( ) gestor
   ( ) Administrativos
   ( ) Administrativo com essa função específica

8. Em sua opinião, o número de estabelecimentos cadastrados corresponde a realidade do território? Justifique
   _____
   _____
   _____

9. Caso exista um sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos em sua VISA, como você avalia?

   ( ) Não se Aplica
   ( ) ruim
   ( ) regular
   ( ) bom
   ( ) ótimo

Justifique:_____
_____
_____.

10. O cadastro de estabelecimentos é ou foi avaliado?

( ) Sim
( ) Não

Em caso afirmativo, quando foi realizado a ultima avaliação?_____
_____.

11. Considerando que o cadastro de estabelecimentos favorece o planejamento em VISA, explique como ele norteia/favorece suas ações de Gestão em VISA.
_____
_____
_____
_____
_____.

12. Quais assuntos ou temas deveriam ser inseridos no cadastro?
_____
_____
_____
_____.

13. Sua opinião sobre o cadastro de estabelecimentos é importante para nós. Se considerar mais alguma coisa relevante, escreva:
_____
_____
_____
_____
_____.

14. Como são registradas e apuradas as denúncias recebidas na VISA?

_____
_____
_____
_____.

15. Você conhece o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária? Em caso afirmativo ele é utilizado em sua VISA? Em caso negativo porque sua VISA não aderiu ao uso desse sistema?
_____
_____
_____.

ANEXO VII

ENTREVISTA COM GESTORES

1) Quais legislações embasam esta Vigilância Sanitária para realizar os procedimentos relativos ao cadastro de estabelecimentos/ serviços de saúde? (Se possível anexar cópia)?

2) Como são elaborados os roteiros de inspeção para estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária? Como é feito o registro e avaliação dessas ações? Descreva dois pontos fortes e dois pontos fracos no cadastro de estabelecimentos utilizados nesta VISA.

3) A RIDE/DF, de acordo com o princípio da integração de ações entre a União, Estados, Municípios, tem como objetivo a solução dos problemas vivenciados pelos habitantes do entorno do DF e suas relações com Brasília, e promover o fortalecimento da ação pública nessa região. Considerando sua relevância para a Vigilância Sanitária, descreva como é feito planejamento de ações de VISA para esta Região (se este contempla ou é composto por ações que consideram as características de Brasília como "centro" da RIDE).

4) Como você avalia o sistema de informação utilizado em relação à sua capacidade de auxiliar o processo de planejamento em VISA?

5) Se você pudesse mudar algo no cadastro de estabelecimentos, o que mudaria?

REFERÊNCIAS

1. GAMARSKI, R; MOTA, E. Sistemas de Informação em Vigilância Sanitária no Brasil: evolução no período de 2000 a 2005. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/325/571>. Acesso em: 05 Abr. 2014.

2. CAIADO, MCS. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. Revista Brasileira Est. Pop., São Paulo, v. 22, n. 1, p. 55-88, jan./jun. 2005.

3. ARAÚJO, S. F. et al. Saneamento Ambiental na RIDE DF e a Configuração dos territórios de tensão. Revista Geográfica da América Central. Disponível em: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2616>. Acesso em: 06 Abr. 2014.

4. MORAES, H. H. S. Informação e Tecnologia a serviço da vida – o desafio de estruturar informações para a vigilância sanitária no Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/conavisa/cadernos/eixo2_texto07.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

5. ANVISA. Diagnóstico sobre tecnologias em vigilância sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pesquisa_diagnostico/>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

6. VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALAGOAS. Versão 0.1: Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária. 49 p.

7. BRASIL. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Comitê de Informação e Informática em Saúde, 2012. 38 p.

8. CAVALCANTE, R. B.; MARTA, M. K. P. Contexto atual da construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). 2013. 22 f. Tese de Pós Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Escola de Ciência da Informação, Universidade de Minas Gerais, 2013.

9. BRASIL. Portaria nº 2.073. Brasília, DF: 2011.

10. BRASIL. Portaria nº 1.583. Brasília, DF: 2012.

11. BRASIL. Portaria nº 2.473. Brasília, DF: 2003.

12. BRASIL. Plano Nacional de Saúde – PNS. Brasília, DF: 2012-2015. 114 p. Disponível em: HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf.

13. Brasil. Caderno do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária. São Paulo, SP: 2013. 42 p.

14. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2012. 65 p.

15. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Rio de Janeiro, 2012. 53 p.

16. JUCEMG (Junta Comercial do Estado de Minas Gerais). Disponível em: http://www.jucemg.mg.gov.br/ibr/servicos+atendimento-simplificado. Acesso em: 01 Jun. 2014.

17. SOUZA, C. M.; LAMOUNIER, S. M. Projeto Estruturador Descomplicar: integração da Vigilância Sanitária do Estado de Minas Gerais ao Minas Fácil. Belo Horizonte, 2011.

18. BATTESSINI, M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal. 2008. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/15545>.

19. BRASIL. CONASS – Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para 2013-2015. Brasília, DF: nota técnica 04/2013.

20. BRASIL. Sala de apoio à gestão estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>.

21. BRASIL. Sudeco – Espaços prioritários – RIDE/DF – COARIDE. Disponível em: http://www.sudeco.gov.br/coaride-df.

22. CODEPLAN (Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central). Relatório do Seminário Estratégias para o Desenvolvimento Sustentável do Distrito Federal e seu Entorno. Brasília, DF: 2010. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/publicacoes.

23. CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE. Resolução nº 395/2012. Brasília, DF: 2012.

24. COSTA, E. A. Políticas de Vigilância Sanitária: balanço e perspectivas. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto04.pdf.

25. COSTA, E. A. Organização da Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador, 2009. 237 p. Disponível em: http://books.scielo.org.

26. COSTA, I. C. S. Indicadores em vigilância sanitária de alimentos. Salvador, 2010. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/257.

27. LUCCHESE, G. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3318-3328. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br.

28. DE SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3307-3317. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br.

29. MACEDO, D. A.; RAU C. Abordagem sobre o Plano Diretor em Vigilância Sanitária do Distrito Federal. 2013. Disponível em: http://www.cpgls.ucg.br.

30. O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3351-3360. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br.

31. PIOVESAN, M. F. et. al. Vigilância Sanitária: uma proposto de análise dos contextos locais. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 8, suppl. 1, p. 83-95. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br.

32. QUITÉRIO, L. Sobre um sistema de informação em vigilância sanitária: tópicos para discussão. Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador, 2009. 237 p.

33. BRASÍLIA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e Aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. Brasília, DF: 2008.

34. SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302008.

35. VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GOIÁS. Versão 1.2: Manual do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária.

36. TEIXEIRA, A. P. C. P. Plano Diretor de Vigilância Sanitária: uma proposta para avaliar sua implantação. Salvador. 2009. Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9697/1/Diss%20ANA%20PAULA.pdf.

37. COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: Proteção e defesa da saúde. Brasília: SOBRAVIME, 2004.

38. SANTOS, A; BITTENCOURT, R. Perspectivas para a construção de uma nova consciência coletiva que conceba a Vigilância Sanitária como rede:redevisa. Rev Saúde Colet. v. 7, p. 18-28, 2005.

39. PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1.ed. – Brasília : Anvisa, 2007.

40. CAROTTA, F., Kawamura, D., & Salazar, J. (2009). Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestãop para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. Saúde e Sociedade, 48-51.

41. CARVALHO, Antônio Vieira de. NASCIMENTO, Luiz Paulo do. Administração de Recursos Humanos. v.1 .São Paulo: Pioneira, 2002.

42. LEVY. Evelyn. Teleconferência para apresentar o Sistema de Acompanhamento de Capacitação - SIFAC. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília, 7.12.2014-14h. (Evelyn Levy - Secretaria de Gestão do MOG - Governo Federal).

43. MENEGASSO, Maria Ester, SALM, José Francisco. A educação continuada e (a) capacitação gerencial: discussão de uma experiência. Revista de ciências da administração, Florianópolis, UFSC, ano 3, n. 5, mar./2001, p. 27-35.

44. MONTANHA, L. Políticas sociais em saúde preventiva. Revista Trabalho, Educação e Saúde. RJ: 2011.

CLAÚDIA MARIA ALVES ARAÚJO
GISELE SANTOS FARIAS
JOÃO VICTOR SERRA AZEVEDO
KATIANNE ROGELLE MENEZES
MARTA CRISTINA JUCÁ POLICARPO
MICHELLE REINALDO CAVALCANTE DE MELO
PAULO MARCELO DE LIMA ACCIOLY
QUEREN SAROM MARQUES GOMES
RAQUEL EVANGELISTA DE MOURA
SAMARA DE MESQUITA GÓES CRUZ

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE JUNTAS PARA O JULGAMENTO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS SANITÁRIOS

SÃO PAULO
2014

Xxxx Araújo, Cláudia Maria Alves. *et al.*

Proposta de criação de juntas para o julgamento dos processos administrativos sanitários / Claúdia Maria Alves Araújo, Gisele Santos Farias, João Victor Serra Azevedo, Katianne Rogelle Menezes, Marta Cristina Jucá Policarpo, Michelle Reinaldo Cavalcante de Melo, Paulo Marcelo de Lima Accioly, Queren Sarom Marques Gomes, Raquel Evangelista de Moura, Samara De Mesquita Góes Cruz. – 2014.

42 f. : il. color.

Projeto Aplicativo (Especialização) – Instituo de Ensino e Pesquisa do Sírio Libanês, Fortaleza, 2014.

Orientação: Facilitadora Keyteanne Bezerra de Melo Costa

1. Infração Sanitária. 2. Risco Sanitário. 3. Vigilância Sanitária.

CDD XXX

CLAÚDIA MARIA ALVES ARAÚJO
GISELE SANTOS FARIAS
JOÃO VICTOR SERRA AZEVEDO
KATIANNE ROGELLE MENEZES
MARTA CRISTINA JUCÁ POLICARPO
MICHELLE REINALDO CAVALCANTE DE MELO
PAULO MARCELO DE LIMA ACCIOLY
QUEREN SAROM MARQUES GOMES
RAQUEL EVANGELISTA DE MOURA
SAMARA DE MESQUITA GÓES CRUZ

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE JUNTAS PARA O JULGAMENTO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS SANITÁRIOS

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária
Facilitador: Keyteanne Bezerra de Melo Costa

SÃO PAULO
2014

CLAÚDIA MARIA ALVES ARAÚJO
GISELE SANTOS FARIAS
JOÃO VICTOR SERRA AZEVEDO
KATIANNE ROGELLE MENEZES
MARTA CRISTINA JUCÁ POLICARPO
MICHELLE REINALDO CAVALCANTE DE MELO
PAULO MARCELO DE LIMA ACCIOLY
QUEREN SAROM MARQUES GOMES
RAQUEL EVANGELISTA DE MOURA
SAMARA DE MESQUITA GÓES CRUZ

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE JUNTAS PARA O JULGAMENTO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS SANITÁRIOS

Aprovado por:

_____

_____

SÃO PAULO
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 07

2 OBJETIVOS 08

2.1 Objetivo Geral 08

2.2 Objetivos Específicos 08

3 REFERENCIAL TEÓRICO 09

3.1 Cenário da Vigilância Sanitária 09

3.2 Poder de Polícia 10

3.3 Princípio da Precaução e Prevenção 11

3.4 Risco sanitário 12

3.5 O risco sanitário nos processos administrativos sanitários 14

3.6 A importância do parecer fiscal nos processos administrativos sanitários 15

4 METODOLOGIA 18

5 DADOS E INDICADORES 22

5.1 Dados e indicadores da Vigilância Sanitária do município de Fortaleza 22

5.2 Dados e Indicadores da CVPAF – Ceará 27

5.2.1 Gerência de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados 27

5.2.2 Processos Administrativos Sanitários em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados 29

5.2.3 Risco Sanitário 34

5.2.4 O sistema SAGARANA 34

5.2.5 Resultados das Fiscalizações 34

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 37

6.1 Criação de Juntas de Julgamento 37

7 CONCLUSÃO 39

REFERÊNCIAS 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEVISA	Célula de Vigilância Sanitária
COVIS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CTN	Código Tributário Nacional
CVPAF-CE	Coordenação de portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado do Ceará
DOM	Diário Oficial do Município
DOU	Diário Oficial da União
GRPFOR	Gestão de Recursos e Planejamento de Fortaleza
GT	Grupo de trabalho
IEP	Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa
NUVIS	Núcleo de Vigilância Sanitária
PAS	Processo Administrativo Sanitário
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

RESUMO

Desde a sua conformação como espaço institucional, na década de 70, a Vigilância Sanitária sempre se destacou mais como instância burocrática que responde aos interesses do setor produtivo do que à finalidade para a qual foi criada. Apesar dos avanços em termos de ordenamento jurídico, a vigilância sanitária do Brasil tem apresentado, na prática, uma atuação frágil, isolada e marcadamente cartorial, ou seja, com controles baseados em papéis e em processos burocráticos. No cenário atual vemos que a VISA ainda é pouco atuante e omissa quanto ao exercício de sua função protetora da saúde pública, ainda sem regulamentos claros e efetivos, não conseguindo sinalizar claramente as regras que devem ser observadas por todos os agentes envolvidos. Para análise da atuação da Vigilância Sanitária do município de Fortaleza, um grupo de trabalho elencou três problemas relacionados à realidade atual. A partir de critérios que julgavam a importância, a governabilidade e a urgência de cada um deles, dentro de uma matriz de seleção de problemas, selecionou-se a descontinuidade dos processos administrativos sanitários como problema marcante e decisivo para a desqualificação da VISA dentro do município. Posteriormente, o grupo realizou a análise do andamento dos processos administrativos sanitários instaurados na ANVISA-CE, considerada modelo padrão, e nas seis Secretarias Regionais do município de Fortaleza, nos anos de 2011 a 2013, analisando se esses processos seguiram o devido processo legal, sendo verificado que dentro da VISA de Fortaleza apenas um pequeno número dos processos instaurados são julgados e que nenhum destes é concluído. Para que as ações da vigilância sanitária tenham credibilidade é necessário que se assegure a conclusão e transparência de todo rito processual, pautando-se em julgamentos que também considerem os riscos sanitários envolvidos bem como assegurando a impessoalidade dos julgamentos através de juntas julgadoras.

Palavras-chave: Infração Sanitária, Risco Sanitário, Vigilância Sanitária.

1 INTRODUÇÃO

A saúde foi reconhecida pela Constituição de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Pela sistemática constitucional, a saúde se insere no âmbito da seguridade social, que engloba, ainda, os direitos relativos à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988). Sendo um dever do Estado, compete a este implementar políticas públicas capazes de garantir à população brasileira o acesso universal a ações e serviços públicos de saúde.

Além de ações e serviços de saúde, conforme dispõe o caput do art. 196, o Estado deve atuar no sentido de reduzir os riscos de doenças e agravos à saúde pública; ou seja, deve adotar medidas capazes de garantir a segurança sanitária da população, evitando a disseminação de doenças e eliminando riscos à saúde existentes no ambiente social, em concordância com o conceito de saúde.

O conceito legal de vigilância sanitária é de que ela constitui 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 (Lei nº 8.080/90, artigo 6º, §1º).

Entretanto a consolidação da vigilância sanitária como importante braço da saúde pública ainda não é totalmente plena. O crescimento da população, o avançar das novas tecnologias e a ânsia na busca por suprir as necessidades humanas, vitais ou supérfluas, contribui para que os desafios apresentados à vigilância sanitária sejam cada vez maiores e repercute no aumento da dificuldade da vigilância em consolidar-se como bem comum em prol da saúde pública.

O estado da arte de fazer vigilância sanitária, não tem sofrido grandes modificações, e poucos são os pensadores que contribuem para a modificação da realidade atual, qual seja o modo mecânico, que pretere a análise do risco sanitário e apresentam poucos resultados, frustrando desta forma quem a faz e quem dela deveria se beneficiar.

O curso de Especialização em Gestão de Vigilância Sanitária do Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa (IEP) trouxe a oportunidade de refletirmos à cerca dos problemas ligados à vivência dos especializandos nas suas realidades de trabalho, na tentativa de transformá-la, através da elaboração de projetos aplicativos.

Esse projeto surgiu do desconforto do Grupo Afinidade Metamorfose em relação a não continuidade dos processos administrativos sanitários, tendo como proposta a criação de juntas de julgamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Propor a criação de juntas para o julgamento dos processos administrativos sanitários.

2.2 Objetivos Específicos

- Utilizar como base para o julgamento o gerenciamento do risco sanitário;
- Levantar os dados dos autos de infração lavrados pela ANVISA – Coordenação de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados do estado do Ceará (CVPAF-CE) e Vigilância Sanitária do município de Fortaleza;
- Analisar os desfechos dos processos administrativos sanitários instaurados pelos entes descritos no item anterior, referente aos anos de 2011, 2012 e 2013.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cenário da Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência da Saúde Pública (COSTA; ROZENFELD, 2000), uma vez que suas ações, que são eminentemente preventivas, perpassam por todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Segundo Souto (1996), citado por Lucchese (2001), apesar de seu objetivo ser o de contribuir na proteção à saúde da população, a vigilância sanitária, desde a sua conformação enquanto espaço institucional, na década de 70, sempre se destacou mais como instância burocrática que responde aos interesses do setor produtivo do que à finalidade para à qual foi criada. Os interesses políticos e econômicos se evidenciam como fortes definidores das políticas de vigilância sanitária, e a produção de seu saber voltaram-se prioritariamente para atendê-los. Segundo Costa (1994) apesar dos avanços em termos de ordenamento jurídico, a vigilância sanitária do Brasil tem apresentado, na prática, uma atuação frágil, isolada e marcadamente cartorial, ou seja, com controles baseados em papéis e em processos burocráticos.

Em decorrência das diversas realidades regionais (tipos, portes, riquezas e estrutura), os municípios brasileiros apresentam modalidades diferentes de organização e gestão pública, o que pode ser visto como uma importante estratégia para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos trabalhos executados pela vigilância sanitária, conforme as reais necessidades de cada município, mas que por outro lado, pode ser entendido como desvantagem já que essas diferenças também se apresentam como impeditivo para que modelos promissores em gestão de vigilância sanitária de uma localidade possam ser empregado em outro local.

É fundamental pensar na atuação da Vigilância Sanitária tendo como base o diagnóstico de sua área a partir de perfis epidemiológicos, com potenciais riscos definidos, objetivos e metas, com atividades e inspeções padronizadas e como avaliações sistemáticas dos resultados. Para obter bons resultados e cumprir o papel de protetora da saúde e prevenção de danos, a vigilância sanitária deve organizar sua prática elencando suas prioridades, além de atender as denúncias e questionamentos (demandas da sociedade), que permitam dar uma resposta adequada aos reais problemas sanitários. Além disso, um plano de ações bem elaborado deve incluir não apenas atividades de fiscalização, mas também de caráter educacional e de conscientização da população, envolvendo a comunidade, os prestadores de serviços, produtores, profissionais da saúde e todos aqueles que estejam envolvidos na programação de ações da Vigilância Sanitária.

De acordo com Lucchese (2001), muitos dirigentes da VISA conseguem identificar que há uma precariedade dos municípios em assumirem suas ações, entendendo que estão arraigados os hábitos e cultura nacionais do *jeitinho,* da informalidade na aplicação das regras, de contemplar o interesse privado como se fosse o coletivo, de aplicar a lei somente para os inimigos, e assim por diante. Ou seja, os problemas de vigilância não seriam puramente técnicos ou legais; seriam políticos também.

Com o cenário que encontramos hoje dentro da vigilância sanitária, podemos vislumbrar que se o percurso atual for mantido a VISA estará fadada a manter-se desconhecida ou desqualificada diante do ponto de vista da sociedade, além de pouco atuante ou omissa quanto ao exercício da função de protetora da saúde pública.

Um sistema de vigilância sanitária sem regulamentos claros e efetivos, sem administração racional e ágil, sem canais bem delimitados de participação social, sem corpo suficiente de funcionários qualificados e sem estrutura condizente com a demanda brasileira, certamente será incapaz de sinalizar claramente as regras nesta área sanitária e de garantir a sua observação por todos os agentes envolvidos (LUCCHESE, 2001).

3.2 Poder de Polícia

O poder de polícia é uma expressão cujo significado está sujeito aos contornos políticos e sociais de um momento histórico. Deriva do antigo conceito de “boa ordem da sociedade”, imposta pelo Estado Império, passando ao “Estado de Polícia”, no período de influência da nacional socialista alemã (que perdurou até a década de cinquenta no Brasil, e com reflexos durante o regime militar), recrudesce o “poder” no auge do liberalismo, ao tempo do Estado liberal, e sofre transformações de conceitos no período do Estado intervencionista, estendendo suas ações ao controle da ordem econômica e social.

O poder de polícia, deste modo, não se limitaria mais a assegurar a ordem pública, na visão de uma polícia de segurança, mas estenderia suas ações a limitar ou disciplinar direitos individuais, ajustando-os ao interesse e ao bem-estar público. Este mesmo poder permite ao agente a aplicação de sanções, como multas, interdições, apreensões e inutilizações. Quando os atos que ensejaram estas medidas tipificarem figura penal, haverá, também, reflexos penais.

O ilustre doutrinador Hely Lopes Meirelles define o poder de polícia como “a faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade ou do próprio Estado”, arremata ainda: “é o mecanismo de frenagem de que dispõe a Administração Pública para conter os abusos do direito individual” (MEIRELLES, 2012). Já o Código Tributário Nacional - CTN em seu art. 78, assim descreve: “Considera-se poder de polícia a

atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos considera-se regular o exercício do poder de polícia quando desempenhado pelo órgão competente nos limites da lei aplicável, com observância do processo legal e, tratando-se de atividade que a lei tenha como discricionária, sem abuso ou desvio de poder."

Hoje, pode-se dizer que o poder de polícia está, necessária e obrigatoriamente, atrelado às normas constitucionais. O Estado é obrigado a agir "com o objetivo de adequar o exercício dos direitos individuais ao bem-estar geral" (DI PIETRO, 2011). Diríamos, então, que a expressão "poder de polícia"; adquire um status, nos tempos modernos, de um "dever de polícia", uma obrigação jurídica e administrativa de cuidar do interesse público, consoante os vetores constitucionais instituídos.

3.3 Princípio da Precaução e Prevenção

Na busca da segurança sanitária, no exercício do seu poder de polícia, a fiscalização de vigilância sanitária, como braço especializado do Estado para a regulação em saúde (DI PIETRO, 2011), deve tentar acionar tecnologias de intervenção, informações, metodologias e estratégias afinadas com o conhecimento científico atualizado e os valores estabelecidos na nossa Constituição, como os princípios da prevenção e precaução, fundamentais no direito sanitário.

Considerando a complexidade, o campo de atuação da vigilância sanitária é fragmentado e multifário, bem como sua ação protetora que envolve o cidadão, o consumidor e o produtor, torna-se fundamental estudar os princípios do direito sanitário. Em especial: os princípios da precaução e da prevenção.

O princípio da Prevenção prioriza as atividades preventivas considerando o risco certo que se quer evitar. Observando o potencial lesivo e analisando os elementos técnicos é possível fundamentar medidas concretas de monitoramento, controle e gestão eficiente da situação sanitária, promovendo um gerenciamento do risco sanitário (TESSLER, 2004).

O princípio da Precaução ultrapassa o da prevenção, impondo a necessidade de agir frente à ameaça de dados irreversíveis à saúde, mesmo que não haja confirmação científica disponível sobre o risco. A precaução é considerada pela seara internacional como indispensável para o gerenciamento de riscos, impondo a razoabilidade como critério valorativo (TESSLER, 2004).

Em conjunto, os princípios da prevenção e precaução apresentam a virtude de resgatar a segurança do fenômeno jurídico. Assim, é possível agir considerando a complexidade do direito sanitário, fazendo cumprir o interesse público no que se refere aos cuidados sanitários delimitando os meios a serem empregados para atingi-los (COSTA, 2009).

A aplicação dos princípios da prevenção e da precaução impõe a necessidade de vigilância constante, tanto para elaborar uma decisão, quanto para acompanhar suas consequências. E, sobretudo, ela promove a responsabilidade política em seu grau mais elevado, uma vez que obriga a avaliação competente dos impactos econômicos e sociais decorrentes da decisão de agir ou se abster. Assim, o fiscal sanitário em uma tomada de decisão deverá certificar-se do melhor estado da arte envolvido, considerando os riscos encontrados e, empregando o conhecimento empírico, analisar as repercussões do problema (COSTA, 2009).

Ampliam-se, assim, os desafios de imprimir eficácia aos princípios constitucionais em todas as relações da administração pública. Sendo necessário estabelecer critérios para um gerenciamento de risco sanitário que possa eficazmente, ser utilizado nos procedimentos de julgamento dos processos administrativos sanitários no município de Fortaleza por meio de Juntas de Julgamento.

3.4 Risco sanitário

O termo risco é proveniente da palavra *risicu* ou *riscu*, em latim, que significa ousar (to dare, em inglês). Costuma-se entender “risco” como possibilidade de “algo não dar certo”, mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às “perdas” como aos “ganhos”, com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações. (Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos, 2007).

As práticas de Vigilância Sanitária se estabelecem com base na noção de risco, perigo virtual ou ameaça de agravos relacionados com determinados elementos que o homem aprendeu a identificar na experiência cotidiana. Além das acepções comuns numa esfera de possibilidade de dano ou agravo, há também a acepção epidemiológica de risco – a epidemiologia é a disciplina básica da saúde coletiva – no sentido da probabilidade, estatisticamente verificável, de um evento adverso à saúde relacionado com determinado fator. Os problemas da área de Vigilância Sanitária requerem tratamento interdisciplinar.

Segundo Lucchese (2001) um dos maiores desafios para ação regulatória do Estado moderno na área sanitária é a avaliação de risco das novas tecnologias, sejam elas substâncias, aparelhos ou tecnologias. Para um melhor exercício desta ação regulatória,

diferencia-se “avaliação de risco” de “gerência de risco”, que consistem, segundo o *National Research Council* (1983, comitê Nacional de Ciência dos Estados Unidos e citado por Lucchese (2001) em:

a) Avaliação do risco – de natureza mais científica, consiste no uso de bases concretas de dados para definir os efeitos de uma exposição (indivíduos ou população) a materiais ou situações; busca medir, por exemplo, o risco associado a uma substância;
b) Gerência do risco - de orientação mais político-administrativa, é o processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação do risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com o risco avaliado.

Segundo Lucchese (2001) a avaliação do risco tem caráter especialmente estatístico e epidemiológico. Dependendo do caso, é um processo demorado e complexo. O custo é alto e quase sempre exige pessoal, técnicas e equipamentos sofisticados. Trata-se de uma atividade probabilística e, em muitos casos, somente a repetição de anos de pesquisa pode trazer conclusões definitivas. Desse modo, a política de avaliação de risco passa a ser utilizada pelos institutos, agências e equipes que realizam pesquisas, como as agências regulatórias que, em geral, acompanham e avaliam as pesquisas realizadas e, portanto, não será objeto desse estudo.

Por outro lado, a política de gestão de risco se caracteriza por decisões do âmbito externo e tem fundamentos mais amplos, ligados à cultura, economia e às características sociais de cada lugar. A gerência de risco é mais condicionada a fatores domésticos, de natureza político-administrativa, do que por fatores técnicos e científicos da avaliação do risco. Neste caso, é grave o fato de que a gerência do risco estar submetida a diferentes graus de pressão dos agentes interessados, sendo muito influenciada por forças políticas, sociais e econômicas; assim, o conflito e a controvérsia fazem parte da natureza do seu processo (LUCCHESE, 2001). Para Delduque (2010), o gerenciamento do risco é uma etapa discricionária e, por vezes, têm por base critérios políticos.

A gestão de riscos pode ser aplicada a toda uma organização, em suas várias áreas e níveis, a qualquer momento, bem como a funções, atividades e projetos específicos. (ABNT NBR ISSO 31000:2009).

Quando implementada, a gestão dos riscos possibilita a uma organização, por exemplo: aumentar a probabilidade de atingir os objetivos; encorajar uma gestão proativa; estar atento para a necessidade de identificar e tratar os riscos através de toda a

organização; melhorar a identificação de oportunidades e ameaças; melhorar a confiança das partes interessadas; estabelecer uma base confiável para a tomada de decisão e o planejamento; alocar e utilizar eficazmente os recursos para o tratamento de riscos; melhorar a eficácia e a eficiência operacional; melhorar o desempenho em saúde e segurança, bem como a proteção do meio ambiente; melhorar a prevenção de perdas e a gestão de incidentes e melhorar a aprendizagem organizacional. (ABNT NBR ISSO 31000:2009).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, o que caracteriza a política de gerência de risco é a tomada de decisões em ambientes de escassa informação científica e de precária organização administrativa, contrastando com a abundância de pressões políticas e de lobbies. Até alguns anos atrás, a gerência do risco era reduzida a atos administrativos de natureza cartorial, dominados pelas políticas de clientelismo, ou se apresentava no palco da corrupção, perdendo totalmente o vínculo com o objetivo regulatório e o controle sanitário (LUCCHESE, 2001).

Hoje, os problemas da vigilância sanitária não estão limitados à falta da gerência de riscos, mas também aos arraigados hábitos da "cultura do *jeitinho"*, da informalização na aplicação das regras, de contemplar o interesse privado como se fosse o coletivo, de aplicar a lei somente aos inimigos, e assim por diante. Ou seja, os problemas da vigilância não seriam puramente técnicos ou legais; seriam políticos também (LUCCHESE, 2001).

3.5 O risco sanitário nos processos administrativos sanitários

No exercício do poder de fiscalizar, a Administração Pública, ao verificar o ilícito sanitário, entenda-se como a existência do risco sanitário, utiliza-se de instrumentos de controle, como o auto de infração, que por sua vez enseja o início do processo administrativo sanitário, que tem rito próprio e rege-se pela Lei n° 6437/77, artigo 12. Em seus autos são organizados todos os procedimentos realizados desde a inspeção sanitária até a decisão final sobre o caso, a ser emitida pela autoridade julgadora. O Processo Administrativo Sanitário (PAS) é um mecanismo efetivo da VISA que tem o poder de salvaguardar o direito à saúde que esteja maculado ou ameaçado por ato de particular (DELGADO, 2013).

A legislação vigente determina que a autoridade julgadora, quando da imposição da pena e o estabelecimento de sua gradação, leve em conta a gravidade do fato verificado pela inspeção, tendo em vista suas consequências para a saúde pública (Lei n° 6437/77, artigo 6°, II). A referida legislação trata, portanto, da necessária caracterização do risco no âmbito do processo administrativo sanitário. (ALVES, 2012)

ALVES (2012) ressalta ainda que uma suficiente caracterização da gravidade da infração – proporcional ao risco sanitário envolvido – é elemento crítico para a ação fiscalizatória, em especial para que a autoridade imponha a pena e defina sua graduação, nos termos da lei.

Desta forma, é por meio da caracterização do risco gerado pelo ilícito sanitário que se pode ter uma ideia da magnitude dos malefícios que ele pode causar. Quando a autoridade sanitária não considera o elemento gravidade do risco, pode incorrer em decisões arbitrárias e ineficientes por ausência de embasamento quanto às consequências do ato infracional, ou na aplicação de sanções desproporcionais. A caracterização equivocada do risco, por menor que seja a falha em sua apuração, poderá comprometer a credibilidade e reputação das ações de fiscalização da vigilância sanitária (ALVES, 2012).

A aplicação de uma sanção deve sempre amparar-se no conhecimento especializado da legislação, mas também deve ter o conteúdo claro o suficiente para que o cidadão possa compreender que conduta irregular ou o resultado que esta poderia causar. Acredita-se que uma decisão clara, pautada no risco sanitário encontrado, possa resultar em maior conformação para o administrado que, quando não compreende a ilicitude de sua conduta, não mede esforços para levar o tema à discussão em todas as instâncias possíveis (ALVES, 2012).

O Julgamento de processos com base na avaliação dos riscos da infração sanitária cometida, bem como a conclusão dos processos administrativos sanitários conforme o que preconiza a legislação vigente, contribui para a realização demonstrável dos objetivos da vigilância sanitária e para a melhoria do seu desempenho referente à proteção e segurança da saúde pública, à conformidade legal e regulatória, a uma maior aceitação pública da VISA, à proteção do meio ambiente, à qualidade dos produtos, ao gerenciamento de projetos, à eficiência das operações e além de corroborar com o princípio da publicidade dos atos públicos.

Alves (2012) ao estudar a caracterização do risco sanitário nos processos administrativos da vigilância sanitária observou que análise de decisões tomadas no âmbito de processos sanitários permitiu evidenciar que o grau de risco é superficialmente tratado neles, inferindo-se que a caracterização do risco aproxima-se mais da aplicação do senso comum do que de uma abordagem científica.

A avaliação dos riscos auxilia os tomadores de decisão a fazer escolhas conscientes, priorizar ações e distinguir entre formas alternativas de ação. Uma abordagem estruturada na tomada da decisão contribui para a eficiência e para resultados mais consistentes e confiáveis.

3.6 A importância do parecer fiscal nos processos administrativos sanitários

Segundo Meirelles (2007) o relatório é a síntese do apurado no processo [...]. É a peça informativa e opinativa, sem efeito vinculante para a Administração ou para os interessados no processo. Daí porque pode a autoridade julgadora divergir das conclusões e sugestões do relatório, sem qualquer ofensa ao interesse público ou ao direito das partes, desde que fundamente a sua decisão em elementos existentes no processo.

A manifestação do servidor que procedeu à autuação está prevista no artigo 22, § 1º, da Lei Federal n. 6.437/77, que diz: “antes do julgamento da defesa ou da impugnação a que se refere este artigo deverá a autoridade julgadora ouvir o servidor autuante, que terá o prazo de 10 (dez) dias para se pronunciar a respeito” Nesta fase processual o servidor deverá, no prazo de dez dias, apresentar sua manifestação escrita na forma de relatório.

Também Alves (2012) destacou a importância do servidor autuante registar sua avaliação de risco nos pareceres fiscais para que a autoridade julgadora também possa avaliar o risco para a imposição da pena e estabelecer sua graduação, devendo levar em conta a gravidade do fato, tendo em vista as suas consequências para a saúde pública.

O relatório é peça fundamental do processo administrativo sanitário, pois contém elementos essenciais à decisão (julgamento), principalmente no que diz respeito a questões técnicas. Nesse sentido, é preciso que o relatório contenha uma análise completa dos elementos constantes no processo, levando em consideração a autuação, as alegações do autuado, as provas apresentadas e o embasamento técnico e legal que o fundamenta. O servidor deve mencionar no relatório a existência de circunstâncias atenuantes, agravantes, o risco sanitário envolvido e a gravidade do fato devem ser sempre consideradas e referidas, se existentes. (**Manual de Processo Administrativo Sanitário. 2ª Edição, revisada e atualizada. Porto Alegre, 2010.)**

O Relatório será elaborado mesmo que não ocorra a apresentação de defesa e/ou impugnação ou, ainda, que esta seja intempestiva. Embora o Relatório seja uma peça produzida conforme cada situação específica por servidores que atuam em diferentes áreas da Vigilância Sanitária, é recomendado que siga uma linha geral contendo, como sugestão, quatro etapas básicas:

1ª Parte- Introdução:

Identificação do estabelecimento e outras informações que introduzam o assunto e orientem sobre a situação processual;

2ª Parte - Narrativa:

Contém uma síntese das alegações e das provas apresentadas pelo autuado de forma resumida, clara e objetiva.

3ª Parte - Apreciação:

Análise dos fatos descritos no Auto de Infração Sanitária, dos argumentos e das provas apresentadas pelo autuado para orientar a decisão da autoridade superior. Deve ser técnica e se utilizar da legislação sanitária aplicável ao caso. As circunstâncias atenuantes, agravantes, o risco sanitário e a gravidade do fato devem ser sempre consideradas e referidas, se existentes:

4ª Parte - Conclusão:

Consiste em posicionamento conclusivo do servidor, sugestão da penalidade a ser aplicada e encaminhamento à autoridade julgadora.

4 METODOLOGIA

Durante a oficina de trabalho para o projeto aplicativo, cada membro do grupo selecionou 3 (três) problemas relacionados a realidade de trabalho. Logo após, foi realizada a discussão dos problemas pela equipe. Em seguida, os problemas mencionados foram agrupados por assunto e depois inseridos em macroproblemas (Sírio Libanês, 2014).

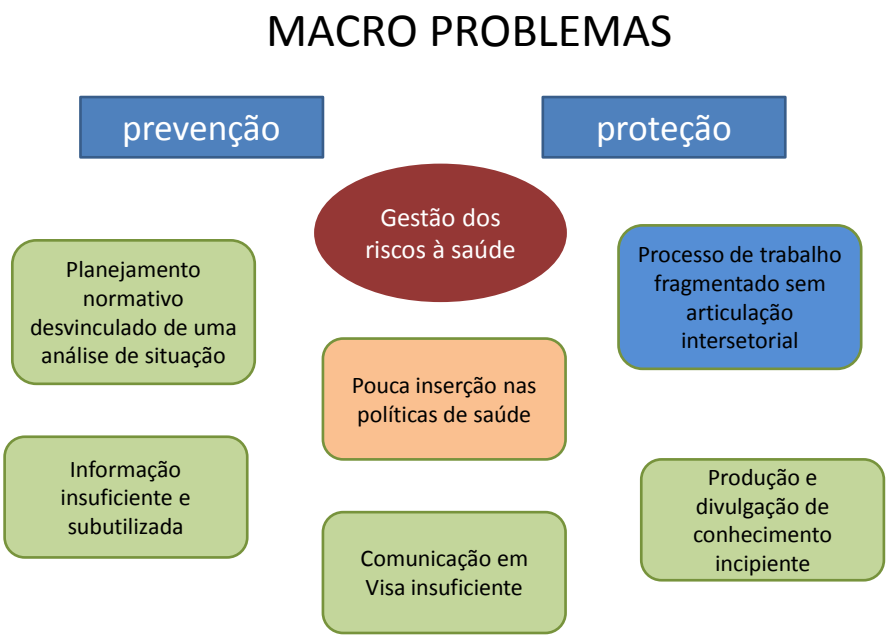


Figura 1: Macroproblemas

Posteriormente, a partir dos problemas selecionados foi aplicada a matriz 1 de seleção de problemas (Tabela 1), atribuindo valor, interesse e pontuação aos mesmos. Os valores (alto, médio e baixo) referem-se a importância que o ator dá a solução do problema em função de inserção social, valores, conhecimentos e necessidades ponderadas pela possibilidade de enfrentar o problema. O interesse é o sinal com que o ator se situa ante a realidade do contexto de trabalho, podendo ser: manter a realidade (sinal negativo), mudar a realidade (sinal positivo) e indiferença (neutro). A pontuação atribuída (0 a 10) visa identificar a relevância do problema.

Tabela 1 - Matriz 1 de seleção de problemas.

Problemas Identificados	Valor	Interesse	Pontuação
Falta de padronização das ações	Médio	+	
Falta de integração entre os entes do SNVS	Médio	+	
Falta de julgamento dos processos	Alto	+	10
Falta de organização da gestão e de apoio para a VISA	Alto	+	8
Comunicação intra e intersetorial deficiente	Alto	+	7
Desvalorização dos profissionais da VISA	Alto	+	9
Interferência política	Baixo	Neutro	
Falta de ferramentas de trabalho	Médio	+	
Descontinuidade dos processos	**Alto**	**+**	**10**
Gestores escolhidos mediante interesse políticos	Baixo	Neutro	
Falta de informação da população sobre a VISA	Alto	+	10
Deficiência de ações de educação em saúde	Alto	+	10

Fonte: Elaborada pelos autores

Em seguida, a partir dos resultados da matriz 1 foi aplicada matriz 2 de seleção de problemas (Tabela 2), onde foram atribuídos pelo grupo os critérios de importância (muito baixa, baixa, média, alta e muito alta), urgência (atribuindo o máximo de 50 pontos) e o critério de governabilidade (dentro, parcial e fora).

Tabela 2 - Matriz 2 de seleção de problemas

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	GOVERNABILIDADE	ORDEM DE PRIORIZAÇÃO
Falta de organização da gestão e de apoio para a VISA	Muito baixa	0	Parcial	5
Valorização dos profissionais da VISA	Média	10	Parcial	3
Descontinuidade dos processos	Muito Alta	20	Dentro	1
Falta de informação da população sobre a VISA	Baixa	5	Dentro	4
Deficiência de ações de educação em saúde	Alta	15	Dentro	2

Fonte: Elaborada pelos autores

O problema selecionado com base nos resultados da matriz de seleção de problemas 2, foi a descontinuidade dos processos administrativos sanitários. A partir desse problema foi construída a árvore explicativa de problemas, apontando as causas e efeitos deste agravo. Posteriormente foram discutidos e propostos pela equipe os indicadores (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
Quantidade de processos administrativos sanitários com penalidades publicadas no D.O.	Saber quantos processos administrativos sanitários são finalizadas legalmente	N º publ. no DO X 100 Nº penalid. aplicadas	Brasil/ Ceará/ Fortaleza	VISA –SR CEVISA NUVIS ANVISA
Proporção entre o Nº de autos lavrados e o Nº de processos julgados	Avaliar a continuidade do processo administrativo sanitário instaurado.	Nº proc. julgados X 100 Nº de autos lavrados	Brasil/ Ceará/ Fortaleza	VISA –SR CEVISA NUVIS ANVISA
Proporção entre o Nº de autos de infração lavrados e o Nº de pareceres fiscais elaborados	Avaliar a participação do fiscal no julgamento do processo administrativo sanitário instaurado.	Nº de parec. fiscais X 100 Nº de autos de infr.	Brasil/ Ceará/ Fortaleza	VISA –SR CEVISA NUVIS ANVISA
Proporção entre as penalidades aplicadas (advertência, multa e outras)	Avaliar o parâmetro usado para a aplicação das penalidades impostas	Nº de adv. aplic. X 100 Nº de proc. julgados Nº de multa aplic. X 100 Nº de proc. julgados Nº de outras penal. X 100 Nº de proc. julgados	Brasil/ Ceará/ Fortaleza	VISA –SR CEVISA NUVIS ANVISA

Em seguida, para apontar os atores que podem contribuir na modificação da realidade, o grupo discutiu e aplicou a matriz de identificação e relevância de atores sociais, utilizando os critérios de valor, interesse e pontuação (abaixo).

Tabela 4 - Matriz de identificação e relevância dos Atores Sociais

ATOR	VALOR	INTERESSE	PONTUAÇÃO
Prefeito de Fortaleza	Alto	+	10
Secretária Municipal de Saúde	Alto	+	10
Coordenadora COVIS	Médio	0	8
Gerente da CEVISA	Médio	+	9
Coordenador CVPAF/ANVISA-CE	Baixo	0	7
Coordenadores Distrito de Saúde -SRs	Baixo	0	7
Representante GT-GRPFOR	Alto	+	10
Representantes VISA-SRs	Médio	+	9

Fonte: Elaborada pelos autores

Posteriormente a equipe realizou o levantamento dos autos de infração da vigilância sanitária do município de Fortaleza e da Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA), nos anos de 2011, 2012 e 2013. Os dados dos indicadores referentes ao município de Fortaleza foram obtidos através da coordenadoria de Vigilância em Saúde. Já a vigilância sanitária estadual informou à equipe que no momento não tinha como obter as informações acerca dos processos administrativos sanitários. Os dados da ANVISA, foram obtidos da CVPAF-CE.

5 DADOS E INDICADORES

5.1 Dados e indicadores da Vigilância Sanitária do município de Fortaleza

A cidade de Fortaleza, capital cearense, possui mais de 2,5 milhões de habitantes em uma área de 314,93 km², é a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91ª mais populosa do mundo. É a cidade nordestina com a maior área de influência regional e possui a terceira maior rede urbana do Brasil em população, atrás apenas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Fortaleza tem o 9º maior PIB municipal da nação e o maior do Nordeste e é um importante centro industrial e comercial do Brasil, com o sétimo maior poder de compra do país. É uma das capitais do Nordeste mais procurada por viajantes nacionais e também uma das 12 sedes da Copa do Mundo FIFA de 2014.

Apesar de seu grande desenvolvimento nas mais diversas áreas, destacando a produção industrial e o turismo, Fortaleza não vê suas políticas de saúde pública acompanharem seu desenvolvimento, particularmente a estrutura de Vigilância Sanitária, que atua de maneira incipiente por falta de investimento e interesse do Poder Público Municipal, deixando assim de cumprir sua missão (artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal 8080/90).

Fortaleza possui administração municipal dividida em 6 (seis) Secretárias Regionais (SR's). Na organização atual, os fiscais têm como ponto de apoio para o exercício de sua profissão as SR's e a Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA). Esta última, de acordo com organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) faz parte da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS) juntamente com as Células de Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador, de Sistema de Informação e Análise em Saúde, de Vigilância Ambiental e de Riscos Biológicos. (Fonte Diário Oficial do Município de Fortaleza, publicado em 12 de abril de 2013)

Os dados a seguir ratificam que o perfil de vigilância sanitária ora apresentados ainda estão aquém das demandas de um município de porte de Fortaleza.

Tabela 5 - MUNICÍPIO DE FORTALEZA

PROCESSOS ADMINISTRATIVOS SANITÁRIOS								
		SR A	SR B	SR C	SR D	SR E	SR F	**TOTAL**
2011	INSTAURADOS	0	161	26	31	74	14	**296**
	JULGADOS	0	0	0	14	0	0	**14**
	CONCLUÍDOS	0	0	0	0	0	0	**0**
2012	INSTAURADOS	45	577	40	22	166	29	**879**
	JULGADOS	0	51	4	0	0	0	**55**
	CONCLUÍDOS	0	0	0	0	0	0	**0**
2013	INSTAURADOS	77	556	30	100	111	63	**937**
	JULGADOS	0	5	22	0	0	0	**27**
	CONCLUÍDOS	0	0	0	0	0	0	**0**

Fonte: COVIS

A administração pública tem o dever explícito de decisão nos processos administrativos sanitários (LIMA, 2009). A finalização tem significativa importância, por vezes relegada pela vigilância sanitária, uma vez que possibilitará responsabilizar a pessoa física ou jurídica de suportar a sanção de uma consequência de sua ação antijurídica, típica e punível, além da caracterização de reincidência (DELGADO, 2013).

O processo administrativo é o gênero, que se reparte em várias espécies, dentre as quais se apresenta o Processo Administrativo Sanitário, regulado pela Lei Federal nº 6.437/77, utilizado para apurar as infrações à legislação sanitária.

A instauração do Processo Administrativo Sanitário ocorre mediante a lavratura do Auto de Infração Sanitária, o qual se constitui na peça inaugural do processo. Após a lavratura do Auto de Infração Sanitária, o mesmo deve ser capeado, numerado e protocolado. O conjunto das peças do processo, como o Termo de Interdição, defesa, laudos, entre outros, constituem os autos que contêm os atos processuais. **(Manual de Processo Administrativo Sanitário. 2ª Edição, revisada e atualizada. Porto Alegre, 2010.)**

A estrutura para julgamento dos processos administrativos sanitários no município de Fortaleza é composta por uma autoridade julgadora que é nomeada para cada regional. A regional II se diferencia das demais por contar também com advogados que prestam assessoria jurídica.

A tabela 1, mostra o número de processos administrativos sanitários instaurados nos anos de 2011, 2012 e 2013. Comparando-se os dados das regionais observa-se que a regional B nos anos de 2012 e 2013 teve o maior número de processos instaurados. Isso se deve ao maior número de estabelecimentos que pertencem à citada regional. No entanto, no ano de 2011, embora tenha sido a regional com maior numero de processos instaurados, a regional C se sobressai com relação ao julgamento dos processos. Verificou-se, nos anos

de 2012 e 2013 que as únicas regionais que apresentaram julgamentos pela autoridade sanitária foram a B e a C. Estabelecendo-se uma comparação entre os anos, verifica-se que o número de processos instaurados teve um acentuado aumento no decorrer dos períodos. Isso se deve possivelmente ao ingresso de novos fiscais, através de concurso realizado no município. Embora verificado um aumento no julgamento dos processos entre os anos de 2011 e 2012, houve uma diminuição no julgamento dos processos do ano de 2012 para 2013. Isso se deve possivelmente a mudança de gestão municipal, onde o setor de vigilância sanitária de cada regional teve que aguardar a nomeação da autoridade julgadora.

De acordo, com esses resultados, pode-se afirmar que essa situação é alarmante e traz um impacto extremamente negativo para a vigilância sanitária, uma vez que os infratores terminaram impunes. Isso leva ao descrédito da população quanto à atuação da vigilância sanitária. Corroborando com essa afirmação Piovesan e col. (2005) observaram que 75% dos serviços de Vigilância Sanitária não tinham visibilidade para a sociedade, 87,5% dos entrevistados desconheciam seu papel de proteção e promoção da saúde, 75% não entendiam o exercício de seu poder de polícia, 87,5% consideraram que a influência político-partidária prevalecia sobre a missão da Vigilância Sanitária e, na totalidade dos municípios pesquisados, a Vigilância Sanitária não tinha influência no contexto político-social.

Verificou-se com os dados da tabela 5 que 100% dos processos julgados não tiveram a publicação em diário oficial, desse modo, de acordo com a lei 6437/77, os mesmos não foram concluídos. Resultado diferente foi obtido pelo município de Divinópolis em Minas Gerais, onde foram instaurados 60 e 54 e concluídos 63 e 28 processos, respectivamente, nos anos de 2012 e 2013. A baixa resolutividade dos processos administrativos encoraja os infratores da legislação sanitária a continuarem com seu comportamento, uma vez que sabem que ficarão impunes e permanecendo como réus primários. Situação semelhante é encontrada em Salvador, onde os trabalhadores da vigilância sanitária relataram que há demora/lentidão no processo administrativo e ausência da instituição de penalidades, inclusive a VISA deixa de arrecadar com esse problema (Leal, 2007). Há desta forma, o comprometimento do poder de polícia da VISA.

Esses resultados também desmotivam os profissionais de vigilância sanitária no agir do cotidiano, no exercer o poder de polícia, pela não resolutividade e descrédito das ações. De acordo com Sales Neto (2013), apenas 18,52 % dos profissionais de vigilância sanitária do município de Fortaleza estavam totalmente satisfeitos com o seu trabalho. Observou-se, também nesse trabalho, que a não aplicação de penalidades foi o fator que dificulta o trabalho, mais votado (38,89%) em pesquisa realizada com os servidores.

Desse modo, de acordo com os resultados obtidos, pode-se afirmar que o modelo estrutural adotado pelo município de Fortaleza para julgamento dos processos administrativos sanitários, não tem obtido êxito em sua atuação.

Tabela 6 - MATRIZ DE INDICADORES - MUNICÍPIO DE FORTALEZA

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	INDICADOR ANO 2011		INDICADOR ANO 2012		INDICADOR ANO 2013		CATEGORIAS	FONTES
Proporção entre o nº de autos lavrados e o nº de processos julgados	Avaliar a continuidade do PAS instaurado	SR A	0%	SR A	0%	SR A	0%	Fortaleza	Cevisa
		SR B	0%	SR B	8.83 %	SR B	0.8%		
		SR C	0%	SR C	10%	SR C	73.3 %		
		SR D	43.4 %	SR D	0%	SR D	0%		
		SR E	0%	SR E	0%	SR E	0%		
		SR F	0%	SR F	0%	SR F	0%		
		Fortaleza	4.72 %	Fortaleza	6.25 %	Fortaleza	2.88 %		
Quantidade de PAS com penalidades publicadas no DOM	Quantos PAS são finalizados legalmente	0%		0%		0%		Fortaleza	Cevisa
Proporção entre o nº de autos lavrados e o nº de pareceres fiscais elaborados	Avaliar a participação do fiscal no julgamento do processo administrativo instaurado	Dados não obtidos		Dados não obtidos		Dados não obtidos		Fortaleza	Cevisa
Proporção entre as penalidades aplicadas	Avaliar o parâmetro usado para a aplicação de penalidades	Dados não obtidos		Dados não obtidos		Dados não obtidos		Fortaleza	Cevisa

Fonte: COVIS

Para que seja possível uma atuação adequada, que propicie meios de ser cumprida a legislação, não é necessário apenas o conhecimento das normas, mas a sua aplicação. E esta aplicação se dá nas práticas adotadas pelos agentes públicos e se concretiza na parte formal da atuação da Vigilância Sanitária, isto é, no processo administrativo, que deve ser conduzido estritamente dentro das regras que o norteiam sob pena de anulação de todo o trabalho material desenvolvido pelos agentes. **(Manual de Processo Administrativo Sanitário. 2ª Edição, revisada e atualizada.Porto Alegre, 2010.)**

Mensurando os indicadores propostos, encontramos que nenhum processo administrativo sanitário foi publicado no Diário Oficial do Município no período de 2011 a 2013 e a Lei 6437/77 é bem clara quando fala que a conclusão do processo será feita após a publicação, na imprensa oficial, da decisão final pela autoridade sanitária. Esse indicador nos mostra que nenhum PAS foi concluído, legalmente, no Município de Fortaleza.

Somente após a efetivação das medidas impostas (aplicação e execução da penalidade ou decisão não condenatória) e publicação da decisão, o processo estará apto a ser encerrado e poderá ser arquivado.

O auto de infração sanitária é o documento que dá início ao Processo Administrativo Sanitário, lavrado pela autoridade sanitária, fundamentado nas normas sanitárias, onde serão descritas as infrações constatadas (artigo 12 da Lei Federal n. 6.437/77).

Conforme legislação vigente, a autoridade sanitária hierarquicamente superior ao servidor que procedeu a lavratura do Auto de Infração Sanitária fará o julgamento inicial, ou seja, julgará apresentada ou não a defesa ou impugnação pelo autuado, conforme estabelecido no artigo 22, § 2º, da Lei Federal n. 6.437/77.

Outro indicador utilizado foi a proporção entre o número de autos lavrados e o número de processos julgados, avaliando, assim, a continuidade do PAS instaurado e verificou-se que no período de 2011 a regional D se sobressai dentre as demais. No ano de 2012, apenas as regionais B e C apresentaram valores calculáveis, tendo essa última a maior proporção. No ano de 2013, mantêm-se as mesmas regionais e a regional D continua com porcentagem maior.

Verificou-se ainda, que apenas duas regionais tiveram o julgamento dos processos instaurados, representando apenas 1/3 do universo de regionais do Município. Embora a regional B apresente o maior número de processos instaurados, o julgamento dos mesmos não é feito na mesma proporção.

Não foi possível o cálculo de todos os indicadores, pois o município não possui um sistema eficiente onde poderiam estar armazenadas as informações necessárias.

A partir da analises dos indicadores, ressalta-se a importância da criação das Juntas que dariam celeridade ao julgamento dos processos instaurados.

È necessário que as ações dos fiscais sanitários estejam plenamente embasadas nos princípios constitucionais, administrativos e nas regras jurídico-sanitárias vigentes, de forma a salvaguardar os direitos do administrado fiscalizado e, ao mesmo tempo, atingir a finalidade básica de proteção do interesse coletivo da saúde. **(Manual de Processo Administrativo Sanitário. 2ª Edição, revisada e atualizada.Porto Alegre, 2010.)**

5.2 Dados e Indicadores da CVPAF – Ceará

5.2.1 Gerência de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.

A Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF), tem como responsabilidade, garantir o controle sanitário desses locais em todo o país. Atuando de forma conjunta com outros órgãos do governo, como Polícia Federal, Receita Federal e Mapa, as ações da gerência abrangem a infraestrutura desses locais, os meios de transportes, viajantes, produtos e serviços.

As ações da GGPAF são exercidas em Brasília, nas 27 coordenações e 83 postos da Anvisa, localizados em pontos de entrada considerados estratégicos para o país. A localidade dos postos é definida levando-se em consideração o fluxo de viajantes e de meios de transporte internacionais, o posicionamento geográfico e a vulnerabilidade sanitária e epidemiológica.

O controle sanitário de Portos e Fronteiras constitui umas das práticas mais antigas de saúde pública, e mais recentemente, o controle de aeroportos e estações ferroviárias de conexões internacionais. Ele é exercido por meio do poder de polícia e deve ser pautado na legislação sanitária vigente, que atribui à ANVISA exercê-lo na forma de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios (art. 2°, IV, da Lei n° 9.782/99).

Consoante o artigo 6°, caput, da Lei de criação da ANVISA, a agência tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras. Os portos, aeroportos e fronteiras, portanto, constituem áreas que, historicamente, sujeitam-se à legislação sanitária e são de plena competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, seja para fiscalização ou para a execução de suas atividades.

São atribuições da Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados:

I - orientar e controlar as atividades sanitárias que visem evitar a introdução e expansão de doenças transmissíveis e seus vetores, através de portos, aeroportos, fronteiras, e seus respectivos terminais de passageiros e cargas, entrepostos, estações aduaneiras, meios e vias de transporte aéreos, marítimos, fluviais, lacustres e terrestres do país, em consonância com os órgãos de saúde dos níveis estadual e municipal, bem como com outros órgãos federais atuantes na área;

II - orientar, controlar e emitir parecer referente à vigilância sanitária de estrangeiros que pretendam ingressar e fixar-se no país, de acordo com a legislação específica;

III - acompanhar indicadores da situação sanitária nacional e internacional, incluindo o desenvolvimento de epidemias, especialmente de síndromes de notificação internacional e de doenças de notificação no território nacional, promovendo as medidas de vigilância sanitária, que visem impedir a sua disseminação no país, através de meios e vias de transportes aéreos, marítimos, fluviais, lacustres e terrestres;

IV - propor ao Diretor da área as medidas e formalidades sanitárias relativas a tráfego no território nacional, de veículos terrestres, marítimos, fluviais e aéreos, bem como os que se referem aos passageiros, tripulação e carga;

V - estabelecer a qualificação sanitária para designação de portos, aeroportos e postos de fronteira, estações de passageiros e pontos de apoio rodoferroviário para os fins previstos nas legislações nacional e internacional;

VI - orientar e controlar a vacinação e emissão de Certificado Internacional de Vacinação Anti-amarílica nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras;

VII - estabelecer, propor e coordenar a execução das medidas e formalidades relativas à fiscalização de cargas importadas e exportadas, sujeita ao regime de vigilância sanitária, em conjunto com as demais unidades e gerências envolvidas, inclusive autorizar a importação e exportação de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária;

VIII - cooperar com outros órgãos do Ministério da Saúde, serviços sanitários estaduais ou locais nas medidas de vigilância epidemiológica que visem evitar a propagação de doenças transmissíveis;

IX - propor ao Diretor da área e orientar as atividades de vigilância epidemiológica e controle de vetores nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras;

X - propor ao Diretor da área medidas e formalidades sanitárias relativas à inspeção e fiscalização da prestação de serviços e produção de bens de interesse da saúde pública nas áreas de portos, aeroportos, estação de fronteiras, entrepostos e estações aduaneiras;

XI - promover e implantar fluxo de informações e sugestões entre as coordenações de portos, aeroportos e fronteiras dos Estados e seus usuários.

XII – Julgar os processos administrativos de infrações à legislação sanitária federal, referentes a portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (NR) (Inclusão dada pela Portaria nº 783, de 13 julho de 2009 – publicada no DOU 14.07.2009)

5.2.2 Processos Administrativos Sanitários em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.

No âmbito de sua competência legal e regimentar, após a realização das atividades de fiscalização, a autoridade sanitária incumbida de inspecionar os portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, deve emitir os termos legais, documentos que tem o objetivo de dar publicidade e transparência ao ato fiscalizatório. O termo legal exarado depende do que for verificado durante a inspeção. Entre os termos legais emitidos estão o termo de inspeção, o termo de interdição, o termo de desinterdição, as notificações e o auto de infração sanitária.

O auto de infração sanitária é um documento lavrado e assinado pela autoridade sanitária contra a pessoa que comete a infração sanitária, no qual descreve o ato ou fato constitutivo da transgressão e qualifica o infrator que através dele, toma conhecimento da instauração de um processo administrativo, contra si, para a apuração de sua responsabilidade. Por sua vez, o processo administrativo sanitário é uma sucessão encadeada de atos, juridicamente ordenados, visando à apuração das infrações sanitárias, destinados todos à obtenção de um resultado final, que consubstancia uma determinada decisão administrativa.

O trabalho da ANVISA, executado através da Coordenação de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, nos pontos de entrada que estão sob sua responsabilidade, notadamente portos e aeroportos do Ceará, é incessante e por seu turno, resulta na apuração de desvios ao cumprimento da legislação sanitária vigente, o que a depender do risco apurado para a saúde pública, repercute na lavratura do auto de infração sanitária e a consequente instauração do processo administrativo sanitário.

O processo administrativo sanitário segue uma sucessão de atos ordenados e que culmina na publicação da decisão administrativa. Embora não haja etapa mais ou menos importante por ser uma sucessão de atos ordenados e encadeados, é de se esperar que os processos administrativos sanitários instaurados, sejam corretamente julgados e concluídos após publicação da decisão acerca do apurado.

Para verificar o andamento dos processos administrativos sanitários na CVPAF-CE, foram apurados os dados dos processos instaurados entre os anos de 2011 e 2013, sendo estes dados mostrados a seguir. Ei-los:

Tabela 7: TABELA DE PAS – CVPAF-CE

	PROCESSOS ADMINISTRATIVOS SANITÁRIOS		
	INSTAURADOS	JULGADOS	CONCLUÍDOS
2011	34	22	15
2012	46	30	18
2013	19	10	01
TOTAL	99	62	34

Fonte: CVPAF-CE

Tabela 8: MATRIZ DE INDICADORES – CVPAF-CE

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	INDICADOR ANO 2011	INDICADOR ANO 2012	INDICADOR ANO 2013	CATEGORIAS	FONTES
Proporção entre o nº de autos lavrados e o nº de processos julgados	Avaliar a continuidade do PAS instaurado	64,7%	65,2%	52,6%	Fortaleza	CVPAF-CE
Quantidade de PAS com penalidades publicadas no DOU	Quantos PAS são finalizados legalmente	15	18	01	Fortaleza	CVPAF-CE
Proporção entre o nº de autos lavrados e o nº de pareceres fiscais elaborados	Avaliar a participação do fiscal no julgamento do processo administrativo instaurado	100%	100%	100%	Fortaleza	CVPAF-CE
Proporção entre as penalidades aplicadas	Avaliar o parâmetro usado para a aplicação de penalidades	68,1%	60%	10%	Fortaleza	CVPAF-CE

Fonte: CVPAF-CE

Conforme já citado anteriormente, a finalização ou conclusão do processo administrativo sanitário tem significativa importância, por possibilitar responsabilizar ao infrator de suportar a sanção de uma consequência da sua ação antijurídica, típica e punível. Depreende-se da observação dos dados dos processos instaurados nos anos em comento, que estes processos não foram em sua totalidade concluídos.

A análise dos motivos que levam à realidade mostrada não é tarefa fácil, assim como também não é fácil a apuração da infração sanitária no seu encadeamento lógico para a promulgação da decisão administrativa. É necessário, portanto a verificação das causas e o impacto de possíveis intervenções para melhorá-lo.

Todas as atividades da ANVISA seguem um rito, orientadas por uma estrutura organizacional interna, que disciplina o funcionamento da instituição como um todo. A estrutura organizacional é monitorada e analisada a todo o momento, podendo sofrer ajustes ou modificações como forma de dar melhores respostas aos anseios sociais.

A Portaria n° 355, de 11 de agosto de 2006, através do seu Art. 1°, Aprovou e promulgou a estrutura organizacional interna complementar ao funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ante o interesse da Administração e sob a consideração dos princípios como os da celeridade e da economia processual, a Portaria 355, teve uma modificação dada pela Portaria 1.780, de 13 de dezembro de 2010, em seu capítulo IX, da gerência geral de gestão administrativa e financeira, sendo acrescido a Seção X, que trata da Coordenação Administrativa de Infrações Sanitárias, entre cujas atribuições estão as seguintes:

Art. 28-B. São atribuições da Coordenação Administrativa de Infrações Sanitárias:

I – coordenar as atividades de atendimento ao agente regulado no parlatório e no protocolo documental, referentes aos Processos Administrativos Sanitários;

II – auxiliar as unidades organizacionais da Anvisa na execução das atividades relacionadas a Processos Administrativos Sanitários;

III – coordenar e operacionalizar o fluxo documental relativo a processos Administrativos Sanitários executando as atividades de apoio essenciais ao impulso do processo;

IV – dar conhecimento ao agente regulado sobre atos praticados em processos Administrativos Sanitários;

V – executar os procedimentos gerais de protocolo e tramitação documental no âmbito da Anvisa, referentes a processos administrativos sanitários;

VI – executar o procedimento de triagem, distribuição e expedição documental, observando as prioridades e o sigilo dos documentos referentes a processos administrativos sanitários;

VII – adotar os procedimentos operacionais padrão para recebimento, protocolo, triagem, cadastramento, distribuição e expedição de documentos definidos pela Unidade de Atendimento ao Público referente a Processos Administrativos Sanitários;

VIII – monitorar os prazos de respostas das áreas internas às demandas relacionadas a autos de infração à legislação sanitária;
IX – providenciar, relativamente a processos administrativos sanitários, a extração de cópias e certidões, regularmente requeridas;
X – providenciar vistas aos processos administrativos, quando requisitadas;
XI – controlar a documentação relacionada à execução das decisões proferidas nos processos administrativos;
XII – formatar textos para posterior publicação das decisões proferidas em processos administrativos, por meio da imprensa nacional; e
XIII – executar os demais procedimentos de apoio administrativo necessários ao andamento dos processos administrativos sanitários;

Desta forma, vê-se que dentro de sua estrutura organizacional constituiu-se na ANVISA, uma área dedicada a melhorar os tramites processuais ligados às infrações sanitárias, dando suporte às demais áreas (semelhante às juntas). Para melhor atender à Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, ainda nesta matéria, foram criadas duas coordenações, cujas atribuições estão expostas a adiante.

São atribuições da Coordenação do contencioso administrativo sanitário em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados:
I – assessorar as áreas integrantes da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no cumprimento das normas concernentes à lavratura do Auto de Infração Sanitária e outros assuntos de sua competência;
II – promover de forma articulada, com a Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados e as Coordenações de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados nos Estados, a harmonização e uniformização dos procedimentos relativos aos Processos Administrativos Sanitários;
III – dar cumprimento às decisões judiciais referentes aos Processos Administrativos Sanitários;
IV – preparar os Processos Administrativos Sanitários para a Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados;
V – revisar e sugerir a atualização das condutas infratoras frente à legislação sanitária federal;
VI – subsidiar nas informações quanto ao adequado cumprimento das decisões judiciais acerca das atribuições da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados;

VII – examinar os recursos administrativos e elaborar as respectivas contra-razões como subsídio à decisão da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados para posterior encaminhamento à apreciação da Diretoria Colegiada;
VIII – encaminhar à área técnica competente os processos administrativos sanitários, para a inscrição na dívida ativa, por ausência de pagamento da multa;
IX demandar à autoridade competente que proceda junto à Procuradoria Federal, a emissão de parecer jurídico, com o objetivo de orientar as ações de fiscalização e garantir a legalidade dos atos relativos à área de atuação da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados;
X – responsabilizar-se pela gestão dos dados e informações atinentes aos autos de infração sanitária da sua respectiva área de competência, bem como pela guarda física dos Processos Administrativos Sanitários;
XI – encaminhar para a publicação no Diário Oficial da União, as decisões administrativas referentes aos autos de infração sanitária sob sua responsabilidade, e;
XII – providenciar a extração de cópias, certidões, vistas aos processos, quando regularmente requeridas, bem como coordenar as atividades de atendimento ao agente regulado.

São atribuições da Coordenação de Instrução e Análise de Recursos Sanitários em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados:
I – aprimorar os procedimentos de análise, instrução e julgamento dos recursos administrativos interpostos contra decisões referentes à autos de infração sanitária;
II – instruir e analisar os recursos quanto ao juízo de admissão e mérito;
III – examinar os recursos administrativos e elaborar as respectivas contra razões como subsidio à decisão da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados para posterior encaminhamento à apreciação da diretoria colegiada;
IV – subsidiar a Diretoria Colegiada com as informações necessárias ao julgamento dos recursos de última instância;
V – contribuir para a elaboração de súmulas da Diretoria Colegiada;
VI – dar cumprimento às decisões judiciais referentes ao Processos Administrativos Sanitários, e;
VII – encaminhar a área competente, os arestos da Diretoria Colegiada referente à autuação.

5.2.3 Risco Sanitário

Mesmo com todo o aparato organizacional para tratar da celeridade, transparência e rigor quanto as formalidades legais no julgamento dos processos de infração sanitária, é necessário que as atividades prévias desenvolvidas, notadamente uma boa fiscalização sanitária embasada no risco sanitário, sejam realizadas de tal sorte que responda e dê subsídios para a boa apreciação e decisão administrativas.

Na Gerencia Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras as atividades de fiscalização sanitária estão sob o esteio da observação e gestão do risco sanitário, até mesmo o parecer do fiscal autuante, nos processos administrativos sanitários, devem pautar-se no risco sanitário. Esta tarefa tem sido facilitada com o advento do Sagarana, um sistema de gerenciamento do risco.

5.2.4 O sistema SAGARANA

SAGARANA é uma iniciativa da Gerencia Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Anvisa na padronização de processos de trabalho, gestão apoiada por indicadores e implementação de sala de situação em Emergências de Saúde Pública. O SAGARANA foi validado em projeto piloto com recursos do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS.

O nome do sistema é um neologismo de João Guimarães Rosa e quer dizer “algo semelhante a uma Saga”, traduzindo todos os esforços passados pelos profissionais que atuaram na vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras e os desafios futuros.

5.2.5 Resultados das Fiscalizações

As fiscalizações registradas no sistema Sagarana são realizadas utilizando roteiros padronizados onde são definidos valores para a Probabilidade e Severidade de cada controle previsto na legislação sanitária. Outra variável utilizada no cálculo do risco é a relevância daquele estabelecimento ou serviço de interesse sanitário.

No modelo de avaliação de riscos utilizado no sistema Sagarana, a Probabilidade e a Severidade atribuídas a cada controle podem variar de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, sendo as notas de 1 a 5 atribuídas respectivamente a esses conceitos. A Relevância de cada estabelecimento ou serviço, terceira variável empregada no cálculo de risco pelo sistema Sagarana, também utiliza escala semelhante de ponderação (valores variando de 1 a 5). A partir da multiplicação dos valores da Probabilidade e da Severidade do controle, pela Relevância do Estabelecimento ou Serviço tem-se o risco atribuído a cada

controle, sendo os valores limites para o PSR (Probabilidade x Severidade x Relevância) de cada controle apresentados na Tabela 1.

Tabela 9 – Valores do PSR

Valores Possíveis para o PSR de cada controle
1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 20, 24, 25, 27, 30, 32, 36, 40, 45, 48, 50, 60, 64, 75, 80, 100 e 125

Fonte: GGPAF

Os dados das fiscalizações são digitados pelos próprios fiscais no software Risk Manager, que calcula o risco a partir da multiplicação dos valores dessas duas variáveis (Probabilidade e Severidade) em cada controle sendo esse resultado multiplicado pela Relevância do estabelecimento ou Serviço inspecionado.

Dessa forma, cada controle avaliado durante a inspeção, como por exemplo, a higienização do ambiente de preparo dos alimentos ou a presença de equipamento para higienização das mãos em um restaurante previstos na Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, quando não estão satisfatórios durante a inspeção sanitária, ou seja, não está garantida a segurança sanitária, resultada em risco registrado e quantificado.

Com o somatório dos valores de risco sanitário de cada controle que compõe o roteiro padronizado de fiscalização, obtém-se o risco sanitário daquele Estabelecimento ou Serviço fiscalizado, naquele momento.

O índice de risco da fiscalização de um Estabelecimento ou Serviço é obtido pela razão entre o somatório dos valores dos PSR de cada controle verificado naquela inspeção e o somatório dos valores de PSR aplicáveis, previstos no roteiro dessa inspeção.

Assim, o índice de risco sanitário global é obtido pela razão entre o somatório dos riscos identificados em todas as fiscalizações realizadas em determinado período de tempo e os riscos aplicáveis as estas mesmas fiscalizações, representado pela fórmula:

$$\frac{\text{Riscos identificados em todas as fiscalizações registradas no sistema Sagarana no período}}{\text{Riscos aplicáveis nas mesmas fiscalizações}}$$

O indicador, por sua vez, será obtido pela fórmula:

$$\frac{\text{Riscos identificados em todas as fiscalizações registradas no sistema Sagarana no período} \times 100}{\text{Riscos aplicáveis nas mesmas fiscalizações}}$$

Considera-se controle como cada um dos itens passíveis de verificação em uma inspeção sanitária. A análise do risco analisado por roteiro de inspeção possibilita entender qual objeto de fiscalização apresenta maior risco.

Percebe-se que o próprio sistema auxilia na gestão do risco, consequentemente auxilia tanto na descrição da materialidade do fato, como no parecer ou relatório do fiscal, documentos importantes que compõem o processo administrativo sanitário.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Criação de Juntas de Julgamento

A Junta de Julgamento na área de Vigilância Sanitária tem como propósito julgar os processos administrativos sanitários do município de Fortaleza, em primeira instância, bem como os atos administrativos deles decorrentes, que versem sobre impugnação do Auto de Infração.

A Junta de Julgamento será composta por 05 (cinco) membros, sendo um o seu presidente, abrangendo fiscais da Vigilância Sanitária municipal de Fortaleza, sendo composta por pelo menos 1(um) representante das seguintes áreas: alimentos, serviços de saúde, produtos de interesse à saúde, indicados pela Célula de Vigilância Sanitária e designados pelo Secretário Municipal de Saúde, por Portaria. O Presidente da Junta será eleito pelo voto da maioria absoluta dos membros. Cada membro da junta possuirá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos. A junta contará com a atuação permanente de um servidor da assessoria jurídica do município e seu respectivo suplente, designados pela Assessoria jurídica do município por Portaria expedida pelo chefe do poder executivo.

Os membros da junta de julgamento devem:

I. Examinar e relatar os processos administrativos sanitários, bem como os atos administrativos dele decorrentes, que lhe forem distribuídos, apresentando, no prazo legal, relatório e parecer conclusivo, por escrito;

II. Pedir esclarecimentos, vista ou diligência, quando necessários;

III. Proferir voto fundamentado;

IV. Emitir parecer escrito ou verbal sobre matéria de competência do órgão.

O presidente da junta deve:

I - Presidir as reuniões deliberativas;

II - Proferir voto ordinário e, quando necessário, o de qualidade, sendo este fundamentado;

III - Determinar o cumprimento das diligências solicitadas pelos membros da Junta de Julgamento;

IV – Solicitar a execução das tarefas administrativas da Junta de Julgamento;

V - Proceder à distribuição dos processos aos membros.

A junta realizará, no mínimo, 1(uma) sessão por semana, podendo realizar sessões extraordinárias, quando necessário. Cada sessão contará com no mínimo 3 (três) membros,

estando presente pelo menos 1(um) de cada segmento, para a realização do julgamento. A junta funcionará de janeiro a dezembro. Os dias e horários das sessões referidas serão fixados por seu Presidente no início de cada período anual de sessões, podendo haver alteração em caso de necessidade motivada.

Quanto ao processo administrativo sanitário, não estando o processo devidamente instruído, o julgamento será convertido em diligência, a pedido do Relator, ou de qualquer Membro, após a discussão do relatório. O contribuinte terá prazo de dez dias para cumprimento da diligência que lhe for determinada, findo o qual julgar-se-á a questão de acordo com os elementos constantes no processo. O julgamento poderá ser adiado para a próxima segunda sessão, a pedido do Relator, quando a matéria necessitar de maior estudo.

É facultado a cada Membro pedir vista do processo, até a segunda sessão subsequente, na sequência de votação, antes de proferir seu voto. O Membro que pedir vista informará antecipadamente o prazo para devolução do processo. O processo com vista será apreciado até a segunda sessão subsequente, independentemente de inclusão na pauta. Findos os debates, o Presidente indagará dos Membros se estão habilitados a decidir e, em caso afirmativo, dará a palavra ao Relator para proferir seu voto. Proferido o voto do Relator, seguir-se-á a votação, na ordem da colocação dos Membros junto à mesa e no sentido horário, à exceção do Presidente que votará ordinariamente em último lugar. Em se tratando de julgamento de litígio que envolva várias questões e havendo divergências de votos sobre cada uma delas, o Presidente determinará a contagem de votos por parte, a fim de apurar a decisão vencedora.

A decisão vencedora será anunciada pelo Presidente, depois de anotada. No caso de empate na votação, o Presidente proferirá, além de seu voto ordinário, o voto de qualidade. Proclamado o resultado da votação, não mais poderá o julgador modificar o seu voto.

As decisões finais da junta de julgamento que impliquem em penalidades ao infrator serão publicadas no diário oficial do município de Fortaleza.

Das decisões condenatórias poderá o infrator recorrer, dentro de igual prazo ao fixado para a defesa, inclusive quando se tratar de multa. Mantida a decisão condenatória, caberá recurso para a autoridade superior, no prazo de 20 (vinte) dias.

7 CONCLUSÃO

Por meio desse projeto, não se pretendeu esgotar o tema referente à importância da conclusão de processos administrativos sanitários, tema este tão abrangente e complexo. Buscou-se apenas apresentá-lo de forma clara e objetiva para possibilitar e reforçar o entendimento sobre a importância e o papel da vigilância sanitária em proteger e defender a saúde da população.

Quebrar paradigmas para fazer surgir uma nova vigilância sanitária, aquela que de fato é capaz de proteger a saúde da população, intervir nos riscos decorrentes da produção, do uso de produtos e do uso de serviços, não é tarefa fácil, pois ao ser constituída sob a forma de um sistema em que as ações devam ser coordenadas entre Municípios, Estados e Distrito Federal, há de considerar as fragilidades e fortalezas de cada um dos entes federados.

Para promover uma atuação adequada, que propicie meios de ser cumprida a legislação, não é necessário apenas o conhecimento das normas, mas também sua aplicação. Dessa forma, o processo administrativo sanitário deve ser conduzido estritamente dentro das regras que o norteiam, sob pena de anulação de todo o trabalho material desenvolvido pelos profissionais legalmente investidos em suas funções.

Ademais, é necessário que as ações dos fiscais sanitários estejam plenamente embasadas nos princípios constitucionais, administrativos e nas regras jurídico-sanitárias vigentes, de forma a salvaguardar os direitos do administrado fiscalizado e, ao mesmo tempo, atingir a finalidade básica de proteção do interesse coletivo da saúde.

Por fim, nosso Projeto Aplicativo deseja instigar uma reflexão sobre a ainda acanhada eficácia das ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária local, a fim de que nós, atores importantes desse processo, venhamos a possuir instrumentos capazes de dar-nos condições de cumprir nosso papel com responsabilidade, eficiência e presteza, alcançando assim nosso objetivo enquanto saúde pública e um maior reconhecimento e valorização pelo Poder Público e pela Sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. R. A Caracterização do risco sanitário nos processos administrativos da vigilância sanitária. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 1, n. 2, jul/dez 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 31000/2009**: Gestão de riscos: princípios e diretrizes.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 1977.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 2010.

BRASIL. Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm. Acesso em: 8 abr. 2014.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional 2010.** Disponível em: http://censo2010.ibge.gov.br/resultados > Acesso em: 14 mai. 2014.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE (2010). **Área territorial oficial.** Resolução da Presidência do IBGE de n° 5 (R.PR-5/02).

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE (2013). **Estimativa Populacional 2013**. Censo Populacional, 2013.

CORDEIRO, R. G. F.; MELO, D. R. MANSO, M. E. G.; NECHIO, M.; CARVALHO, W. **Poder de polícia e as ações de vigilância sanitária**. Disponivel em: ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/161_45.pdf. Acesso em: 22 abr. 2014.

COSTA, E. A. O processo administrativo no âmbito da vigilância sanitária. In: **Vigilância sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. Disponívem em SciELO Books <http://books.scielo.org>.

COSTA, E. A. A vigilância sanitária e a saúde do consumidor. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

COSTA E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.15-40.

DELDUQUE, M. C. **Controle judicial da política pública de vigilância sanitária: a proteção da saúde no judiciário.** 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08122010-140717/. Acesso em: 05 abr. 2014.

DELGADO, J.S. O processo administrativo sanitário como instrumento de efetividade das ações de vigilância sanitária. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva,** Brasília, v.7, n.1, p. 225-240, 2013.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo.** 24.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

FONSECA, S.G.O.; FONSECA, E.P. Ações de vigilância sanitária no município de Divinópolis, Minas Gerais, entre 2008 e 2013. **Revista Visa em Debate,** Rio de Janeiro. v.2, n.1, p.27-32, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Guia de orientação para o gerenciamento de riscos corporativos.** São Paulo, SP: IBGC, 2007 (Série de Cadernos de Governança Corporativa, 3).

LEAL, C.O.B.S. **Análise situacional da vigilância sanitária em Salvador.** 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

LIMA, Y. O. R.; COSTA, E. A. O processo administrativo no âmbito da vigilância sanitária. **Scielo: Books**, Salvador, p.195-218, 2009.

LUCCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil.** 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 38. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

PIOVESAN, M.F. *et al.* Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** Rio de Janeiro. V. 8, n.1, p.83-95, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária. **Manual de processo administrativo sanitário.** 2. ed. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

SALES NETO, M.R. **Características e dificuldades do trabalho em vigilância sanitária na cidade de Fortaleza-CE**. 2013. Monografia (Especialização) - Fortaleza, 2013.

SOUTO, A. C. **Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil**. 1996. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, Salvador,1996.

TAUIL, R. **O poder de polícia e a fiscalização municipal**. 2006. Disponivel em: www.consultormunicipal.adv.br/novo/admmun/0030.pdf. Acesso em: 22 abr. 2014.

TESSLER, I. B. **A vigilância sanitária e os princípios da precaução e da prevenção**. In: Encontro Internacional dos Profissionais em Vigilância Sanitária-ABPVS, 4, 2004, Foz do Iguacú: TRF4ª Região, 2004,

CAROLINA ARRUDA GUIMARÃES
CEDENICE FERREIRA DA SILVA
CLEIZE CIBELE DA SILVA MIGUÉIS
HELEN ADRIANA DA SILVA MOREIRA
MARA PATRÍCIA FERREIRA DA PENHA
NEREIDE PINA MACIEL
ROSANGELA DE OLIVEIRA
ROSE MARIA PERALTA GUILHERME
VALÉRIA FRANCISCHINI

PROPOSTA PARA PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CUIABÁ EM SERVIÇOS DE SALÕES DE BELEZA E BARBEARIAS

Cuiabá – Mato Grosso
2014

CAROLINA ARRUDA GUIMARÃES
CEDENICE FERREIRA DA SILVA
CLEIZE CIBELE DA SILVA MIGUÉIS
HELEN ADRIANA DA SILVA MOREIRA
MARA PATRÍCIA FERREIRA DA PENHA
NEREIDE PINA MACIEL
ROSANGELA DE OLIVEIRA
ROSE MARIA PERALTA GUILHERME
VALÉRIA FRANCISCHINI

PROPOSTA PARA PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CUIABÁ EM SERVIÇOS DE SALÕES DE BELEZA E BARBEARIAS

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

Orientador: Victor Pagnosi Pacheco

Cuiabá – Mato Grosso
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Proposta para Padronização do Processo de Trabalho da Vigilância Sanitária de Cuiabá em Serviços de Salões de Beleza e Barbearias / Carolina Arruda Guimarães ... [*et.al.*] *(ordem alfabética).* Cuiabá, 2014. 30 p.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização de Gestão da Vigilância Sanitária, apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, em parceria com o Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Projeto vinculado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde.

Facilitador: Victor Pagnosi Pacheco

1. Risco sanitário. 2. Saúde coletiva. 3. Gestão de serviço

RESUMO

A beleza é um atributo cada vez mais importante nos dias atuais e tem demandado a busca por esses serviços, que devem estar preparados para prestar um atendimento seguro e qualificado. Insere-se ai a responsabilidade da Vigilância Sanitária (VISA) nas ações para eliminar e ou reduzir os riscos a saúde. Nesta perspectiva, este Projeto visa propor a reestruturação e normatização do processo de trabalho da VISA no município de Cuiabá nos serviços de salão de beleza e barbearia, no que se refere à relação documental para solicitação do Alvará Sanitário e roteiro de inspeção. Utilizou-se a metodologia do planejamento estratégico proposto por Carlos Matus para a elaboração do plano de ação a fim de intervir sobre o macro problema identificado: “deficiência no processo de trabalho da VISA do município de Cuiabá nos serviços de salão de beleza e barbearia”. O resultado esperado para este projeto é ter as ações de VISA regulamentadas nesse seguimento, com a padronização destas ações e consequentemente, minimizar os riscos a qual a população está exposta.

Palavras chave: risco sanitário, saúde coletiva, gestão de serviço.

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	06
2	OBJETIVOS	08
	2.1. GERAL	08
	2.2. ESPECÍFICOS	08
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	09
	3.1. PROCESSO DE TRABALHO	12
	3.2. RISCO SANITÁRIO	16
4	PERCURSOS METODOLÓGICOS	19
5	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
6	GESTÃO DO PLANO	25
	6.1. CRONOGRAMA	25
	6.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANO	26
	6.3. ANÁLISE DA VIABILIDADE	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	28

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Município de Cuiabá é a capital e maior cidade do estado de Mato Grosso. Está situada na margem esquerda do rio de mesmo nome e forma uma conurbação com o município vizinho, Várzea Grande. Segundo estimativas de 2013 do IBGE, a população de Cuiabá é de 569.830 habitantes, enquanto que a população da conurbação se aproxima de 820.000. Já sua região metropolitana possui 863.509 habitantes e o colar metropolitano quase 01 milhão. Sua mesorregião possui 1.100.512 habitantes, o que faz de Cuiabá uma pequena metrópole no centro da América do Sul. Fundada em 1719, ficou praticamente estagnada desde o fim das jazidas de ouro até o início do século XX. Desde então, apresentou um crescimento populacional acima da média nacional, atingindo seu auge nas décadas de 1970 e 1980 (PÓVOAS, 1980).

A respeito da Vigilância Sanitária (VISA), cada esfera de Governo tem uma competência e cabe aos municípios a execução das ações, amparadas em legislações federais, estaduais e também municipais. Esse é o processo chamado de municipalização das ações de VISA, onde está previsto que Estado e União devem atuar em caráter complementar quando o risco epidemiológico, a necessidade profissional e a necessidade tecnológica assim exigirem (COSTA, 2004).

Os serviços de salão de beleza e barbearia são atividades em expansão crescente no Brasil, desde a década de 80, em virtude dos valores e importância que a sociedade atribui aos padrões de beleza (SANTOS, 2006).

Recentemente, os trabalhadores desse segmento tiveram a profissão reconhecida com a publicação da Lei nº 12.592/2012, tornando também obrigatória a adoção das normas sanitárias vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dos estados e dos municípios (BRASIL, 2012).

No campo da Vigilância Sanitária, esses estabelecimentos são considerados de interesse à saúde e com a inexistência de uma regulamentação específica, clientes e profissionais ficam expostos aos riscos sanitários inerentes a esse tipo de prestação de serviços (SANTOS, 2006).

Os desafios estão postos, sendo necessário reestruturar as ações desses serviços, destacando as de proteção à saúde dos profissionais e da clientela. Nessa direção, as principais preocupações transitam no campo da biossegurança e da saúde do trabalhador, tais como: exposição frequente pelo uso de produtos químicos, não uso de equipamentos de proteção individual (EPI), manuseio, processamento dos materiais (alicates, espátulas, dentre outros); uso de equipamento apropriado para esterilização dos materiais, técnica adequada de descarte de materiais perfuro

cortantes, condutas adotadas após acidentes com material biológico e o desconhecimento dos mecanismos de transmissão microbiana (Hepatites B e C, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Micoses, Dermatite Seborreica, Tétano, Impetigo e Escabiose). Nesse contexto, é primordial a melhoria da qualidade dos serviços prestados, assim como das instalações físicas dos salões de beleza e barbearias (GARBACCIO, 2012).

Vale destacar que a maioria das pessoas desconhece as doenças que estão vulneráveis, ao frequentar o salão de beleza ou a barbearia. Essas doenças podem ser transmitidas de uma pessoa para outra, devido a não adoção de padrões de qualidade ao realizar os procedimentos. As pessoas, quando se utilizarem desses serviços, devem, além de pensar em ficarem mais bonitas, se atentar para como estão sendo prestados esses serviços na perspectiva de evitar danos à sua saúde.

A Vigilância Sanitária, enquanto responsável por ações de saúde de natureza preventiva, deve atuar sobre uma diversidade de fatores que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde individual e coletiva, com o intuito de diminuir, eliminar ou controlar o risco sanitário. Deste modo, as ações de VISA perpassam todas as práticas sanitárias, exercendo uma função mediadora entre os interesses da saúde e da economia, fazendo valer o princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, contribuindo, assim, para a proteção e promoção da saúde da coletividade (COSTA, 2004).

Para este Projeto Aplicativo, os dados referentes à emissão de Alvará Sanitário foram solicitados à Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVISA), vinculada à Diretoria de Vigilância em Saúde (DIVISA), pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), sendo extraídos do Sistema de Informação da VISA e da Gerência de Administração Tributária (GAT) do município de Cuiabá, referentes ao ano de 2012. Em relação ao segmento de salão de beleza e barbearia (CNAE 9602-5), observou-se que 1.625 estabelecimentos estavam com Alvará de Localização e Funcionamento ativos. Destes, 383 possuíam cadastro na Vigilância Sanitária de Cuiabá e apenas 61 obtiveram Alvará Sanitário naquele ano.

A Lei Complementar Municipal nº 004/1992 (Código de Posturas e Gerenciamento Urbano de Cuiabá), institui que os Alvarás Sanitários, de baixa e média complexidade, serão expedidos mediante análise documental, conforme aduz o artigo abaixo:

> Art. 331. º Fica acrescentado os §§ 9º e 10, ao Art. 331, com a seguinte redação: "...§ 9º O Alvará Sanitário será concedido em até 05 (cinco) dias após o requerimento que será apresentado devidamente instruído com a documentação necessária e terá sua validade confirmada, após a vistoria realizada pelo órgão

> competente, ou, será cassado no prazo de 90 (noventa) dias, caso as irregularidades detectadas não sejam sanadas; § 10 O Alvará Sanitário de que trata o parágrafo anterior, não será concedido às empresas que operam atividades de alta complexidade sem a necessária vistoria do órgão competente." (CUIABÁ, 1992; CUIABÁ, 2011)

De acordo com a Lei Complementar Municipal nº 107 de Cuiabá, os estabelecimentos são classificados em Baixa, Média e Alta Complexidade. Desse modo, a atividade de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia é considerada como ação de Baixa Complexidade. E, atualmente, na estrutura organizacional da VISA Cuiabá, as ações de Baixa e algumas de Média Complexidade são de competência dos Agentes de Fiscalização e Regulação, que possuem escolaridade de nível médio (CUIABÁ, 2003).

Muitos estabelecimentos de Salão de Beleza e Barbearia não foram inspecionados pela VISA Cuiabá e outros estão com o Alvará Sanitário vencido ou não validado. O grupo entende que o baixo número de alvarás sanitários expedidos para tal atividade se deve a dificuldade de se atender às normas vigentes. Pela demanda crescente do número de estabelecimentos de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia no Município de Cuiabá, o Grupo Afinidade 04 (GAF04) priorizou o tema e desenvolveu este Projeto Aplicativo (PA).

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Este Projeto Aplicativo (PA) propõe aos gestores municipais de Cuiabá reestruturar e normatizar o processo de trabalho da VISA no seguimento de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia, com o objetivo de ter padronizadas as ações, a fim de minimizar os riscos à saúde coletiva usuária desses serviços e, consequentemente, ter o aumento da cobertura desses estabelecimentos com Alvará Sanitário vigente.

2.2. ESPECÍFICOS

- ✓ Revisar a relação documental para o requerimento do Alvará Sanitário para os Serviços de Salão de Beleza e Barbearia;
- ✓ Elaborar roteiro para padronizar as inspeções sanitárias nos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia;
- ✓ Elaborar Minuta de Portaria para normatizar a relação documental e o roteiro de inspeção sanitária em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A VISA pode ser caracterizada “como um campo singular da Saúde Pública, de articulações complexas, de natureza econômico-jurídica, médico-sanitária, prática social e histórica estruturada pelo Estado para a defesa e proteção da saúde” (COSTA, 1999 apud SOUZA e COSTA, 2010, p. 3330). A característica que embasa seu processo de trabalho é a “... regulamentação sanitária, inspeção, fiscalização, registro de produtos, apreensões para análises, interdição de atividade, entre outras, realizadas para o controle de riscos” (SOUZA; COSTA, 2010, p. 3338).

Nesse contexto, o trabalho em VISA possui especificidades que distinguem dos demais na área da saúde:

> em relação ao objeto, aos meios de trabalho e elementos que compõe os seus processos de trabalho. Insere-se no espaço regulatório do Estado como serviço público estatal, com atribuições indelegáveis de controle sanitário, de processo, ambientes e da produção e consumo de bens e serviços de interesse à saúde (SOUZA; COSTA, 2010, p.3333).

Além disso, a Vigilância Sanitária envolve conhecimentos e práticas que:

> se situam no campo de convergência de várias disciplinas e áreas de conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, sociologia política, direito, economia política, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança, bioética e outros (COSTA; ROZENFELD, 2000, p.5).

Essas questões evidenciam que os processos de trabalho no âmbito da VISA são complexos (DUARTE; TEIXEIRA, 2009), principalmente porque são realizados por diversos trabalhadores, que possuem formações, habilidades e competências distintas, que repercutem na prática. Consequentemente, isso causa fragilidades ou deficiências, que nem sempre são fáceis de identificar e que as medidas para superá-las requerem entre outras estratégias, adoção de uma gestão participativa.

Em uma retrospectiva, as Ações de Vigilância Sanitária existem no Brasil desde o período da Colônia Portuguesa e tem como marco a Constituição Federal de 1988, especificamente em seu artigo 200. Posteriormente, a Lei nº 8080 de 1990, regulamenta as ações da VISA como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988; 1990).

Desde então, um dos desafios enfrentados é buscar estratégias para estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Nessa perspectiva, sendo a

descentralização uma das diretrizes do SUS, as ações de Vigilância Sanitária vem sendo transferidas gradativamente aos municípios, não acompanhando o processo de municipalização do SUS (CONASS, 2011).

Para efetivar a municipalização dos serviços, o processo iniciou com as Normas Operacionais Básicas (NOB), destacando a transferência de recursos financeiros federais, regulamentados pela NOB 01 de 1996 (BRASIL,1993;1996).

Lucchese (2008) afirma que uma plena estruturação da Vigilância Sanitária é requisito fundamental para implementar o SUS, principalmente em virtude do poder normativo e fiscalizador relacionados aos serviços de saúde e de interesse à saúde, para que sejam de qualidade e resolutivos.

Além disso, as ações de VISA envolvem o coletivo, tendo como objetivo central implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Por esse motivo é que se entende que essa área tem potencial importantíssimo, tanto para a reversão do antigo modelo assistencial de saúde, quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania no país, os quais devem refletir na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos (LUCCHESE, 2008).

A Vigilância Sanitária é um órgão regulador, de ação precípua do estado e deve pautar suas ações pelos princípios constitucionais da Administração Pública, como: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, em função da necessidade de regulamentar o processo de trabalho da Vigilância Sanitária de Cuiabá nos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia, decidiu-se por priorizar essa ação, sendo o objeto deste Projeto Aplicativo ou de Intervenção.

Para tanto, considerando o problema identificado e consensuado “Deficiência do processo de trabalho no segmento Salão de Beleza e Barbearia”, a fundamentação teórica aborda os nós críticos levantados: processo de trabalho e riscos sanitários.

Resumidamente, uma das ações propositivas deste PA é rever e normatizar a relação documental necessária para tais estabelecimentos requererem o Alvará Sanitário, bem como construir de maneira participativa, um instrumento formal para nortear a ações de VISA (roteiro de inspeção sanitária).

Assim, o próximo passo é publicizar as ações, por intermédio da divulgação oficial. Para Meirelles (2004), a publicidade não é elemento formativo do ato, é requisito de eficácia e moralidade, pois todo ato, em princípio, deve ser publicado porque pública é a administração que o realiza.

Os direitos à informação sobre os benefícios e riscos dos objetos no campo da Vigilância Sanitária são de direitos do cidadão e do consumidor. Sendo assim, a VISA deve não apenas fiscalizar produtos e serviços e as estratégias mercadológicas, como a propaganda, mas também divulgar informações adequadas e pertinentes, contribuindo para reduzir as assimetrias de informação e subsidiar uma ação mais proativa e participativa do cidadão, na defesa dos seus direitos (COSTA, 2009).

A Vigilância Sanitária tem como um dos atributos, a regulação de produtos e serviços, utilizando o poder de polícia administrativa como mecanismo para conter os abusos do direito individual, detendo atividades que revelar contrárias e nocivas ao bem estar social, desenvolvimento e segurança coletiva. Dispõe de um elastério muito amplo e necessário para adoção de normas e medidas específicas necessárias em situações de perigo presente ou futuro que ameacem ou possam lesar a saúde e segurança dos indivíduos e da comunidade (MEIRELLES, 2004).

Esse autor afirma ainda que as normas predominantemente são regulamentas no âmbito federal pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que os entes estaduais e municipais podem também normatizar de forma suplementar, principalmente situações que requerem legislação específica. Outro fator a considerar é que as questões sanitárias não se limitam às fronteiras (MEIRELLES, 2004).

Exemplo de uma dessas situações é o material publicado em 2009, pelo Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (NADAV), da ANVISA “Referência Técnica para o funcionamento dos serviços de estética e embelezamento sem responsabilidade médica”. Esse Núcleo enfatizou que o documento não possui valor legal, mas recomendações importantes para os estados e municípios instituírem legislações locais (ANVISA, 2009).

Dessa forma, compete ao município de Cuiabá, por meio da Vigilância Sanitária, instituir uma normativa, com um roteiro de inspeção sanitária definindo as condições mínimas para que esses serviços sejam prestados à sociedade, de forma a minimizar os riscos e danos à saúde.

Quanto ao segmento de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia, as principais legislações inerentes no âmbito da Vigilância Sanitária de Cuiabá são o Código Sanitário, regulamentado pela Lei Complementar Municipal nº 004/1992, a Lei Complementar Municipal nº 107/2003, que classifica os estabelecimentos de interesse a saúde por níveis de complexidade e a Lei Complementar nº 259/2011, que regulamenta a análise documental para emissão do Alvará Sanitário (CUIABÁ, 1992; 2003; 2011).

3.1 PROCESSO DE TRABALHO

De maneira geral, o processo de trabalho pode ser conceituado “como um conjunto de ações sequenciadas, que envolvem atividades da força de trabalho e a utilização dos meios de trabalho, visando o alcance de objetivos e metas” (SETA, REIS, PEPE; 2009, p. 225*)*.

Marx (1994) argumenta que no processo de trabalho, a atividade do trabalhador opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho, com objetivo de gerar produtos. Essa transformação está vinculada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

Embasada em Marx (1994), Costa (2009) afirma que não existirá processo de trabalho se não houver, ao mesmo tempo, o **agente,** os **meios de trabalho** e o **objeto,** que são necessários para a transformação de um processo de trabalho.

Portanto, cabe à Vigilância Sanitária conhecer todo o seu processo, buscando identificar as deficiências e, a partir daí, intervir no objetivo de saná-las. Tanto os objetos quanto os meios de controle sanitário se modificam ao longo do tempo e em cada sociedade em particular. Isso confere aos processos de trabalho da Vigilância Sanitária um caráter provisório e histórico, permeado por contradições geradas por interesses, muitas vezes antagônicos, entre a Saúde Pública e o mercado (SOUZA; COSTA, 2010).

A problematização do trabalho da VISA ocorre pelas especificidades de seus objetos, que são analisados pela sua dupla dimensão, ao mesmo tempo como meios de vida e mercadorias e considerados produções sociais.

Considerando que a finalidade mais ampla do processo de trabalho na VISA é promover e proteger a saúde, atuando sobre os determinantes e riscos (SETA, REIS, PEPE; 2009, p.225), o Estado, representado pelas ações da Vigilância Sanitária institucionalizada, deve buscar garantir, na dimensão sanitária, os “atributos” que são requeridos dos objetos de interesse da saúde para que se efetivem, no mercado, como bens sociais (SOUZA; COSTA, 2010).

Conceituando esses “... atributos são propriedades atinentes aos objetos concretos, definidos em normas, tais como: identidade, finalidade, qualidade, eficácia e segurança*”* (COSTA, 1999 apud SOUZA; COSTA, 2010, p. 3331), O significado desses atributos, nas normas e regulamentos, varia de acordo com o grau de

conhecimento e valores que se constrói acerca de cada objeto (SOUZA; COSTA, 2010).

Dessa forma, é dever da Vigilância Sanitária garantir à sociedade serviços com esses atributos. Considerando o objeto do PA em tela, a VISA deve garantir Serviços de Salão de Beleza e Barbearia com qualidade, eficácia e segurança, buscando normatizar e regular esse mercado a fim de minimizar os riscos sanitários inerentes. Além disso, deve fortalecer os processos de trabalho, capacitando os seus trabalhadores, pois ora são apontados como potenciais sujeitos de mudança e de reformulação das práticas de saúde, ora são considerados como “um fardo”, “um problema” a ser resolvido com medidas burocráticas (FORTUNA *et al*, 2002 apud GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

Ainda há escassas pesquisas ou mesmo publicações de experiências em relação a novas formas de gestão, que considerem os trabalhadores “sujeitos sociais”, capazes de interferir de forma positiva em seu ambiente de trabalho, utilizando de seus conhecimentos, experiências e disposição, sendo proativos junto à gestão, trazendo mudanças naquilo que é de sua governabilidade e não apenas como meros recursos (CAMPOS, 1992 apud GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

A Vigilância Sanitária é um setor dentro da saúde e do Sistema Único da Saúde, que traz consigo muitas especificidades, tornando-a complexa por ser multissetorial, exigindo conhecimentos multidisciplinares (SOUZA; COSTA, 2010).

Nesse contexto, Garibotti, Hennington e Selli (2006), na pesquisa que envolveu trabalhadores da VISA de três municípios da região metropolitana do Rio Grande do Sul (RS), constataram que a maioria deles não tinha formação específica sequer para atuar na área da saúde e, muito menos, na Vigilância Sanitária. Nem mesmo o pessoal de nível superior teve contato com conteúdos específicos da área durante o ensino de graduação.

A maioria dos cursos da área de saúde e afins não abrange a temática da Vigilância Sanitária em seus programas. Mesmo no ingresso, por meio de provas de concursos, o conteúdo específico cobrado não envolve todas as áreas do conhecimento necessário, ficando a lacuna que demanda tempo para ser preenchida, por meio da educação permanente em saúde (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

O conhecimento dos profissionais no campo da VISA ocorre, na maioria das vezes, num processo empírico, descontínuo e assistemático e, normalmente, sem comprometimento com o conhecimento técnico e eficácia da ação (SIQUEIRA, 2001 apud GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

A formação defronta-se com um conjunto de limitações que advém do tradicional isolamento institucional da Vigilância Sanitária no contexto da saúde e até do desconhecimento de sua função como ação de saúde. Assim, é fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento dos serviços, a articulação inter e intrasetorial, o investimento na formação profissional, na capacitação técnica e na apropriação de novas tecnologias (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

Lucchese (2008) também identificou baixo nível de escolaridade da equipe das Vigilâncias Sanitárias, demandando aos serviços, programas de capacitação de pessoal contínuos e extensos. Quando esse saber acumulado ao longo dos anos torna importante para a instituição, o servidor já está prestes a se aposentar e a instituição volta ao ciclo inicial, gerando gastos ao erário. Isso seria menos impactante se houvesse planejamento e implantação das normas e rotinas, de forma institucionalizada, proporcionando menor interferência de novos agentes políticos, que na maioria das vezes desconhecem as ações de Vigilância Sanitária.

É consenso o fato de que, para se implantar um Sistema de Vigilância Sanitária, é fundamental a definição de uma política satisfatória de recursos humanos que atenda a cada nível de governo e especificidade de cada região. Na prática, percebe-se o provisionamento de recursos humanos, sem estabilidade e sem prerrogativas inerentes à função reguladora, dentre as quais, estão a estabilidade e a dedicação exclusiva no emprego. A consequência disto é a alta rotatividade de profissionais, gerando instabilidade nos quadros e uma absorção acentuada dos técnicos mais qualificados pelo setor privado, mais competitivo e atraente (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

Nesse mesmo entendimento, Lucchese (2008) reforça que a ausência do cargo de fiscal sanitário e as baixas remunerações são prejudiciais ao serviço.

Na pesquisa realizada com trabalhadores da VISA, de três municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, foi relatada a falta de infraestrutura e ausência de condições mínimas para um trabalho digno. Faltam elementos básicos de um adequado ambiente de trabalho como: espaço físico, mobiliário, recursos tecnológicos, veículos, além de equipe mínima, pessoal de apoio administrativo, de limpeza e motorista (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

Os trabalhadores destacaram de forma unânime que a ausência de assessoria jurídica é um dos principais fatores limitantes para o desenvolvimento e efetividade das ações regulatórias, já que estas lidam diretamente com a legislação sanitária, exigindo ações fundamentadas em dispositivos legais e processos adequados à forma jurídica (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

O serviço de vigilância sanitária passou a regular outros serviços públicos municipais, como: creches, asilos, unidades de saúde e estaduais (como o sistema público de abastecimento de água) e, muitas vezes, os profissionais sofrem pressão político-administrativa por parte do poder executivo e/ou legislativo municipal Os trabalhadores destacaram de forma unânime que a ausência de assessoria jurídica é um dos principais fatores limitantes para o desenvolvimento e efetividade das ações regulatórias, já que estas lidam diretamente com a legislação sanitária, exigindo ações fundamentadas em dispositivos legais e processos adequados à forma jurídica (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

Isso reforça a necessidade de uma revolução sanitária na maneira em que se tem feito ações de Vigilância Sanitária. “O modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho é um dos temas mais problemáticos para o setor saúde” (MERHY; 1997 apud GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006, p. 1048). Evidencia-se que a ”fragmentação do trabalho, a gestão democrática incipiente, a divisão entre os pensantes e os executores favorecem a desresponsabilização, o descompromisso e os acordos velados entre os envolvidos nos serviços” (FORTUNA apud GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006, p. 1048).

Portanto, é necessário redesenhar um novo processo de trabalho mais dinâmico e efetivo, pois uma autoridade reguladora autônoma, com recursos financeiros e técnicos capacitados, é condição *sine qua non* para a implantação das ações regulatórias (COSTA, 2009).

3.2 RISCO SANITÁRIO

No campo da Vigilância Sanitária, é importante revisitar o conceito de risco à saúde. Para COSTA (2000), é a probabilidade de ocorrer efeitos adversos vinculados a objetos sobre o controle sanitário. As legislações recentes procuram utilizá-los com expressões mais precisas. Exemplo: fatores de risco, grau de risco, potencial de risco, gerenciamento de risco e risco potencial.

Na área de Vigilância Sanitária, o risco assume papel de categoria principal, pois é o fio condutor que orienta as práticas sobre cada um dos objetos e/ou processos sob sua responsabilidade. Entretanto, apesar da sua importância, não existe um consenso para o tratamento dessa categoria (COSTA, 2009).

As ações de VISA possuem certas especificidades: são ações de saúde dirigidas, fundamentalmente, ao controle de riscos reais e potenciais, ou seja, têm natureza essencialmente preventiva, não só de danos, mas dos próprios riscos (COSTA, 2009).

Portanto, as ações de Vigilância Sanitária em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia devem pautar por esses princípios, buscando sempre gerenciar os riscos, uma vez que é possível identificar alguns riscos químicos, biológicos, ora avaliados ou não, que podem comprometer a saúde tanto do usuário como do trabalhador (SÃO PAULO, 2005).

Percebe-se que de um lado há um público na busca incessante pela beleza e do outro lado, há também o interesse econômico, muitas vezes mercenário, atento ao nicho de mercado, visando apenas o lucro. Exemplo disso foi o uso dos produtos para alisamento de cabelo a base de formol nos Salões de Beleza, que trouxe grandes consequências aos usuários e manipuladores (SÃO PAULO, 2005).

Segundo Lucchese (2008), além das avaliações de risco serem sempre imprecisas, os objetos podem portar riscos possíveis não avaliados, devido à insuficiência do conhecimento científico. Tal fato também pode decorrer de desinteresse investigativo, pois o mercado está mais interessado em demonstrar eficácia do que riscos.

Dessa forma, os ambientes de Salão de Beleza e Barbearia são propícios a lançamentos de tendência de moda, criando-se muitas vezes necessidades artificiais apenas para fomentar o consumo. Exemplo disso é o tipo de cabelos, ora lisos, ora cacheados, tons de coloração, uso de unhas artificiais, como porcelanas e outros, configurando para a sociedade os riscos de consumo (COSTA, 2009).

Neste ambiente, marcado pela assimetria de informação, é fundamental a intervenção do Estado na função regulatória, com a finalidade de proteger a saúde da população, inclusive com atuação sobre a propaganda e a publicidade dos produtos e serviços de interesse à saúde (COSTA, 2009).

É inerente às ações de Vigilância Sanitária o gerenciamento do Risco, conforme, previsto na Lei 8.080, que em seu artigo 6º parágrafo primeiro diz:

> 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 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 a saúde (BRASIL, 1990).

Assim, faz-se necessária a ação regulatória nos ambientes de Salões de Beleza e Barbearias, pois atividades realizadas nesses estabelecimentos podem

propiciar a transmissão de microrganismos e de doenças como hepatite B e C (GARBACCIO; OLIVEIRA, 2012).

Adeleye (2004) apud Garbaccio e Oliveira (2012) afirma ainda que o vírus da hepatite B apresenta certa resistência no meio ambiente, podendo sobreviver por uma semana em amostra de sangue seco sobre alguma superfície. Ante ao exposto, é possível inferir que a má higienização, reutilização de material descartável e o não processamento dos materiais são possíveis fontes de contaminação.

Com o avanço tecnológico das indústrias de cosméticos, surgem novos produtos químicos no mercado que são utilizados nos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia e isso expõe trabalhadores e a clientela a riscos, podendo causar danos à saúde. Nessa perspectiva é mais iminente à necessidade da atuação da Vigilância Sanitária no monitoramento dessas práticas (GARBACCIO e OLIVEIRA, 2012).

A sistematização da análise do risco iniciou-se na década de 80, com um Comitê da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, amplamente aceita inclusive pelas Agências Regulatórias e comunidade acadêmica em duas dimensões básicas: Avaliação do Risco e Gerência do Risco. A primeira é mais científica, de caráter estatístico e epidemiológico, buscando a identificação do potencial do perigo, avaliação de dose-resposta e exposição, e ainda a caracterização do risco. É demorado, complexo, de alto custo, exigindo corpo técnico especializado e grande investimento em pesquisa e desenvolvimento. A segunda é mais político-administrativa, que através do risco avaliado nas pesquisas realizadas, pondera as alternativas políticas, econômicas e sociais para selecionar uma ação regulatória mais apropriada (LUCCHESE; 2008).

Nessa perspectiva, Costa (2009) afirma que o processo de gerenciamento, realizado pela autoridade reguladora, é composto de três etapas: estabelecimento das opções regulatórias e tomada de decisão incluindo a elaboração e publicação de normas; implantação das ações de controle e comunicação dos riscos e, avaliação das ações de controle.

No entanto, as ações de gerenciamento do risco não se limitam apenas aos resultados da avaliação, mesmo porque esse processo é cheio de incertezas, principalmente quando é necessário avaliar em longo prazo, substancias e processos suspeitos de causar algum dano, ou até mesmo por falta de pesquisas, sendo necessário lançar mão da ferramenta do gerenciamento denominada princípio da precaução, que consiste em suspender ou fazer o uso restrito e controlado (LUCCHESE; 2008).

Há algumas publicações científicas voltadas aos questionamentos da biossegurança em Salões de Beleza e Barbearia, mas pouco se questiona a respeito

dos riscos químicos ou toxicológicos até mesmo cancerígenos dos produtos utilizados nesses estabelecimentos.

Contudo, faz-se necessário o controle sanitário desses ambientes, principalmente pela Vigilância Sanitária Municipal, tomando como diretriz a referência técnica para o funcionamento dos serviços de estética e embelezamento sem responsabilidade médica, publicado pela ANVISA (2009).

Garbaccio e Oliveira (2012, p.710) com a revisão de literatura que realizaram, identificaram a produção científica mundial em relação ao conhecimento e adesão às recomendações de biossegurança entre os profissionais do segmento de estética e beleza. Destacaram a "falta de conhecimento técnico, fragilidades na formação técnica, a não adoção de protocolos para exposição a material biológico pelos profissionais e, sobretudo, a ausência de vigilância pelos órgãos da VISA, seja para ações de orientação, informação ou monitoramento de suas ações".

4. PERCURSOS METODOLÓGICOS

A metodologia Planejamento Estratégico Situacional (PES) é o foco de estudo na construção do presente Projeto Aplicativo (PA). Este método é proposto por Carlos Matus e pode ser subdividido em quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas, ou seja: momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Porém, cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais (MÜLLER NETO; SCHRADER, 2011)

Os participantes do Grupo compartilharam seus conhecimentos, inquietudes e desconfortos na perspectiva política e de gestão da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso, bem como da VISA do Município de Cuiabá. Essas inquietudes e desconfortos foram agrupados, possibilitando estabelecer cinco macroproblemas da VISA:

1. Deficiência no processo de trabalho intra e intersetorial;
2. Falta de avaliação permanente do planejamento com finalidade de corrigir as inconsistências;
3. Dados incipientes e informações subutilizadas;
4. Pouca inserção nas políticas de saúde por parte da VISA;
5. Falta de incentivo para os profissionais na produção e divulgação dos conhecimentos.

Posteriormente, definiu-se a ordem de prioridades dos problemas, desconsiderando aqueles em que a capacidade de enfrentamento está fora de

controle do grupo. Assim, o problema com maior nota foi selecionado, através da Matriz Decisória para a Solução do Problema (MATUS, 1996), definido como macroproblema a “Deficiência no Processo de Trabalho Intra e Intersetorial”.

A partir do macroproblema, priorizou-se como problema e ponto de partida para construção deste Projeto Aplicativo a “Falta de padronização do processo de trabalho da VISA do município de Cuiabá em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia”, considerando que existe uma grande lacuna na legislação quando se refere a este tipo de estabelecimento.

Em seguida, este problema foi analisado por meio da “Árvore Explicativa de Problemas”, que também é uma ferramenta utilizada pelo PES, no Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP) (MÉTODO MAPP, 1998), por ser bastante útil e eficaz para analisar problemas locais, especialmente por instituições que têm relação direta com a população, de modo a promover conscientização e envolvimento da comunidade na solução dos seus problemas. Nessa árvore foram descritas várias causas do problema que são denominadas de “nós críticos” (Figura 01).

Para a construção do plano de ação/intervenção, utilizou-se a matriz com as seguintes variáveis: nó-crítico (problema causa), ação (o que fazer?), atividades (como fazer?), indicadores, produto esperado, responsáveis, prazo e recursos.

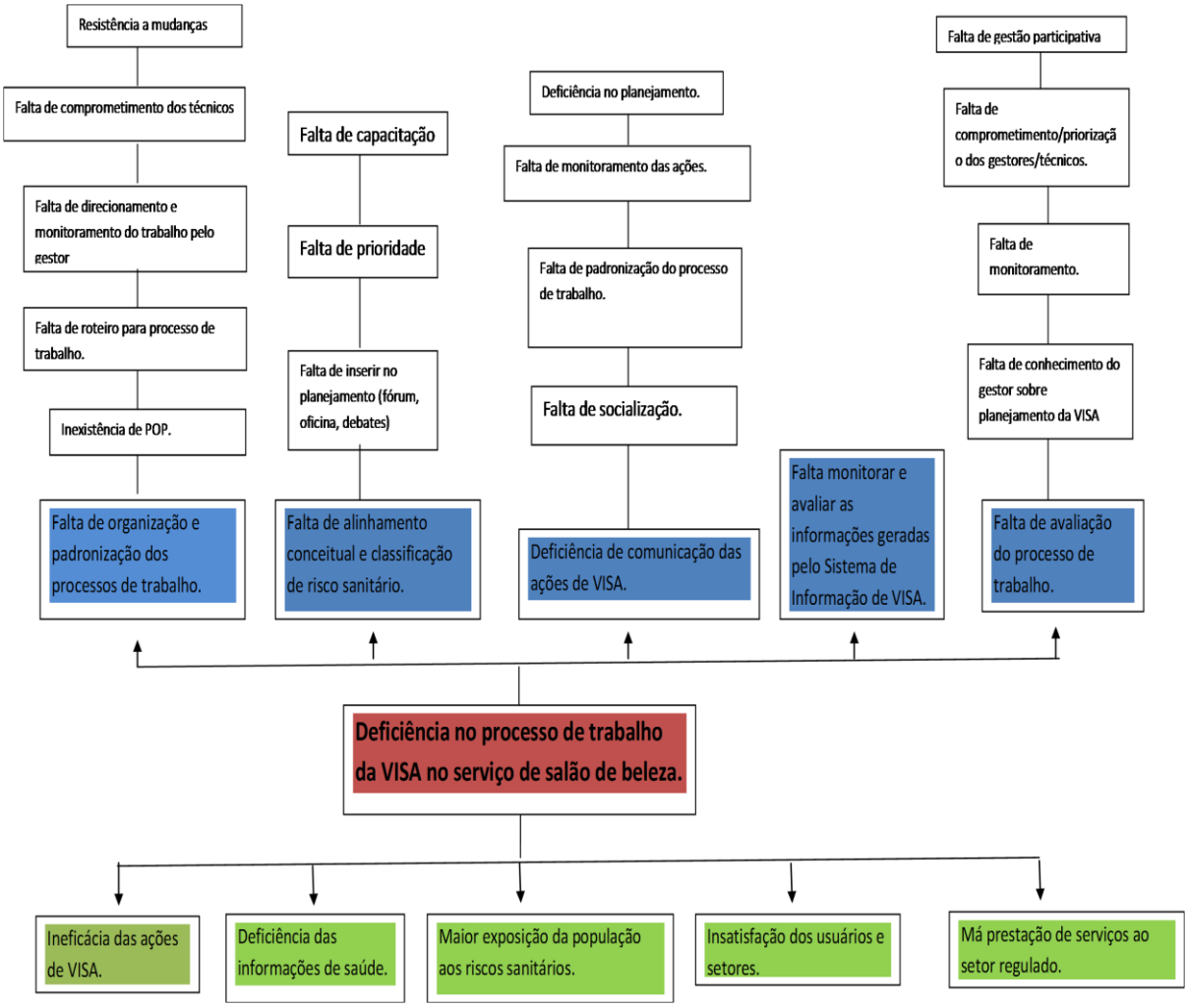


Figura 01. Árvore explicativa do problema “Deficiência no processo de trabalho da VISA no serviço de salão de beleza e barbearias”.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Neste momento será estabelecido o que se deseja fazer. É a hora de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação a ser atingida e as ações concretas que visam resultados, tomando como referência o nó crítico selecionado: Deficiência na padronização do processo de trabalho da VISA em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia. As ações estabelecidas estão descritas abaixo:

Ação 1: Reavaliar a relação de documentos para requerimento do Alvará Sanitário de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia.

- Atividades:

- ✓ Constituir grupo de trabalho com o objetivo de padronizar o processo do trabalho em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia;
- ✓ Levantar a relação documental existente para o requerimento de Alvará Sanitário para Serviços de Salão de Beleza e Barbearia;
- ✓ Analisar a pertinência da relação de documentos solicitados em consonância com legislações, normas e notas técnicas e manuais vigentes;
- ✓ Propor uma relação de documentos para requerimento de Alvará Sanitário;
- ✓ Validar a relação de documentos junto à área técnica.

- Resultado Esperado: Relação atualizada de documentos para requerimento de Alvará Sanitário para Serviços de Salão de Beleza e Barbearia.
- Indicadores:
  - ✓ Razão entre o nº. de requerimento de Alvará Sanitário do ano vigente / nº. de requerimento de Alvará Sanitário do ano anterior
  - ✓ Proporção entre o nº. de Alvará Sanitário deferido / nº. de Alvará Sanitário requerido
- Responsáveis: Grupo de trabalho do GAF 4 (Carolina/Nereide), equipe técnica da VISA, agentes de fiscalização.
- Demais atores: Gerente e Coordenador de VISA**.**
- Prazo: 30 dias.

AÇÃO 2: Elaborar instrumento para monitoramento sanitário dos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia, enfatizando a classificação de risco, em consonância com legislações, normas e notas técnicas e manuais vigentes.

- Atividades:
  - ✓ Constituir grupo de trabalho com o objetivo de elaborar o roteiro de inspeção em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia;
  - ✓ Elaborar o roteiro de inspeção sanitária em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia, enfatizando seus riscos;
  - ✓ Aplicar o roteiro como instrumento piloto em 5% dos serviços cadastrados na VISA Cuiabá;
  - ✓ Avaliar o roteiro de inspeção considerando as sugestões dos técnicos após sua aplicação;
  - ✓ Validar o roteiro de inspeção sanitária em Serviços de Salão de Beleza e Barbearia com a equipe de fiscalização;

- ✓ Socializar o instrumento junto à área técnica como instrumento instituído legalmente na VISA.

- Resultado Esperado: Roteiro de inspeção para Serviços de Salão de Beleza e Barbearia validado.
- Indicadores:
  - ✓ N° de inspeções com utilização do roteiro elaborado / total de Inspeções realizadas x 100
- Responsáveis: Grupo de trabalho do GAF 4 (Rosangela/Rose), equipe técnica da VISA e Agentes de Fiscalização.
- Demais atores: Diretor (a) de Vigilância em Saúde e Ambiente, Gerente e Coordenador de VISA.
- Prazo: 60 dias.

AÇÃO 3: Normatizar a relação de documentos para requerimento do Alvará Sanitário e roteiro de inspeção para Serviços de Salão de Beleza e Barbearia.

- Atividades:
  - ✓ Elaborar proposta de Minuta de Portaria;
  - ✓ Encaminhar a Minuta de Portaria para avaliação da Controladoria e Contabilidade do Município e Assessoria Jurídica da SMS para validação da proposta normatizadora;
  - ✓ Acompanhar a publicação no órgão oficial.
- Resultado Esperado: Portaria publicada
- Indicadores: Não evidenciado
- Responsáveis: Grupo de trabalho do GAF 4 (Helen/Cleize); Setor Jurídico da SMS e Controladoria e Contabilidade do município;
- Demais atores: Diretor de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretário Municipal de Saúde**,** Assessor Jurídico da SMS, Secretário Municipal de Controladoria e Contabilidade.
- Prazo: 30 dias.

AÇÃO 4: Publicizar a Portaria que regulamenta as ações de VISA em relação aos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia.

- Atividades:
  - ✓ Reunir com a equipe de fiscalização sanitária e do protocolo da VISA para socializar a relação de documentos para análise documental;

- ✓ Divulgar a relação de documentos na rede social, home page da SMS da PMC;
- ✓ Reunir com representantes de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia (associações, sindicatos e empresas) com objetivo de socializar informações referentes a: relação de documentos necessários para requer o alvará sanitário, legislações e normas em vigência; roteiro de inspeção; canais de comunicação com a VISA: e-mail, telefone e Ouvidoria Setorial.

- Resultado Esperado: Publicização das normativas documentais e de inspeção sanitária nos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia
- Indicadores:
  - ✓ Razão entre o nº. de requerimento de Alvará Sanitário do ano vigente / nº. de requerimento de Alvará Sanitário do ano anterior;
  - ✓ Nº de representantes dos estabelecimentos de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia que participaram da socialização das informações / n° total de estabelecimentos (CNAE9602-5) cadastrados no GAT X 100
- Responsáveis: Grupo de trabalho do GAF 4 (Mara/Valéria); equipe técnica da VISA e Agentes de Fiscalização e Regulação.
- Demais atores: Secretário Municipal de Saúde**,** Assessor de Imprensa da SMS, Diretor de Vigilância em Saúde e Ambiente.
- Prazo: 30 dias.

6. GESTÃO DO PLANO

Para a execução do Plano de Intervenção, o mesmo deverá ser divulgado aos gestores para que as ações sejam inseridas nas ações de rotina da equipe técnica da VISA de Cuiabá. As atividades do Plano deverão, portanto, estar explicitadas no Plano de Trabalho Mensal e Anual da VISA do município, e monitorados com periodicidade semestral, por meio dos indicadores sugeridos no próprio Plano. Quando a meta não for atingida, deverá ser identificado o que inviabilizou e reprogramá-la de forma imediata.

Como ações com o setor regulado, poder-se-á realizar reuniões educativas com a distribuição de materiais informativos. Parcerias podem ser realizadas para a cedência de espaço físico ou reprodução de materiais, como com Conselhos de Classes e a Secretaria de Estado de Saúde.

6.1. CRONOGRAMA

ANO / MESES	2014						
	Mai/ Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaborar Projeto de Intervenção para a VISA Cuiabá nos Serviços de Salão de Beleza e Barbearia	**X**	**X**					
Reavaliar a relação de documentos para requerimento do alvará sanitário de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia			**X**	**X**			
Elaborar roteiro de inspeção sanitário dos Salão de Beleza e Barbearia enfatizando a classificação de risco, em consonância com legislações, notas técnicas e manuais vigentes				**X**	**X**		
Normatizar a relação de documentos para requerimento do alvará sanitário e roteiro de inspeção para Salão de Beleza e Barbearia						**X**	
Publicizar a Portaria que regulamenta as ações de VISA em relação aos Salão de Beleza e Barbearia							**X**

6.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANO

O Projeto será institucionalizado na Vigilância Sanitária do município de Cuiabá por meio da publicação de Portaria que normatizará a relação documental para requerimento de Alvará Sanitário para os Serviços de Salão de Beleza e Barbearia e o roteiro de inspeção sanitária que será utilizado nas ações da Vigilância Sanitária nesses serviços.

6.3. ANÁLISE DA VIABILIDADE

O Plano tem várias dimensões de viabilidade, ou seja, a política, a econômica, a técnica e a organizacional (MATUS, 1996). Analisando-as, entende-se que se trata de um Projeto viável, favorável e com perspectivas de continuidade dentro da VISA municipal de Cuiabá, com atualizações conforme necessidades locais e publicações de novas legislações federais e estaduais.

Três observações são importantes para a viabilidade do Projeto na VISA municipal: a necessidade de regulamentar este processo de trabalho

institucionalmente, a incorporação da norma na rotina de trabalho dos profissionais de VISA e a divulgação da Portaria junto ao setor.

Dentro da análise da viabilidade, para a continuidade do Projeto, é imprescindível que a dimensão organizacional seja acompanhada, de acordo com o Quadro 01.

Viabilidade	**Capacidade de decisão**	**Capacidade de organização**	**Capacidade de permanência**
Dimensão Política	Favorável	favorável	favorável
Dimensão Econômica	favorável	favorável	favorável
Dimensão Organizacional	Favorável	favorável com restrições	viabilidade a ser construída

Quadro 01: Viabilidade da implantação do Projeto Aplicativo

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Projeto de Intervenção elaborado por profissionais da VISA de Cuiabá e do Estado de Mato Grosso traz a proposta de organizar e normatizar o processo de trabalho da VISA Cuiabá no segmento de Serviços de Salão de Beleza e Barbearia, sendo de primordial importância à aceitação e adesão da proposta pelos gestores, uma vez que possibilitará institucionalizar inclusive seu planejamento, monitoramento e avaliação.

Busca mobilizar a equipe de fiscalização de forma a estar integrada e alinhada para a execução das ações de Vigilância Sanitária nesse segmento. Consequentemente, ter-se-á o aumento da cobertura de estabelecimentos com Alvará Sanitário vigente, reduzindo os riscos á saúde da população exposta aos procedimentos realizados nesses serviços, minimizando a ocorrência de práticas irregulares.

Vale ressaltar que o Projeto possibilitará a ampliação e a aproximação entre o Setor Regulado desse segmento e a Vigilância Sanitária, na perspectiva de quebrar o paradigma essencialmente policialesco do órgão fiscalizador, além de implementar a qualidade e a segurança nos cuidados com a beleza da população.

Representa ainda o primeiro passo para a organização e padronização dos processos de trabalho das demais áreas da Vigilância Sanitária Municipal que não possuem seus processos de trabalho padronizados e normatizados, bem como servirá como legado para ser implantado em outros municípios de Mato Grosso.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Referência técnica para o funcionamento dos serviços de estética e embelezamento sem responsabilidade médica. Brasília, 2009. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/527126804745890192e5d63fbc4c6735/Servicos+de+Estetica+e+Congeneres.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 20 abr 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasilia, DF. Senado, 1988.

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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.592 de 18 de janeiro de 2012. Regulamenta a profissão de cabeleireiro, barbeiros, esteticistas, manicures, pedicures, depiladores e maquiadores. Brasília, 2012.

CONASS. Introdução, p.10 a 14. In Vigilância em Saúde – Parte 2. Coleção para entender a gestão do SUS. V. 6. Brasília: CONASS, 2011.

COSTA, E. A. Conceitos e áreas de abrangência. In: ROZENFELD, S (Org.). Fundamentos da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 41-48.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S (Org.). Fundamentos da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 15-40.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. 2ª. ed. São Paulo: Sobravime; 2004. 494 p.

COSTA, E. A. (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: 20 mai 2014.

CUIABÁ. Lei Complementar nº 004 de 24 de dezembro de 1992. Institui o código Sanitário e de Posturas do Município, o Código de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Naturais, o Código de Obras e Edificações e dá outras providências. Cuiabá. 1992.

CUIABÁ. Lei Complementar nº 107 de 23 de dezembro de 2003. Altera a Lei Complementar nº 004 de 24/12/92, Lei Complementar nº 083 de 20/12/2002 que trata da taxa de fiscalização da Vigilância Sanitária. Cuiabá. 2003.

CUIABÁ. Lei Complementar nº 259 de 03 de outubro de 2011. Altera a redação dos §§ 3º, 7º e 8º e acrescenta os §§ 9º e 10 ao artigo 331 da Lei Complementar nº 004 de 24 de dezembro de 1992, e dá outras providências. Cuiabá. 2011.

DUARTE, A. J. C.; TEIXEIRA, M O. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária. Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Florianópolis, 2009. Disponível em: http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viienpec/pdfs/1157.pdf . Acesso em: 18 mai 2014.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1043-1051, mai, 2006.

GARBACCIO, J. L.; OLIVEIRA, A. C. de. Biossegurança e risco ocupacional entre os profissionais do segmento de beleza e estética: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jul-set; 14 (3): 702-711. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a28.htm . Acesso em: 16 jun 2014.

LUCCHESE, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: rumos da vigilância sanitária no Brasil, Brasília: Ed. ANVISA, 2008. 353p.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. 2ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 1996.

MARX, K. O Capital. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994. V. 1.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros, 2004, 29ª Ed.,798p.

MÉTODO MAPP. Método ALTADIR de Planificación Popular. Material de lectura seleccionado para los Concursos de Funciones Jerárquicas Hospitalarias. Subsecretaría de Salud Pública – M.A.S. – Provincia de Santa Cruz. Fondo Editorial Altadir, 2da edición. Maracaibo. Venezuela, 1998.

MÜLLER NETO, Julio Strubing; SCHRADER, Fátima Ticianel (Orgs.). Curso de desenvolvimento gerencial do SUS: Coletânea de textos. Cuiabá: EDUFMT, 2011. 365 p.: il.

PÓVOAS, Lenine C. Sobrados e casas senhoriais de Cuiabá. Cuiabá: Fundação Cultural de Mato Grosso, 1980.

SANTOS, Aline Regina. O tangível em serviços: os principais elementos de cenários de serviços segundo a percepção de clientes e gestores de salões de beleza. 2006. 218f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração). Escola Superior de Administração e Gerência – ESAG, Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, Santa Catarina, 2006.

SÂO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Beleza com segurança: Guia Técnico para profissionais. São Paulo: 2005. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Guia_Final_1_1254748059.pdf . Acesso em: 20 mai 2014.

SETA, DE M. H.;REIS, L. G. da C; PEPE, V. L. E. . As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho. In: OLIVEIRA de R. G; GRABOIS V, MENDES V. V (Orgs.). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro:EAD/ENSP; 2009, p. 199-238.

SOUZA G. S; COSTA E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):2010.

INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PROJETO DE APOIO AO SUS - GESTÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- PROJETO APLICATIVO -

SAÚDE EM FOCO: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Grupo Afinidade (GAF) 1

NATAL/RN
2014

ALINE CRISTIANE DE MOURA MATIAS
CARLOS ALBERTO MEDEIROS DO MONTE JUNIOR
CLÁUDIO MARCIO DE MEDEIROS MAIA
EDNILMA MARIA SILVA XAVIER
KÁTIA DE FREITAS NOBRE DANTAS
LÍVIA LOPES MATOS
SÉRGIO AUGUSTO FONSÊCA DE ALBUQUERQUE

- PROJETO APLICATIVO -

SAÚDE EM FOCO: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

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

Maria Cristiana da Silva Souto
Facilitadora

Ana Cristina Barbosa dos Santos
Cofacilitadora

NATAL/RN
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

DEDICATÓRIA

Dedicamos este projeto aos nossos pais pelo apoio nos momentos mais difíceis da vida, e aos nossos facilitadores pelo empenho dedicado às nossas aulas, conseguindo sanar nossas dúvidas, contribuindo assim de forma positiva para a construção do nosso conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

À Coordenação do Curso de Gestão em Vigilância Sanitária por nos ajudar no processo de construção do conhecimento dentro da metodologia ativa.

À todos os facilitadores e cofacilitadores pelo convívio, apoio, paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos os colegas de sala pelos momentos e expectativas compartilhados durante as discussões, contribuindo positivamente para nossa vida acadêmica.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, expressamos os sinceros agradecimentos.

RESUMO

A vigilância em saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, a identificação de problemas, o estabelecimento de prioridades de atuação e a melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento adequado às necessidades da população. A definição de vigilância em saúde incorpora as ações desenvolvidas pela vigilância e controle das doenças transmissíveis; pela vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; pela vigilância da situação de saúde, pela vigilância ambiental em saúde, pela vigilância da saúde do trabalhador e pela vigilância sanitária (BRASIL, 2009).

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se, para tal, em um conjunto de ações destinadas ao controle dos riscos e agravos de saúde da população que vive em um determinado território. No entanto, ações articuladas e intersetoriais em saúde são ainda um grande desafio a ser conquistado no SUS, pois os profissionais e setores encontram dificuldades em visualizar a estrutura do problema e continuam a trabalhar de forma fragmentada (BRASIL, 2010).

Considerando o contexto de atuação da vigilância sanitária, foram identificados os seguintes macroproblemas: a pouca inserção da vigilância sanitária nas políticas públicas; a comunicação em vigilância sanitária insuficiente; e a necessidade de educação permanente em vigilância sanitária. Portanto o projeto aplicativo “Saúde em foco: a vigilância sanitária como ferramenta de gestão” propôs um caminho metodológico estruturado em cinco etapas sistematizadas, a saber: a estruturação da equipe “Saúde em Foco”; a identificação dos riscos e agravos de saúde; o planejamento das estratégias educativas e preventivas; a implementação das ações educativas e preventivas da “Saúde em Foco”; e a avaliação da estratégia na comunidade. Assim, este projeto aplicativo teve a sua primeira aplicação em uma comunidade de São José de Mipibú, que consiste em um Município no Estado do Rio Grande do Norte (Brasil).

As atividades relatadas a seguir foram aplicadas com a finalidade de integralizar e articular os diversos saberes que compõem a atenção à saúde, com o intuito de educar e orientar a população quanto à prevenção de agravos, estimulando a adesão a hábitos saudáveis e, por conseguinte, promovendo melhoria da qualidade de vida da população.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8

2 OBJETIVOS 10

2.1 OBJETIVO GERAL 10

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10

3 REVISÃO DE LITERATURA 11

3.1 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE 11

3.2 A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE 12

3.3 A TERRITORIALIZAÇÃO NA PROMOÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE 14

4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO APLICATIVO 15

5 SAÚDE EM FOCO: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO 18

5.1 ETAPA 1 – A ESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE “SAÚDE EM FOCO” 18

5.2 ETAPA 2 - A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS DE SAÚDE..... 19

5.3 ETAPA 3 – O PLANEJAMENTO DAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E PREVENTIVAS 19

5.4 ETAPA 4 - IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS DO “SAÚDE EM FOCO” 21

5.5 5.5 ETAPA 5 - A AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA NA COMUNIDADE 26

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 28

REFERÊNCIAS 29

1 INTRODUÇÃO

Antes da década de 1970, o sistema de saúde brasileiro se preocupava basicamente com o combate em massa de doenças, perfazendo um modelo de atenção à saúde sanitarista. Mas a partir dos anos 80, mudanças econômicas, políticas e, sobretudo, o movimento da Reforma Sanitária no país, embasado pela concepção de saúde como além da ausência de doenças, exigiram a substituição do modelo de atenção à saúde (SILVA; ALVES, 2008; PAIM, 2003).

Neste contexto, foi construído o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei 8.142/90, cuja base norteadora está centrada no modelo da promoção, prevenção e recuperação da saúde (SILVA; ALVES, 2008).

Entretanto, é válido acrescentar que a construção social de um novo sistema de saúde não constitui um acontecimento simples. De acordo com Mendes (1999), a mesma é fundamentada em três categorias essenciais: a concepção do processo de saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária.

A conceituação vigente acerca do processo de saúde-doença contribui com o entendimento e hegemonia do paradigma sanitário num determinado momento. Estes, por sua vez, embasam a forma como a sociedade estrutura as respostas sociais diante dos problemas de saúde, ou seja, determinam a prática sanitária (MENDES, 1999).

Com vistas à proposta do SUS, a concepção do processo saúde-doença descentraliza a sua atenção da visualização única da existência de doenças e mortes e vincula essa conceituação à qualidade de vida. Nesta, a saúde é entendida como modo de relação do tipo equilíbrio-desequilíbrio do homem com o meio, intervindo nesta interação fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais (MENDES, 1999).

Isso implica na necessidade da construção social de uma nova prática sanitária, denominada de vigilância em saúde, a qual consiste em uma forma de resposta social aos problemas de saúde, incluindo para tal a articulação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental (MENDES, 1999).

Deste modo, entende-se que a integração das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é vital ao desenvolvimento de um sistema de atenção à saúde público eficiente.

Nesta perspectiva, uma vigilância integral que considere não somente a vigilância sanitária, mas que articule ações com as vigilâncias epidemiológica e ambiental, assim como integre os demais níveis de atenção à saúde consiste em um desafio a ser superado e

uma necessidade eminente à conformação de um modelo de atenção à saúde sistêmica, em consonância com as diretrizes do SUS.

Assim sendo, essas perspectivas sistêmicas no campo da saúde coletiva contribuem para a melhor compreensão dos fenômenos do processo de trabalho e de suas interrelações com a saúde da população e do meio ambiente.

No campo da vigilância em saúde, a perspectiva sistêmica de organização do modelo de atenção à saúde, ao contemplar a complexidade das relações entre as partes de qualquer sistema, pode subsidiar análises e intervenções integradoras, contribuindo para a superação da fragmentação do sistema de vigilância e das ações pontuais dos seus processos de trabalho, otimizando, desta forma, os serviços prestados à população.

Entretanto, embora a integração e a articulação entre os serviços sejam bases norteadoras da perspectiva sistêmica de organização do modelo de atenção à saúde, observa-se que as práticas entre os próprios setores clássicos da vigilância ainda se mantêm isoladas, com recortes específicos de objeto de controle e intervenção.

Diante do desafio da articulação e integração vivenciado por todos que fazem a vigilância em saúde, bem como considerando os problemas socioambientais e as situações de vulnerabilidades existentes na comunidade, procuramos refletir sobre as intervenções na saúde pública que proporcionem maior resolutividade nas diversas dimensões dos problemas, calcadas em referenciais mais amplos dos fenômenos relacionados à atenção à saúde.

Isso posto, foi proposto a realização de um mutirão de estratégias integradas da vigilância em saúde com os demais níveis de atenção à saúde, de forma a realizar ações de caráter educativo e preventivo, planejadas em consonância com a comunidade, considerando a participação dos diversos segmentos da sociedade civil organizada.

Portanto, este projeto apresenta relevância para saúde pública, uma vez que propõe a aproximação dos diversos segmentos da sociedade civil organizada com as ações integradas e articuladas de vigilância em saúde, em acordo com o preconizado pelos princípios e diretrizes definidos pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90.

Por fim, acreditamos que o presente projeto seja passível de reprodução no território nacional, assim como esperamos que o mesmo possa incentivar e servir de subsídio para realização de novas estratégias que promovam a integração e a articulação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Promover a articulação intersetorial entre a Vigilância em Saúde, as demais organizações públicas de saúde e a sociedade civil organizada para que, em conjunto, sejam planejadas e executadas ações as quais promovam a melhoria das condições de saúde da comunidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aperfeiçoar a troca de informações entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, favorecendo o cumprimento dos fluxos e prazos para as ações de planejamento.
- Realizar ações educativas e preventivas direcionadas pelo perfil epidemiológico da comunidade.
- Fomentar a participação da sociedade civil organizada na resolubilidade dos problemas de saúde da comunidade.
- Incentivar a gestão participativa com a inclusão do controle social como mecanismo de fiscalização da aplicação dos recursos da saúde na comunidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir, apresentam-se aspectos relevantes da vigilância em saúde, ressaltando-se a importância da intersetorialidade e da territorialização no desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

3.1 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, a identificação de problemas, o estabelecimento de prioridades de atuação e a melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento adequado às necessidades da população (BRASIL, 2009).

Neste sentido, a vigilância em saúde tem por objetivo a observação e a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se, para tal, em um conjunto de ações destinadas ao controle dos riscos e agravos da saúde da população que vive em um determinado território (BRASIL, 2010).

A definição de vigilância em saúde incorpora as ações desenvolvidas pela vigilância e controle das doenças transmissíveis; pela vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; pela vigilância da situação de saúde, pela vigilância ambiental em saúde, pela vigilância da saúde do trabalhador e pela vigilância sanitária (BRASIL, 2009).

É válido ressaltar que cada componente da Vigilância em Saúde tem suas competências definidas, sendo a prática isolada das ações um entrave a ser superado, conforme inferem Machado e Porto (2003).

Entretanto, ainda de acordo com Machado e Porto (2003), a forma de organização desse modelo privilegia a construção de políticas públicas, subsidiadas na atuação intersetorial e intervenções particulares e integradas de promoção, proteção e recuperação em torno a problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base de planejamento das ações as análises de situações de saúde nos territórios.

Neste contexto, o conhecimento das competências por cada componente da Vigilância em Saúde torna-se essencial não só ao planejamento das estratégias que permitam o desenvolvimento das ações integradas de vigilância, promoção, preteção e

controle de doenças e agravos à saúde, mas também à articulação de conhecimentos e técnicas entre as vigilâncias (componentes).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A intersetorialidade, cuja potência confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e de forma resolutiva, incrementa novas visões paradigmáticas, incorrendo, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade (AULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Na atualidade, sob a prevalência do modelo de políticas públicas universalistas pautadas na garantia de direitos, a discussão acerca das ações de articulação intersetorial tem-se destacado como um dos principais instrumentos de trabalho nos âmbitos das políticas de vigilância em saúde, visando proporcionar e ampliar o campo de acesso aos direitos dos usuários, bem como potencializar os serviços que resultarão em um maior processo de integração (RODRIGUES, 2011).

No entanto, ações articuladas e intersetoriais em saúde são ainda um grande desafio a ser conquistado no SUS, pois os profissionais e setores encontram dificuldades em visualizar a estrutura do problema e continuam a trabalhar de forma fragmentada (BRASIL, 2009).

Enquanto campo de práticas institucionais, a vigilância tem encontrado obstáculos em suas estruturas e dinâmicas de ação, tais como a ênfase na assistência à saúde ainda marcante no SUS, a falta de entrosamento entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, a baixa articulação intersetorial e a pouca participação da população nos processos (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

O ponto fundamental desse entrave parece iniciar com a dificuldade na articulação, não somente entre as demais instâncias do sistema de saúde, mas a própria articulação intrasetorial que por vezes é deficitária e limita a amplitude da promoção das ações em saúde (BRASIL, 2009).

A fragmentação é ainda mais acentuada em relação aos objetos de atuação, principalmente porque separa, de modo estanque, os campos de saúde do trabalhador, saúde ambiental e saúde do consumidor. Assim, os fenômenos relativos a cada uma dessas

áreas ficam sob responsabilidade de entes e estruturas da vigilância desconexas entre si (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Este olhar fragmentado das estruturas de vigilância deixa escapar o fato de que fenômenos de saúde-doença na população em geral, bem como problemas ambientais, podem ser gerados simultaneamente e de modo sinérgico e ter vinculação direta com a existência de uma mesma cadeia produtiva no seu território de atuação. Ou seja, a vigilância fica fragmentada em torno de uma só fonte geradora dos problemas (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Além desses impasses, a vigilância tem o desafio de enfrentar uma série de questões sociais e sanitárias do atual momento histórico, marcado pela globalização da economia, pela degradação ambiental, pela exclusão social e pela precarização das condições de trabalho e vida (LEÃO; VASCONCELLOS, 2013).

Uma questão importante a ser destacada também, no contexto das intervenções em saúde pública nas cadeias produtivas, é sua extensão territorial, porque demandam mais articulações nas estruturas da vigilância (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Apesar das dificuldades, estamos em um momento de transição em que se procura estruturar os serviços de saúde de acordo com princípios de um modelo de atenção que seja mais equânime, buscando dividir, com os outros setores, que mantêm relações com o setor de vigilância em saúde, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças necessárias (JUNQUEIRA, 2000).

A reorganização implica não somente mudança de atenção, mas também reorientação da formação dos profissionais de saúde e dos demais setores que contemplem uma abordagem sistêmica em que as partes são estudadas profundamente em suas interações como um todo (JUNQUEIRA, 2000).

Então, a articulação, através das suas ações intersetoriais, é utilizada como forma de proporcionar benefícios e serviços de saúde aos seus usuários como resposta do Estado às necessidades demandadas e funciona também como um mecanismo de regulação que demarca o reconhecimento pelo Estado brasileiro da importância dos direitos à saúde e cidadania que dispõem todos os brasileiros (RODRIGUES, 2011).

3.3 A TERRITORIALIZAÇÃO NA PROMOÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Desde a reforma sanitária, a estrutura dos serviços de vigilância em saúde vem sofrendo constantes mudanças na gestão da atenção aos usuários. Nesse processo, a busca por garantir que o sistema seja cada vez mais acessível à população e que suas ações intervenham na realidade local estimulam os serviços para ações que enfatizem a territorialização e que sejam mais adaptadas ao perfil da comunidade (FARIA, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a organização em territórios reflete a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente com suas características políticas, econômicas e culturais.

A territorialização é a base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da vigilância em saúde, requisitando a articulação dos serviços como proposta estruturante para se obter um melhor desempenho em relação à resolutividade das ações de saúde que são ofertadas à população (BRASIL, 2009).

Desta forma, a territorialização caracteriza-se, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) pelo conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO APLICATIVO

A sistematização de uma intervenção em uma realidade concreta requer do profissional de saúde muito mais do que o domínio dos conteúdos relativos à sua formação acadêmica.

Assim, é necessário o desenvolvimento de capacidades críticas e criativas, isto é, competências que subsidiem a transformação e a melhoria da qualidade das respostas dos sistemas de saúde.

Neste contexto, o Curso em Gestão da Vigilância Sanitária, promovido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa em parceria com demais entidades governamentais, propôs a articulação de três áreas de competências, a saber: gestão do risco à saúde, gestão do trabalho em vigilância sanitária e educação na vigilância sanitária.

Desta forma, com vistas ao desenvolvimento dessas capacidades, os especializandos foram instigados a construir um projeto aplicativo, enquanto oportunidade de ampliar a compreensão sobre o modo como um dado problema ocorre e as chances de produzir mudanças na perspectiva de superação do problema identificado.

A construção do projeto aplicativo foi permeada de discussões e buscas em literatura pertinente, de maneira que proporcionasse aos especializandos a seguinte sistematização problematizadora: leitura da realidade; identificação das necessidades sociais de saúde; seleção e priorização do problema; elaboração e avaliação da viabilidade da proposta de intervenção.

Assim, considerando o contexto de atuação da vigilância sanitária, foram identificados os seguintes macroproblemas: a pouca inserção da vigilância sanitária nas políticas públicas; a comunicação em vigilância sanitária insuficiente; e a necessidade de educação permanente em vigilância sanitária.

Diante do exposto e considerando a pouca inserção da vigilância sanitária nas políticas públicas, enquanto macroproblema norteador dos processos de discussão e reflexão do Grupo Afinidade 1, nos Quadros 1, 2 e 3, apresentam-se as matrizes decisórias para seleção do problema trabalhado pelo grupo.

PROBLEMAS	VALOR	INTERESSE
Falta de recursos humanos e de capacitações para os integrantes do quadro.	Baixo	Positivo
Falta de articulação entre os setores.	Alto	Positivo
Investimentos insuficientes nas ações de Visa	Baixo	Positivo
Visibilidade das ações da Visa	Médio	Positivo

Quadro 1 – Distribuição dos principais problemas elencados pelo Grupo Afinidade 1 na matriz decisória, de acordo com o interesse de resolução e viabilidade de intervenção.

PROBLEMAS SELECIONADOS (A+)	PONTUAÇÃO (0 -10)
Falta de recursos humanos e de capacitações para os integrantes do quadro.	4,0
Falta de articulação entre os setores.	10,0
Investimentos insuficientes nas ações de Visa	3,0
Visibilidade das ações da Visa	9,0

Quadro 2 – Distribuição dos principais problemas elencados pelo Grupo Afinidade 1 na matriz decisória, de acordo com a prioridade.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	ORDEM DE PRIORIDADE
Falta de recursos humanos e de capacitações para os integrantes do quadro.	Alta	15	Fora	2
Falta de articulação entre os setores.	Muito Alta	20	Dentro	1
Investimentos insuficientes nas ações de Visa	Média	05	Fora	4
Visibilidade das ações da Visa	Alta	10	Dentro	3

Quadro 3 – Distribuição dos principais problemas elencados pelo Grupo Afinidade 1 na matriz decisória, de acordo com a importância, urgência, prioridade e capacidade de enfrentamento.

Assim, considerando-se a dinâmica proposta na produção da matriz decisória para seleção dos problemas, dentre as problemáticas elencadas pelo grupo, a dificuldade que obteve a maior nota para seleção consistiu na falta de articulação entre os setores responsáveis pela vigilância em saúde.

Com isso, na Figura 1, apresenta-se um diagrama de causa-efeito para a problemática selecionada para produção do projeto aplicativo, denominado de "árvore explicativa de problemas".

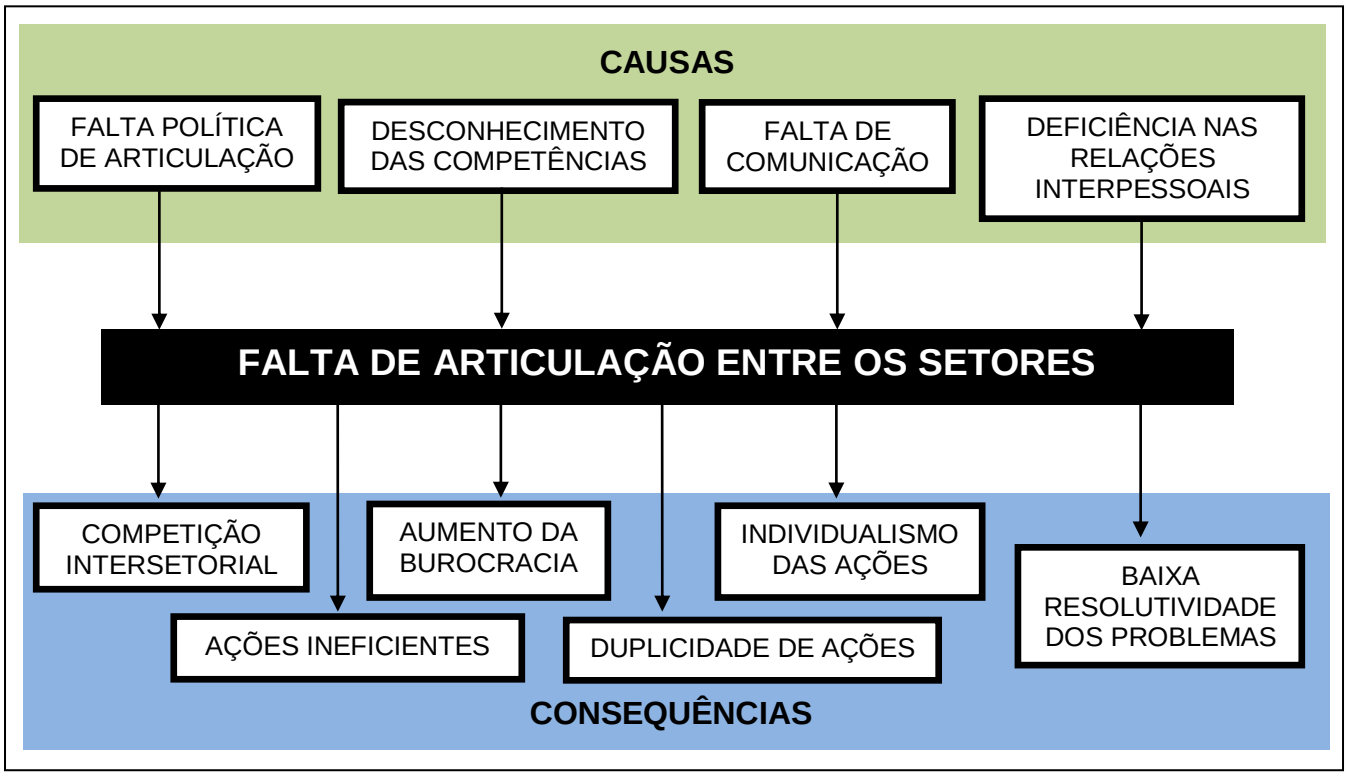


Figura 1 – Apresentação da "árvore explicativa de problemas" produzida pelo Grupo Afinidade 1.

Portanto, considerando-se o problema central "falta de articulação entre os setores", é possível estabelecer as ligações de causa-efeito, favorecendo assim a análise da realidade, a fim de tornar possível o desenvolvimento de uma ação que proporcione a melhoria ou, até mesmo, a solução do problema identificado.

5 SAÚDE EM FOCO: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

O desenvolvimento das ações integradas de vigilância em saúde, com os demais níveis de atenção à saúde e a sociedade civil organizada constitui em um grande desafio de natureza estratégica.

Assim, o projeto aplicativo “Saúde em foco: a vigilância sanitária como ferramenta de gestão” propôs um caminho metodológico estruturado em cinco etapas sistematizadas, a saber: a estruturação da equipe “Saúde em Foco”; a identificação dos riscos e agravos de saúde; o planejamento das estratégias educativas e preventivas; a implementação das ações educativas e preventivas da “Saúde em Foco”; e a avaliação da estratégia na comunidade.

O projeto aplicativo proposto teve a sua primeira implantação em uma comunidade de São José de Mipibú, que consiste em um Município no Estado do Rio Grande do Norte (Brasil), localizado a 30 km da Cidade do Natal – capital do estado.

A cidade de São José de Mipibú apresenta uma área de 337 km^2 e uma população estimada em 40.663 habitantes, sendo a agricultura a principal atividade econômica desenvolvida no Município.

A realização do Projeto Aplicativo em São José de Mipibú esteve atrelada à aceitação e parceria da Secretaria Municipal de Saúde. Para isso, foi realizada uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde Alexandre Berckmans Veras Dantas – momento em que foi apresentada a proposta de intervenção no município e estabelecidas às parcerias para início de sua implantação.

Com isso, entrou-se em consenso que o Centro da Cidade de São José de Mipibú seria o bairro contemplado com a primeira implantação do Projeto “Saúde em foco: a vigilância sanitária como ferramenta de gestão”, em virtude da localização, em uma mesma área, de residências, comércios e escolas.

5.1 ETAPA 1 – A ESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE “SAÚDE EM FOCO”

Inicialmente, foi necessário definir os profissionais que iriam compor a equipe “Saúde em Foco”. Assim, foram enviados ofícios, pelo Secretário Municipal de Saúde, solicitando a participação dos profissionais no evento.

Desta forma, fizeram parte da equipe, além dos integrantes do Grupo Afinidade 1, representantes das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, bem como profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a equipe de Endemias, conformando uma equipe multiprofissional.

5.2 ETAPA 2 - A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS DE SAÚDE

Nesta etapa, foi necessário contactuar, além da equipe multiprofissional "Saúde em Foco", representantes da sociedade civil, tais como: representantes religiosos (adventista e católico), da organização não governamental Sociedade Terra Viva e comerciantes.

Assim, nesta etapa, foram realizadas visitas as escolas do bairro, as organizações não governamentais, as igrejas, entre outros entes da comunidade, por considerarmos que estes são plenos conhecedores dos desafios que devem ser enfrentados e, portanto, constituem em importante fonte de informações necessárias à identificação dos riscos e agravos de saúde, bem como ao planejamento das estratégias educativas.

Assim sendo, nas pautas dos encontros constaram as discussões necessárias à identificação prévia dos riscos e agravos relacionados à saúde existentes na comunidade, constituindo em uma etapa essencial à leitura da realidade, à identificação das necessidades sociais de saúde da comunidade e à priorização dos problemas a serem abordados.

5.3 ETAPA 3 – O PLANEJAMENTO DAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E PREVENTIVAS

Após a definição das problemáticas a serem abordadas na comunidade, foi realizado o planejamento das estratégias educativas e preventivas. Nesta etapa, foi possível correlacionar os riscos e os agravos à saúde identificados no Município de São José de Mipibú com os dados epidemiológicos existentes, permitindo assim a definição das estratégias mais adequadas para minimizar as problemáticas.

Além disso, nesta etapa foram definidos os responsáveis técnicos, bem como as parcerias na comunidade para a implementação das estratégias educativas e preventivas planejadas, conforme se observa no Quadro 4.

AGRAVOS	AÇÕES	LOCAIS	RESPONSÁVEIS	APOIADORES
DENGUE	Atividade lúdico-educativa (teatro)	Praça Desembargador Celso Sales	NASF	GAF 1
	Mobilização da comunidade contra Dengue por meio de caminhada educativa	Centro	Vigilância em Saúde Equipe Endemias NASF Comunidade	
	Vistoria e eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*	Centro	Equipe Endemias	
	Entrega de panfletos	Centro/ Praça Desembargador Celso Sales	Agentes comunitários	
DIABETES E HIPERTENSÃO	Teste glicêmico	Praça Desembargador Celso Sales	Unidade Básica de Saúde ESF	
	Aferição da pressão arterial	Praça Desembargador Celso Sales	Unidade Básica de Saúde ESF	
DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA E ALIMENTAR/ OUTROS EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE	Inspeção sanitária educativa aos estabelecimentos comerciais (farmácia, restaurantes)	Centro	Vigilância Sanitária	
	Entrega de hipoclorito	Centro/ Praça Desembargador Celso Sales	Vigilância Ambiental e Sanitária	
	Entrega de panfletos	Centro Praça Desembargador Celso Sales	Agentes comunitários	
HIV/ SIFILIS	Teste rápido de HIV e Sífilis	Praça Desembargador Celso Sales	NASF SAE	
	Orientação de medidas preventivas e entrega de preservativo	Praça Desembargador Celso Sales	NASF SAE	
TÉTANO/ HEPATITE B/ INFLUENZA	Vacinação contra Tétano, Hepatite B e Influenza	Praça Desembargador Celso Sales	Unidade Básica de Saúde ESF	
SAÚDE BUCAL	Orientação de higiene oral	Praça Desembargador Celso Sales	ESF	
	Aplicação tópica de flúor	Praça Desembargador Celso Sales	ESF	

Quadro 4 – Distribuição das atividades planejadas, de acordo com os responsáveis técnicos e apoiadores.

Com a definição das ações, foi possível estimar o orçamento necessário à implementação do projeto "Saúde em Foco". Assim, na Tabela 1, observa-se a base de custos financeiros aplicados nas atividades educativas e de prevenção de agravos.

Tabela 1 – Orçamento da implementação do projeto aplicativo Saúde em foco: a vigilância sanitária como ferramenta de gestão.

ITEM	VALOR R$
Água mineral	195,00
Almoço	250,00
Bexigas	10,00
Brindes	400,00
Cadeiras e mesas	45,00
Café da manhã	420,00
Camisetas	100,00
Canetas	10,00
Carro de som	180,00
Cartazes	120,00
Escova dental	40,00
Faixa	30,00
Fitas para glicose	600,00
Flúor	10,00
Fogos de artifícios	60,00
Gelo	14,00
Hipoclorito de sódio	120,00
Panfletos	200,00
Tendas	150,00
TOTAL	**2.954,00**

5.4 ETAPA 4 - IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS DO "SAÚDE EM FOCO"

O evento proposto consistiu em um dia especial na comunidade. No intuito de atingir as diversas faixas etárias dos indivíduos do bairro. A programação do evento incluiu várias atividades de caráter educativo e preventivo que contaram com a articulação da vigilância em saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da equipe de Endemias.

***Acolhimento**

O evento ocorreu no dia 12 de maio de 2014 e iniciou com um café da manhã coletivo, como estratégia de acolhimento dos profissionais de saúde envolvidos no projeto e demais parceiros da comunidade como, por exemplo, a banda de música da escola (Figura 2).

Figura 2 – Imagens do acolhimento dos profissionais de saúde e parceiros da comunidade.

***Caminhada educativa**

A programação do evento incluiu uma caminhada pelo Centro da Cidade – bairro selecionado para receber o projeto "Saúde em foco". A caminhada teve por objetivo mobilizar a comunidade contra a Dengue e incentivar a participação nos demais serviços oferecidos pelos profissionais de saúde na Praça Desembargador Celso Sales (Figura 3 e 4).

Assim, durante o percurso da caminhada, houve a apresentação da banda de música da escola do bairro, a exposição de cartazes e distribuição de panfletos educativos sobre a Dengue, bem como a vistoria e eliminação de criadouros do Aedes aegypti na comunidade.

Figura 3 – Imagens do Grupo Afinidade 1 e da banda de música da escola do bairro na caminhada educativa.

Figura 4 – Imagens dos profissionais de saúde e dos alunos das escolas do Centro da Cidade na mobilização contra a Dengue no Município de São José de Mipibu.

***Tenda da "Saúde em foco"**

Na Praça Desembargador Celso Sales, o grupo "Saúde em foco" desenvolveu as demais atividades programadas para o momento, a saber: apresentação de peça teatral sobre as formas de combater o mosquito da Dengue; realização de teste glicêmico e aferição da pressão arterial; orientação quanto às doenças de veiculação hídrica/alimentar e entrega de hipoclorito de sódio com panfletos educativos; realização de teste rápido para identificação de HIV e Sífilis; orientação para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST e distribuição de preservativos; imunização contra o Tétano, Hepatite B e Influenza; Orientação de higiene oral e aplicação tópica de flúor (Figura 5).

Figura 5 – Imagens dos profissionais de saúde, do Grupo Afinidade 1 e da comunidade de São José de Mipibu na tenda da "Saúde em foco".

***Outras atividades educativas**

Concomitante ao funcionamento da Tenda "Saúde em foco", alguns profissionais da vigilância em saúde com apoio de integrantes do Grupo Afinidade 1 realizaram visitas técnicas, de caráter educativo, às farmácias, restaurantes e comércios localizados no bairro (Figura 6).

Assim sendo, as visitas tiveram o intuito de orientar os comerciantes quanto à aplicação das normas sanitárias, incentivando a adesão às boas práticas de produção de gêneros alimentícios e acondicionamento adequado de fármacos.

Figura 6 – Imagens dos profissionais de saúde e do Grupo Afinidade 1 durante a realização das visitas técnicas de caráter educativo ao comércio.

Desta forma, as atividades realizadas durante o projeto “Saúde em foco: a vigilância sanitária como ferramenta de gestão”, ao integralizar e articular os diversos saberes que compõem a atenção à saúde, tiveram o intuito de educar e orientar a população quanto a prevenção de agravos, estimulando a adesão a hábitos saudáveis e, por conseguinte, promovendo melhoria da qualidade de vida da população.

5.5 ETAPA 5 - A AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA NA COMUNIDADE

As atividades serão avaliadas por meio de indicadores de saúde (estrutura, processo e resultado) produzidos conforme os riscos e agravos identificados na comunidade, bem como as atividades desenvolvidas pela equipe “Saúde em Foco” (Quadro 1).

Por fim, para cada grupo de ações desenvolvidas na comunidade será redigido um relatório de atividades que, posteriormente, será encaminhado ao gestor municipal.

DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CALCULO	CATEGORIA	FONTES	UTILIDADE DO INDICADOR
Investimento financeiro em ações de vigilância em saúde.	Soma dos valores/N° de comunidades visitadas pelo "Saúde em Foco".	Estrutura	Relatório do evento	Avaliar a aplicação de recursos financeiros em ações de vigilância em saúde.
Razão dos técnicos da equipe "Saúde em Foco" por população (comunidade).	N° de técnicos da equipe "Saúde em Foco"/N° de habitantes da comunidade	Estrutura	CNES IBGE	Promover ações de vigilância em saúde na comunidade.
Cobertura de visitas técnicas da equipe "Saúde em Foco" realizadas por evento.	N° total de estabelecimentos cadastrados e domicílios visitados/evento	Processo	Relatório do evento	Avaliar a cobertura de visitas realizadas em cada evento na comunidade.
Cobertura de atividades educativas da equipe "Saúde em Foco" realizadas por evento.	N° total de atividades educativas e orientações realizadas/evento	Processo	Relatório do evento	Avaliar a cobertura das orientações e palestras realizadas em cada evento na comunidade.
Proporção de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) registradas por bairro	N° de DNC/N° de habitantes do bairro x 1000	Resultado	SINAN IBGE	Avaliar as estratégias de prevenção de DNC na comunidade.
Taxa de denúncias à Vigilância em Saúde pela comunidade	N° de denúncias pós evento/ Média de denúncias no bairro do ano anterior	Resultado	Relatórios de denúncias	Avaliar a incidência de de denúncias após o evento em relação a média histórica do bairro.

Quadro 5 – Apresentação dos indicadores de saúde referentes à estrutura, processos e resultados do Projeto Aplicativo "Saúde em Foco".

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O evento proposto neste Projeto Aplicativo consistiu em um dia especial na comunidade de São José de Mipibú. Os objetivos pensados no início do trabalho, relacionados sobre a promoção da articulação intersetorial entre a Vigilância em Saúde com as demais organizações públicas e a sociedade civil organizada, foram alcançados no que dizem respeito ao planejamento e execução das ações para promoção da melhoria das condições de saúde da comunidade.

As atividades realizadas durante o projeto ao integralizar e articular os diversos saberes que compõem a atenção à saúde, tiveram o intuito de educar e orientar a população quanto a prevenção de agravos, estimulando a adesão a hábitos saudáveis e, por conseguinte, promovendo melhoria da qualidade de vida da população. Além disto, foram realizadas ações educativas e preventivas direcionadas pelo perfil epidemiológico da comunidade, como por exemplo: as visitas aos estabelecimentos comerciais para orientar os proprietários quanto à aplicação das normas sanitárias, incentivando a adesão às boas práticas de produção de gêneros alimentícios e acondicionamento adequado de fármacos. Isso permite fomentar a participação da sociedade civil organizada na resolubilidade dos problemas de saúde.

A programação do evento incluiu ainda várias atividades de caráter educativo e preventivo que contaram com a articulação da vigilância em saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da equipe de Endemias, assim conseguimos atingir as diversas faixas etárias dos indivíduos da região. Assim, estas ações permitem estimular uma gestão participativa com a inclusão do controle social como mecanismo de fiscalização da aplicação dos recursos da saúde na comunidade.

REFERÊNCIAS

AULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District – Ribeirao Preto, Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.** v.9, n.16, p.131 - 147, jun/2013.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v.34, n.esp., p.35-45, 2000.

LEÃO, L.H.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.38, n.127, p.107-121, 2013.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.1, p.85-100, 2011.

MACHADO, J.M.H.; PORTO, M.F.S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.3, p.121-130, 2003.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233-300. cap. 4.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586. cap. 19.

RODRIGUES, J.M.V. A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós Constituição Brasileira de 1988**. Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas,** São Luís, ago/2011.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.