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

Área de competência "Gestão do trabalho em vigilância sanitária" – Parte 1

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	Comunicação de risco nos processos de trabalho da vigilância Sanitária no município de Várzea Grande na área de alimentação.
2.	Descentralização das ações da vigilância sanitária No âmbito do estado do Rio de Janeiro.
3.	Estratégias da vigilância sanitária para regularização dos Microempreendedores individuais (MEI) na categoria de alimentos.
4.	Fiscalização da qualidade da água mineral comercializada em Manaus durante o evento copa do mundo de futebol 2014– Brasil.
5.	Gestão do risco sanitário no consumo de alimentos na Festa junina de Mauá - S/P.
6.	Gestão em vigilância sanitária a partir de uma estratégia de Pactuação e atuação intersetorial.
7.	Implantação das diretrizes basilares de gestão de riscos Nos processos de trabalho de ações regulatórias na Vigilância sanitária do estado de Mato Grosso.
8.	Implantação de instrumento de gestão de denúncias públicas para Os municípios do estado do Rio de Janeiro.

ANNA CAROLINA DE ALMEIDA E SILVA

APARECIDA MONGE MATIAS COELHO

ÉLBIA RODRIGUES DE OLIVEIRA SOUZA

LIEGE MACHADO DA ROSA ARANTES

ROSIMEIRE MARCELO

ROSINEY RAMOS DE SOUZA

SAURIA CRISTINA DE OLIVEIRA VARANDA

VAGNER CESAR SOUZA BARROS

VARNEILDA REGE TENORIO RODRIGUES

COMUNICAÇÃO DE RISCO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE NA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO

Cuiabá 2013-14

ANNA CAROLINA DE ALMEIDA E SILVA

APARECIDA MONGE MATIAS COELHO

ÉLBIA RODRIGUES DE OLIVEIRA SOUZA

LIEGE MACHADO DA ROSA ARANTES

ROSIMEIRE MARCELO

ROSINEY RAMOS DE SOUZA

SAURIA CRISTINA DE OLIVEIRA VARANDA

VAGNER CESAR SOUZA BARROS

VARNEILDA REGE TENORIO RODRIGUES

COMUNICAÇÃO DE RISCO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE NA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO

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

Orientadora: Valéria Cristhian Meneguini

Cuiabá 2013-14

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, razão da nossa existência e por ter nos dado a oportunidade de participar e concluir este curso.

Posteriormente agradecemos,
À Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelo apoio e financiamento.
Aos gestores do município de Cuiabá, Várzea Grande e do Estado de Mato Grosso.
Aos colegas de curso pela união e apoio nos momentos difíceis.
Aos facilitadores, principalmente à Valéria Meneguini pela paciência e pelas valiosas intervenções e norteamentos.

RESUMO

Este projeto aplicativo (PA) é um dos produtos do Curso de Gestão de Vigilância Sanitária (VISA) do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês e tem o objetivo de propor a inserção da comunicação de risco nos processos de trabalho da VISA, do município de Várzea Grande/Mato Grosso, na área de alimentação. Para a construção do PA, utilizou-se a ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, partindo do problema priorizado: *Ineficiente processo de comunicação de risco para o setor regulado na área de alimentação*, passando pelas diversas etapas, até a gestão do Plano. Como foco das ações de intervenção, pretende-se realizar o alinhamento conceitual e prático aos técnicos do setor em percepção de risco sanitário, relacionado aos serviços de alimentação, onde serão apresentadas por meio de oficina, estratégias a serem utilizadas para instituir a comunicação de risco como um dos processos de trabalho de VISA, entre as quais se destacam: socializar os instrumentos e ferramentas de comunicação de risco e apresentar o instrumento de categorização de risco (check list) para restaurantes, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A execução do PA ocorrerá no período de setembro de 2014 a agosto de 2015.

Palavras chave: Processo de trabalho, Comunicação de Risco, Vigilância Sanitária.

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 6
2. OBJETIVOS 8
2.1. GERAL 8
2.2. ESPECÍFICOS 8
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 9
4. PERCURSO METODOLÓGICO 12
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 14
6. GESTÃO DO PLANO 17
7. NSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROJETO APLICATIVO 18
8. REFERÊNCIAS 19
APÊNDICE A 21
APÊNDICE B 21

1- CONTEXTUALIZAÇÃO

O município de Várzea Grande está situado na região Sul do estado de Mato Grosso, possui 110 bairros e sua população estima-se em 262.880/IBGE-2013 e dentro do seu contexto administrativo conta com a Secretaria Municipal de Saúde, da qual faz parte a Diretoria de Vigilância em Saúde constituída pelas Vigilâncias em Saúde do Trabalhador, Sanitária, Epidemiológica e Ambiental exercendo ações para reduzir a morbimortalidade por doenças, além de prevenir, controlar ou eliminar os riscos à população.

A Vigilância Sanitária (VISA) foi criada no final da década de 80, conforme artigo nº 165 da Lei Orgânica do Município, como Gerência de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Desde esse período já apresentava dificuldades, principalmente com relação aos recursos materiais: suas instalações, necessidade de automóvel e recursos humanos, sendo que contava com um profissional de nível superior e quatro de nível médio, desenvolvendo ações correspondentes à demanda espontânea: cadastramento, atendimento à denúncias e inspeções, ou seja, com pouca produção normativa, educação sanitária e planejamento, avaliação e divulgação das ações (COSTA; MARANGON; SCATENA, 2009).

Para subsidiar o Plano Municipal de Saúde no período de 2014-2017 foi elaborado em novembro/2013 o documento “Análise Situacional da Vigilância em Saúde de Várzea Grande”, no qual encontramos o levantamento das condições atuais da Vigilância em Saúde desse município.

Segundo dados desta Análise Situacional, a Vigilância Sanitária conta com 5.624 estabelecimentos cadastrados, mas prevê-se que 1000 já encerraram suas atividades sem prévia comunicação ao órgão. Dos estabelecimentos inspecionados destacam-se os que atuam na área de alimentos, tais como: restaurantes, lanchonetes, buffets, ambulantes, padarias, supermercados, mercearias e distribuidoras, representando 70% das inspeções realizadas por esta Vigilância Sanitária.

Com relação aos recursos humanos conta com 25 funcionários: 01 gerente, 05 agentes administrativos, 01 de serviços gerais e 18 fiscais, sendo que destes, metade de nível superior e a outra metade de nível médio. Mas, o documento ainda aponta a necessidade do aumento destes profissionais para garantir a ampliação da atuação da VISA.

Entre outros fatores importantes citados no documento, está a deficiência na estrutura física, que se destaca por problemas como: infiltrações, fiação exposta, sanitários danificados, mofos, além de mobiliário e equipamentos insuficientes como computadores, impressoras, aparelho de fax, termômetro digital, lanterna, câmera fotográfica digital e carências com materiais de escritório inclusive, como: papel A4, canetas, tinta para impressora.

O documento “Análise Situacional da Vigilância em Saúde de Várzea Grande” elenca como ações realizadas pela VISA a verificação de denúncias, notificações, inspeções,

interdições, apreensão e descarte de produtos e coleta de amostras para o envio ao laboratório. E aponta a existência de dificuldades para consolidar, editar e divulgar informações, realizar gestão de sistemas de informação e consequentemente promover a comunicação do risco sanitário.

É possível perceber que na VISA de Várzea Grande os instrumentos e ferramentas de trabalho ainda não contemplam a comunicação do risco, especialmente com o setor regulado da área de alimentos, sua maior demanda, o que pode acarretar prejuízos e falhas no tocante à prevenção e proteção da saúde.

Tendo em vista o documento produzido pela Diretoria de Vigilância em Saúde do Município de Várzea Grande propõe-se, portanto a aplicação deste Projeto com o intuito de inserir as práticas de comunicação de risco no desenvolvimento das atividades rotineiras da Vigilância Sanitária do município de Várzea Grande-MT, no que se refere aos serviços de alimentação.

1. OBJETIVOS

1.1. GERAL

Propor a inserção da comunicação de risco nos processos de trabalho da Vigilância Sanitária do município de Várzea Grande (VISA/VG), na área de alimentação.

1.2. ESPECÍFICOS

- Realizar alinhamento conceitual e prático aos técnicos da VISA/VG em percepção de risco sanitário relacionado aos serviços de alimentação;
- Socializar os instrumentos e as ferramentas de comunicação disponíveis à VISA;
- Utilizar instrumento e metodologia de avaliação de risco publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a categorização dos restaurantes (check-list);
- Sugerir estratégias de comunicação de risco sanitário voltado ao setor regulado da área de alimentação;
- Propor a comunicação de risco como um dos processos de trabalho da VISA.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Vigilância Sanitária é legalmente definida, no Brasil, como “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” (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a VISA tem a responsabilidade de promover e proteger a saúde atuando sobre os riscos sanitários.

O risco sanitário pode ser descrito como a probabilidade de ameaças existentes e é gerido através de instrumentos capazes de analisá-los e avaliá-los. Esta análise é realizada a partir de estudos comprovadamente científicos e avaliada utilizando base de dados que permitam definir possíveis efeitos de uma exposição. A análise do risco englobaria três componentes: avaliação, gerenciamento e comunicação (CORREA, 2011).

Dentre os componentes da análise de risco, destacamos a comunicação de risco que é objeto desse estudo. Ela pode ser entendida como uma estratégia que propicia maior grau de entendimento da natureza do risco, mapeamento dos riscos, identificação de situações de emergência, avaliação de resultados, elaboração de novas campanhas. Promove um melhor entendimento com um público alvo e configura a proteção dos interesses sanitários e ambientais da população (LOURENÇO; MARCHIORI, 2011).

A comunicação do risco é uma ação que requer o preparo dos profissionais e dos processos de trabalho para executá-la. É imprescindível que o conhecimento sobre o risco sanitário e seu gerenciamento esteja consistente para a construção de instrumentos de trabalho e estratégias de intervenções.

É preciso que haja atuação articulada entre a VISA e outros setores da saúde ou fora dela, para que informações não deixem de ser incluídas, restringindo o campo de atuação das ações. Garibotti; Hennington; Selli, (2006, p. 1043) afirmam que “nos dias atuais, a atuação da VISA é marcada pela visão parcial do risco, organização de serviços de forma fragmentada, não promovendo o planejamento e uma concepção ampliada da vigilância da saúde, sobretudo a comunicação”.

Porém é preciso superar essas dificuldades, pois o risco sanitário corresponde a uma temática importante dentro da comunicação em VISA, sendo que por meio desta ocorrerá a troca de informações com a população, com o setor regulado e com outros setores da administração pública ou privada. A comunicação está presente em todas as ações da VISA, auxiliando conhecer os problemas, buscando soluções coletivas, intervenções e uma forma de torná-los públicos (RANGEL, 2009).

Nesse contexto, compondo os instrumentos de organização e com o objetivo de fortalecer e consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), o Plano Diretor de

Vigilância Sanitária (PDVISA), tem um papel importante na medida em que define diretrizes que reforçam a responsabilidade da Vigilância Sanitária na institucionalização da comunicação de risco, quais sejam:

Eixo I, da Organização e Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS (BRASIL, 2007, p. 9):

> O reconhecimento da Vigilância Sanitária como responsabilidade indelegável do Estado e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Ainda com relação ao Eixo I (BRASIL, 2007, p 11), item 5 a:

> Desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de VISA - expressos nos Relatórios de Gestão das três esferas de governo- visando à redução dos riscos e agravos à saúde;

Encontramos descritos no EIXO II do (BRASIL, 2007, p 15):

> Ação Regulatória: Vigilância de produtos, serviços e de ambientes: Com esse sentido ampliado de regulação, estratégias como o aprimoramento dos processos produtivos e do controle da qualidade dos produtos e serviços oferecidos, bem como a comunicação do risco e o estímulo ao consumo consciente, são algumas das possibilidades de implementação da regulação com o objetivo de proteção à saúde da população.

Com relação ao Eixo IV da Produção de Conhecimento, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (BRASIL, 2007, p 21) item 1 c, encontramos: “Aprimoramento dos instrumentos de disseminação do conhecimento, para tornar mais efetiva a comunicação entre o SNVS e a população”;

No Eixo V: Construção da Consciência sanitária: mobilização, participação e controle social (BRASIL, 2007, p26) item 3 a, traz como diretriz: “Garantia do acesso e da transparência da informação em Vigilância Sanitária”.

Uma vez justificada a importância da comunicação do risco trazê-mo-la para o contexto deste projeto aplicativo: a comunicação de risco na área de alimentação, especialmente os restaurantes do município de Várzea Grande/MT.

A Vigilância sanitária atua sobre os estabelecimentos, especialmente de alimentos, de maneira a identificar os problemas e tomar as medidas que evitem ou minimizem os riscos à saúde, mas nem sempre é possível trabalhar ações como a Comunicação do risco, por diferentes fatores como a deficiente infra-estrutura, número de profissionais insuficientes e limitados recursos financeiros.

Essa é uma situação recorrente na VISA Várzea Grande, onde as ações de normatização, educação em saúde e divulgação das ações desenvolvidas têm ficado relegadas a um segundo plano em função do dia a dia das inspeções (COSTA; MARANGON; SCATENA, 2009).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O Projeto Aplicativo foi elaborado a partir do movimento de construção, orientado pela proposta de Carlos Matus, que se utiliza de ferramentas de gestão do Planejamento Estratégico, por meio da relação entre planejamento e ação.

Partimos a princípio da leitura da realidade onde identificamos os desconfortos, desejos de mudanças e sua inter-relação com o diagrama dos macroproblemas da Vigilância Sanitária do nosso país apresentado pelos especialistas do Curso de Gestão de Vigilância Sanitária do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL). Verificamos a interface deles com as propostas do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) e com a Análise Situacional da Vigilância em Saúde do município de Várzea Grande em Mato Grosso, no intuito de alcançarmos a excelência nas ações realizadas pela Vigilância Sanitária.

Para identificarmos as necessidades locais nos baseamos em informações sociais, demográficas, epidemiológicas e outros, contidos na Análise Situacional do município, o que permitiu selecionarmos os problemas e descrevê-los, ampliando o entendimento da realidade. Em seguida usamos a Matriz Decisória para priorização do problema quanto aos aspectos: importância, urgência, capacidade de enfrentamento e ordem de prioridades.

Construímos o diagrama de causa-efeito através da ferramenta Árvore Explicativa de Problemas (Apêndice A). E identificamos os nós críticos que representam as causas do problema que necessitam de enfrentamento/intervenção, pois quando modificados por si só promovem a alteração de outra, ou de uma série de causas que ocasiona a sua superação e conseqüentemente a melhoria dos serviços prestados à população.

Tendo por base os problemas descritos, construímos os indicadores que possibilitarão a análise das ações planejadas e a medida dos efeitos esperados.

Foi utilizada também a matriz de identificação e relevância dos atores sociais, a partir da definição dos atores envolvidos e a sua relevância, ou seja, a sua capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar à frente a proposta de mudança, tendo como variáveis os valores baixo, médio e alto, e interesse positivo ou negativo.

Neste movimento fomos construindo o Projeto Aplicativo (PA), que representa um estudo de um determinado problema vivenciado pelos atores, resultando em uma proposta de intervenção na realidade.

De acordo com a relevância do problema escolhido, foram definidos os objetivos do PA e elaborada a fundamentação teórica do tema.

Na seqüência foi construída a Proposta de Intervenção, ressaltando a atenção quanto a governabilidade dos atores envolvidos e os recursos disponíveis, bem como pensado nos mecanismos de monitoramento das Ações propostas, com a definição de indicadores de

avaliação para verificação do alcance da mudança na realidade e de meios de garantir a manutenção da sua viabilidade.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Plano de intervenção é uma proposta organizada que inclui os atores sociais e as ações previstas para se alcançar a situação desejada. Sendo que, para sua aplicabilidade foi considerada a governabilidade dos atores envolvidos.

A descrição dos nós críticos, ações e estratégias que serão utilizados para a implantação e operacionalização do Projeto Aplicativo estão discriminadas nos quadros a seguir:

Quadro 1. PLANO DE INTERVENÇÃO

NÓ CRÍTICO	AÇÕES	ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES
Desconhecimento dos técnicos sobre gestão de risco na área de alimentação.	Realizar alinhamento conceitual e prático aos técnicos da VISA/VG em avaliação e comunicação de risco sanitário.	1. Fazer um diagnóstico do conhecimento prévio sobre avaliação e comunicação de risco aplicando questionário; 2. Buscar parcerias com a SES/MT e VISA/Cuiabá para ofertar realinhamento conceitual; 3. Realizar oficina para realinhamento sobre avaliação e comunicação de risco; 4. Disponibilizar informações básicas sobre avaliação e comunicação de risco.
Falta conhecimento técnico sobre as ferramentas de comunicação.	Socializar os instrumentos e as ferramentas de comunicação disponíveis à VISA.	1. Realizar diagnóstico para identificar os instrumentos e ferramentas de comunicação disponíveis para VISA/VG; 2. Divulgar os instrumentos e ferramentas de comunicação possíveis para os técnicos da VISA na oficina.
Pouca utilização pela VISA de seu potencial como comunicador.	Sugerir ao gestor a inclusão da comunicação de risco nos processos de trabalho de VISA.	1. Explorar na Oficina o potencial comunicador da VISA; 2. Incluir a ação de comunicação de risco nos momentos de planejamento de VISA.
Subutilização das ferramentas de comunicação	Propor ao gestor meios de explorar melhor as ferramentas de comunicação de risco em VISA.	1. Apresentar a base legal sobre a importância da comunicação de risco em VISA (Constituição Federal, Portaria SIASUS, Código sanitário, Lei 8080. PDVISA); 2. Apresentar os meios de comunicação oficiais na área de alimentação voltado ao setor regulado; 3. Sugerir ao gestor as ferramentas mais eficientes no processo de comunicação com o setor regulado na área de alimentação;
	Propor dinâmica de trabalho utilizando as ferramentas de comunicação	1. Identificar processo de comunicação de risco no fluxo de trabalho atual na área de alimentação; 2. Reformular o fluxo de trabalho atual, se necessário.

Ausência de Instrumentos de trabalho com enfoque no risco sanitário na VISA	Disponibilizar instrumento de trabalho da ANVISA (check list) voltado para restaurantes com enfoque no risco sanitário	1. Apresentar o instrumento da ANVISA aos técnicos (na Oficina); 2. Reunir com o setor regulado, ABRASEL e Sindicatos para apresentação do instrumento.

Quadro 2: -DETALHAMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

RESULTADOS ESPERADOS	**ATIVIDADES NECESSÁRIAS**	**RESPONSÁVEL**	• **DEMAIS PARTICIPANTES**	**PRAZO**	• **RECURSO**
Consolidado dos conhecimentos prévios dos técnicos da VISA/VG em avaliação e comunicação de risco;	Fazer um diagnóstico do conhecimento prévio sobre avaliação e comunicação de risco aplicando questionário	Liege Elbia Varneilda	• Diretor da VS Várzea Grande (Emerson F. Araujo) • Coord. da VISA Cbá (Wagner Coelho)	Ago/ 2014	• Conhecimento em avaliação e comunicação de risco; • Questionário elaborado; • Programa excel • Cópias dos questionários
Técnicos disponibilizados pelo gestor formalmente;	Buscar parcerias com a SES/MT e VISA/Cuiabá para ofertar realinhamento conceitual;	Rosimeire Sauria Rosiney	• Coordenador da VISA Cbá (Wagner Coelho) • Coordenadora da VISA/SES (Nathalia Zanellato)	Ago/ 2014	Liberação pelos gestores
Oficina de realinhamento realizada.	Realizar oficina para realinhamento sobre avaliação e comunicação de risco;	Ana Carolina Cidinha Vagner Elbia	• Diretor da VS Várzea Grande (Emerson F. Araujo) • Coordenadora de VISA SES/MT (Nathalia Zanellato)	Out/ 2014	• Aluguel de sala • Equipamentos audiovisuais (datashow, notebook, tela de projeção, equipamento de som. Acesso à internet • Pastas • Material didático impresso (apostila) • Bloco de anotação • Caneta • Coffee break • Copos descartáveis
Apostilas impressas e/ou material em meio eletrônico disponibilizados.	Disponibilizar informações básicas sobre avaliação e comunicação de risco.	Rosiney Liege Rosimeire	• Técnicos palestrantes • Diretor da VS Várzea Grande (Emerson F. Araujo).	Set/ 2014	• Papel sulfite e/ou meio eletrônico • Cópias; • Conhecimento técnico do assunto.

5. GESTÃO DO PLANO

A Gestão do plano ocorrerá por meio de um acompanhamento e avaliação sistemática a fim de alcançarmos o resultado esperado, o impacto nos problemas selecionados.

Para isto serão utilizados os mecanismos de monitoramento listados nos Quadros 3 e 4 abaixo, onde se encontram uma lista de indicadores e resultados esperados.

Quadro 3: INDICADORES

CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
1- Cobertura de técnicos da VISA capacitados em gestão de risco na área de alimentos	Total de técnicos da VISA capacitados em gestão de risco na área de alimentos/ total de técnicos da VISA	Processo	VISA/VG
3- Proporções de ações de comunicação realizadas na VISA na área de alimentos	Nº de ações comunicativas na área de alimentos (VISA)/Nº total de ações comunicativas VISA	Processo	VISA/VG
4- Cobertura de atendimento as denúncias recebidas pela VISA na área de alimentos	Nº de denúncias atendidas com comunicação aos interessados/nº total de denúncias	Processo	VISA/VG
Meios de comunicação socializados			

Quadro 4 - RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS
Consolidado dos conhecimentos prévios dos técnicos da VISA/ VG em avaliação e comunicação de risco	Liege, Elbia, Varneilda Sauria
Oficina de realinhamento realizada	Rosiney, Aparecida e Elbia
Consolidação das informações sobre os instrumentos e ferramentas de comunicação de risco	Liege, Elbia, Varneilda, Sauria e Rosiney
Instrumentos e ferramentas de comunicação de risco existentes socializados.	Anna Carolina, Aparecida, Vagner e Elbia
Ação de comunicação de risco inserida no Planejamento VISA na área de alimentos	Diretor de VISA: Emerson
Conhecimento de base legal adquirido pelo Gestor	Anna Carolina, Aparecida, Vagner e Elbia
Meios de comunicação socializados	Anna Carolina e Aparecida
Eficiência na comunicação de risco	Vagner e Elbia
Processo de comunicação de risco identificado no fluxo de trabalho atual - Fluxo reformulado	Anna Carolina, Liege, Elbia, Varneilda e Sauria
Técnicos habilitados para trabalhar com instrumento da ANVISA	Liege, Rosimeire, Varneilda e Sauria
Instrumento divulgado	Liege, Rosimeire e Rosiney

6. INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROJETO APLICATIVO

Este projeto aplicativo foi apresentado ao atual Diretor de Vigilância em Saúde Municipal de Várzea Grande que demonstrou interesse em apoiar o Projeto, apontando para a viabilidade da execução do mesmo, como forma de melhorar as ações de VISA.

Desta forma, para sua institucionalização propomos o encaminhamento deste projeto pelo referido Gestor ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Várzea Grande para conhecimento, análise e aprovação. Concomitantemente sugerimos a criação de um Grupo Técnico Assessor composto pelos autores do PA e representantes da VISA/VG, com o objetivo de sua implementação e operacionalização.

Para implementação do PA serão realizadas parcerias com a SES/MT e VISA/Cuiabá para disponibilização formal dos facilitadores para a realização da oficina de realinhamento conceitual, para tanto serão necessários os recursos financeiros descritos no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Planilha orçamentária para a implementação do PA

ATIVIDADE	VALOR PREVISTO
Aluguel de salão para três dias período matutino e vespertino	R$ 1.500,00
Locação de equipamentos audiovisuais (data show, notebook, tela de projeção, equipamento de som). Acesso à internet	R$ 500,00
Coffee break para três dias período matutino e vespertino	R$ 2.100,00
Pastas, Material didático impresso (apostila), Bloco de anotação, Caneta.	R$ 900,00
TOTAL GERAL	**R$ 5.000,00**

7. REFERÊNCIAS

Artmann, Elizabeth. *O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.* Rio de Janeiro: Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000). Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>.Acesso em 01/04/2013.

BRASIL, Leis et al. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990: *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Diário Oficial da união, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.>. Acesso em: 20/05/2014.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano diretor de vigilância sanitária/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* 1.ed. Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_livro.pdf>. Acesso em: 01/06/2014.

CORRÊA, Átila Coelho.*Gestão do Risco Sanitário no Brasil e a Responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* Brasília. 2009. Dissertação de Mestrado. Disponível em:<bdtd.bce.unb.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6391>. Acesso em: 29/03/2014.

Costa, Ediná Alves. *Vigilância Sanitária: temas para debate*. EDUFBA, 2009. Disponível em:<http://static.scielo.org/scielobooks/6bmrk/pdf/costa-9788523208813.pdf>. Acesso em: 02/12/2013.

Garibotti, V., Hennington, É. A., & Selli, L. (2006). *Workers' contribution to the consolidation of municipal health surveillance services.* Cadernos de Saúde Pública, *22*(5), 1043-1051. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000500017&script=sci_arttext.> Acesso em: 20/02/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 06/05/2014.

LOURENÇO, Milene Rocha; MARCHIORI, Marlene Regina. *A Comunicação de Risco como Fator Essencial no Processo de Gestão de Crises.* In: XII Congresso de Ciências da Comunicação na Região. Londrina: UEL, 2011. Disponível em: < http://www.uel.br/grupo-estudo/gecorp/backup03102012/publicacoes/LOURENCO,_Milene__Marchiori,_M._.__A_Comunicac_o_de_Risco_como_Fator_Essencial_no_Processo_de_Gest_o_de_Crises_2011._Trabalho_apresentado_Iniciac_o_Cientifica_Intercom_Sul.pdf>. Aceso em: 20/02/2014.

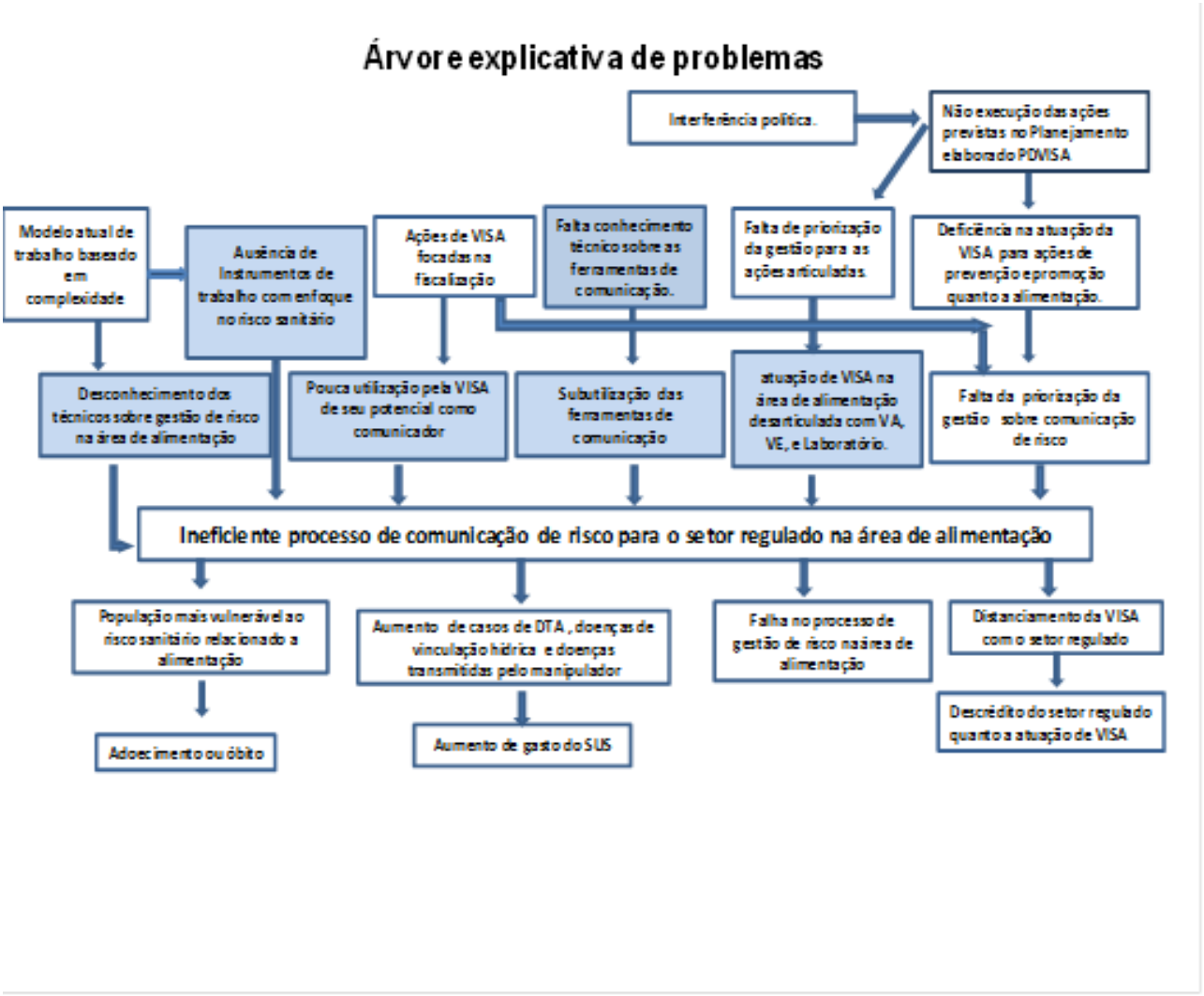
MARANGON, Miriane Silva; SCATENA, João Henrique Gurtler; COSTA, Ediná Alves. *A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005).* Revista de Administração Pública**.** Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 457 a 479, mar/abr, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200009>. Acesso em 12/10/2013.

RANGEL, Maria Lígia. Comunicação em Vigilância Sanitária. In: COSTA, Ediná Alves. (Org.). *Vigilância Sanitária temas para debate*. Salvador: EDUFBA, 2009, p.153-170. Disponível em: < http://books.scielo.org/id/6bmrk>. Acesso em: 10/09/2013.

VÁRZEA GRANDE. Câmara Municipal. *Lei Orgânica de 04 de abril de 1994*, Várzea Grande, MT, 1994.

VÁRZEA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. *Análise situacional da Vigilância em Saúde de Várzea Grande*. Várzea Grande, Mato Grosso, 2013.

APÊNDICE A


Árvore explicativa de problemas
Interferência política.
Não execução das ações previstas no Planejamento elaborado PDVISA
Modelo atual de trabalho baseado em complexidade
Ausência de Instrumentos de trabalho com enfoque no risco sanitário
Ações de VISA focadas na fiscalização
Falta conhecimento técnico sobre as ferramentas de comunicação.
Falta de priorização da gestão para as ações articuladas
Deficiência na atuação da VISA para ações de prevenção e promoção quanto a alimentação.
Desconhecimento dos técnicos sobre gestão de risco na área de alimentação
Pouca utilização pela VISA de seu potencial como comunicador
Subutilização das ferramentas de comunicação
atuação de VISA na área de alimentação desarticulada com VA, VE, e Laboratório.
Falta da priorização da gestão sobre comunicação de risco
Ineficiente processo de comunicação de risco para o setor regulado na área de alimentação
População mais vulnerável ao risco sanitário relacionado a alimentação
Aumento de casos de DTA, doenças de vinculação hídrica e doenças transmitidas pelo manipulador
Falha no processo de gestão de risco na área de alimentação
Distanciamento da VISA com o setor regulado
Adoecimento ou óbito
Aumento de gasto do SUS
Descrédito do setor regulado quanto a atuação de VISA

APÊNDICE B - IDENTIFICAÇÃO E RELEVÂNCIA DE ATORES SOCIAIS

ATOR	VALOR	INTERESSE	PONTUAÇÃO (0 A 10)
Secretário municipal de saúde de Várzea Grande	Alto	–	6
Diretor de Vigilância em Saúde do município de Várzea Grande	Alto	+	9
Gerente de Vigilância em Saúde do município de Várzea Grande	Médio	+	7
Conselho Municipal de Saúde de Várzea Grande	Alto	+	8

Inêz dos Santos Souza
Jacqueline Toledo Hosken
Larissa de Azevedo Rego Peres
Marcelle de Oliveira Koeppe
Márcia Regina Cardoso Coelho
Maria Eleonora Iozzi da Silva
Mariza Cardoso Rodrigues de Lima
Nádia Maria Proázio de Freitas
Selma Moura Sobrinho da Paixão

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro 2013-14

Inêz dos Santos Souza
Jacqueline Toledo Hosken
Larissa de Azevedo Rego Peres
Marcelle de Oliveira Koeppe
Márcia Regina Cardoso Coelho
Maria Eleonora Iozzi da Silva
Mariza Cardoso Rodrigues de Lima
Nádia Maria Proázio de Freitas
Selma Moura Sobrinho da Paixão

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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

Orientador: Clayton Maiatto

Rio de Janeiro 2013-14

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

Coelho, Márcia Regina Cardoso; Freitas, Nádia Maria Proázio de; Hosken, Jacqueline Toledo; Koeppe, Marcelle de Oliveira; Lima, Mariza Cardoso Rodrigues de; Paixão, Selma Moura Sobrinho da; Peres, Larissa de Azevedo Rego; Silva, Maria Eleonora Iozzi da; Souza, Inês dos Santos

Descentralização das ações da Vigilância Sanitária no âmbito do Estado do Rio de Janeiro: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2014. 54.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V Fundação Dom Cabral VI. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título

G333

RESUMO

O Projeto Aplicativo obtido como produção do Grupo Afinidade 4, composto por técnicos das Vigilâncias Sanitárias das três esferas de governo. Trata-se de uma construção coletiva, elaborada a partir da discussão ao longo da trajetória no curso. A situação problema escolhida foi o fortalecimento da descentralização das ações de Vigilância Sanitária dos Estados para os Municípios.

O Projeto Aplicativo objetiva contribuir com o gestor municipal na descentralização das ações do Estado para os Municípios apresentando um instrumento facilitador fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional. Para construção do instrumento foram utilizados elementos de metodologias ativas, tendo como ponto inicial a realidade.

Concluímos que a implementação de qualquer ação municipal depende do orçamento, do comprometimento e da vinculação das ações aos planejamentos governamentais existentes, que devem estar harmonizados com os Planos Municipais de Saúde.

SUMÁRIO:

1 OBJETIVO GERAL 8
2 METODOLOGIA 8
3 RESULTADOS 19
4 ANÁLISE E COMENTÁRIOS 20
5 REFERÊNCIAS 22

1 INTRODUÇÃO

Apresentamos o projeto aplicativo (PA) obtido como produção do Grupo Afinidade 4, para a conclusão do curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA) do projeto de Apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Trata-se de uma construção coletiva, elaborada a partir de ampla discussão com os componentes do grupo, ao longo da trajetória percorrida nos encontros ocorridos entre outubro de 2013 e junho de 2014.

O Grupo Afinidade foi composto por técnicos das Vigilâncias Sanitárias das três esferas de governo: da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CVSPAF-RJ/ANVISA), da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro (SUVISA/RJ) e da Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro (SUBVISA/RJ).

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) garantiu a saúde como um direito de todos e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Art. 198º, define que: “as ações dos serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo” e no inciso II do Art. 200º ressalta que: “ao SUS compete executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica bem como as de saúde do trabalhador”. (BRASIL, 1988)

Conforme disposto no Título I, Capítulo I, Art. 6º da Lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências: “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 prestação de serviços de interesse a saúde”. Em seu Art. 17°, descreve as ações de responsabilidade do Estado, dentre elas, a prevista no Inciso I: “promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde” (BRASIL, 1990)

Um subsistema do SUS, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), foi criado em 1999, sendo integrado pela ANVISA, pelos órgãos estaduais de vigilância sanitária, pelos órgãos municipais de vigilância sanitária, pelo órgão de vigilância do distrito federal, pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e pelos laboratórios centrais de saúde pública estaduais (LACENs). (BRASIL, 1999)

Visando fortalecer o SNVS foi desenvolvido o Plano Diretor da Vigilância Sanitária (PDVISA), que destaca a descentralização das ações de vigilância sanitária como princípio norteador e como uma estratégia de fortalecimento do setor. O desenvolvimento do Plano e sua atuação implicam na construção de pactos, estabelecendo responsabilidade sanitária por meio da definição de um elenco norteador de ações que permitam assimilar as diversidades loco-regionais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção. As ações pactuadas são parte integrante de um processo de desenvolvimento capaz de subsidiar a descentralização e gerar ações mais efetivas de promoção e proteção da saúde da população. (BRASIL, 2007)

Para Boldstein e Rosenfeld (2000, p.94), a descentralização surge no contexto do SUS como “um instrumento adequado para o uso e redistribuição mais eficiente dos escassos orçamentos públicos e para a busca de maior eficiência e resolutividade dos serviços prestados”. Já para Cohen e Moura (2004), “o termo descentralização enfatiza o processo de transferência de recursos e responsabilidades na execução de ações de Vigilância Sanitária (VISA) no âmbito municipal”. Os conceitos apresentados ilustram que a descentralização fortalece a gestão, por aproximar o investimento as necessidades locais e específicas para cada município ou região do país.

Para Almeida (1995), na década de 80, o Brasil optou pela substituição do federalismo centralizado, que herdara do autoritarismo, por um modelo cooperativo e descentralizado, opção que veio de encontro aos anseios da população brasileira por uma gestão democrática e participativa.

Os técnicos do Estado do Rio de Janeiro, em sua rotina diária, observam as dificuldades dos municípios para realizar as ações, como por exemplo: o desconhecimento da legislação; a desestruturação das equipes de inspeção e a constante troca de gestores municipais.

Na busca de informações junto ao Núcleo de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (NPDI) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e ao Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (NADAV) da ANVISA, as mesmas dificuldades foram confirmadas, indicando a necessidade de se desenvolver um instrumento orientador, com aplicabilidade em diferentes contextos e cenários nos quais se encontrem as vigilâncias sanitárias municipais, a fim de consolidar e qualificar o processo de descentralização, fortalecendo o SNVS e promovendo o

gerenciamento dos riscos à saúde no nível municipal, que por consequência, é o mais próximo do cidadão.

Neste cenário, destacamos como um grande avanço, a publicação em 2010 da Resolução SESDEC nº 1.411, de 15 de outubro de 2010, que define parâmetros para a descentralização com base na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), pacto pela saúde, plano diretor de vigilância sanitária, entre outros (RIO DE JANEIRO, 2010). Segundo informações do NPDI dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, somente 32 tiveram as ações de vigilância sanitária descentralizadas.

Em virtude destas dificuldades, a situação problema escolhida pelo Grupo Afinidade foi o fortalecimento da descentralização das ações de Vigilância Sanitária dos estados para os municípios, principalmente no Estado do Rio de Janeiro.

2 OBJETIVO GERAL

O objetivo principal deste PA, definido pelo grupo afinidade 4, é contribuir com a descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito do estado do Rio de Janeiro, através da elaboração de um manual de procedimentos, de modo a colaborar com o cumprimento da Resolução SESDEC n° 1.411, de 15 de outubro de 2010, que delega competências de ações de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde.

Através deste Projeto Aplicativo esperamos contribuir com uma proposta de intervenção da realidade, elaborando um instrumento facilitador da descentralização das ações do estado para os municípios, especialmente, mas não exclusivamente no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

3 METODOLOGIA

Este trabalho utilizou a metodologia construtivista. Inspirado nas ideias do suíço Jean Piaget, o método procura instigar a curiosidade, já que o aluno é levado a encontrar as respostas a partir de seus próprios conhecimentos e de sua interação com a realidade e com os colegas (SÓ PEDAGOGIA, 2008). Pois de acordo com Tavares (2004), **"as pessoas constroem os seus conhecimentos, a partir de uma intenção deliberada de fazer articulações entre o que conhece e a nova informação que pretende absorver".**

A metodologia da problematização tem como ponto inicial a realidade, onde as questões em estudo estão acontecendo. São identificados os problemas e pontos chave, sobre os quais são formuladas afirmações, acerca dos aspectos do problema. (BERBEL, 1995)

Posteriormente, ocorre a busca da teorização: do porquê, como, onde, incidências e as relações sobre o problema estudado. Somente após esta etapa são levantadas as hipóteses de soluções para o desenvolvimento do planejamento, visando à intervenção na realidade. Segundo Diaz e Pereira (1998), a base da educação problematizadora, parte do pressuposto de que uma pessoa conhece bem algo quando é capaz de transformá-lo e se transformar durante o processo.

Seguindo a lógica do Planejamento Estratégico Situacional (PES), planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir, de conduzir. O PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, cada qual com suas ferramentas metodológicas específicas (MATUS, 1993).

Enquanto no momento explicativo realiza-se a seleção e a compreensão do problema, no normativo surgem as propostas de ação em diferentes cenários. No estratégico ocorre a construção do plano conjuntamente com a análise de sua viabilidade e no tático-operacional, acompanha-se o plano através de um Sistema de Monitoramento ou Acompanhamento e Avaliação do Plano.

A seguir será descrito o desenvolvimento das etapas realizadas a cada encontro do grupo afinidade, utilizando as ferramentas propostas no PES, para a construção deste Projeto Aplicativo (PA).

O grupo foi definido a partir de uma atividade em Plenária, realizada no dia 28/08/2013, onde os especializandos foram orientados pelos facilitadores à preencher em uma tarjeta a sua área de atuação profissional e o risco sanitário a ela associado. Diante desta definição, os participantes foram então estimulados a buscar os seus pares de acordo com a área e os riscos descritos nas tarjetas, levando-se em consideração duas das três áreas de competência elencadas neste curso como definição do perfil de competência do gestor de vigilância sanitária: a Gestão de risco à saúde e a Gestão do trabalho em vigilância sanitária.

Diante do exposto, o grupo foi criado com 10 (dez) integrantes, a princípio, composto por quatro servidores da Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro (SUBVISA/RJ), três servidores da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro (SUVISA/RJ) e três servidores da ANVISA (CVSPAF/RJ), contudo, um componente oriundo da SUBVISA não prosseguiu no curso.

Quanto à formação acadêmica, o grupo é formado por quatro nutricionistas, três farmacêuticas, uma química, e uma gestora de recursos humanos**.**

O campo de atuação principal do grupo é a inspeção sanitária na área de alimentos e o risco biológico foi considerado como o principal fator. Por contar com profissionais de vigilância sanitária das três esferas do governo, ou seja, municipal, estadual e federal associado às vastas experiências profissionais dos componentes, contribuíram em muito para enriquecer os debates.

No dia 1º de outubro, o facilitador propôs a Oficina de Trabalho do Projeto Aplicativo (OTPA) nº1, intitulada Identificando Problemas, na qual cada componente do grupo deveria identificar três problemas relacionados aos processos de trabalho vivenciados em seu dia a dia na vigilância sanitária. Assim, problemas que afetam os campos de atuação dos três níveis federativos foram expostos e, depois de ranqueados segundo suas semelhanças, foram divididos em oito problemas principais: capacitação dos servidores, comprometimento da gestão, política acima da saúde como bem maior, falta de infraestrutura adequada, respeito ao profissional, falta de conhecimento técnico do gestor, integração das áreas e não cumprimento da legislação básica pelo setor regulado. Dentre estes, o grupo selecionou a política acima da saúde como bem maior, a falta de conhecimento técnico do gestor e a integração das áreas, como macroproblemas a serem possivelmente desenvolvidos como tema de seu Projeto Aplicativo.

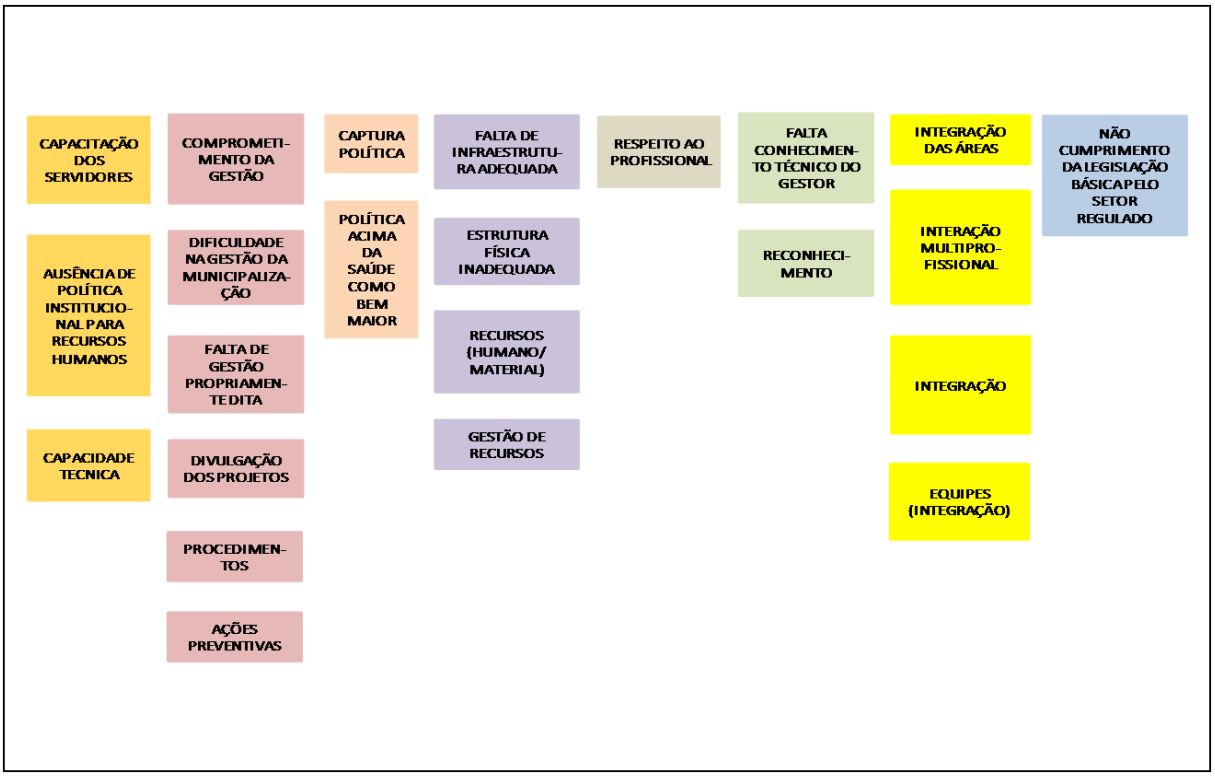


Figura 1: OTPA nº1 – Identificando Problemas

No encontro do dia 22/11/2013, o grupo definiu a ausência de integração das áreas de alimentos como o tema a ser abordado em seu projeto aplicativo, objetivando estabelecer um protocolo de ação conjunta entre as três esferas na área de alimentos. Com base no Termo de Referência fornecido pelo Hospital Sírio-Libanês, foi realizada a OTPA nº2, com a montagem de uma Árvore de Problemas, na forma de um diagrama de causa e efeito, tendo como descritores: alimentos, comunicação, ação conjunta e eventos de massa. Considerando a problematização relativa à ação conjunta, ou seja, a falta de comunicação intra e intersetores na ocorrência de eventos de massa, discorremos sobre a indefinição das atribuições de cada esfera, com detalhamento da ação e da documentação, apreciando, por fim, o desconhecimento ou não utilização do marco legal aplicado na ação.

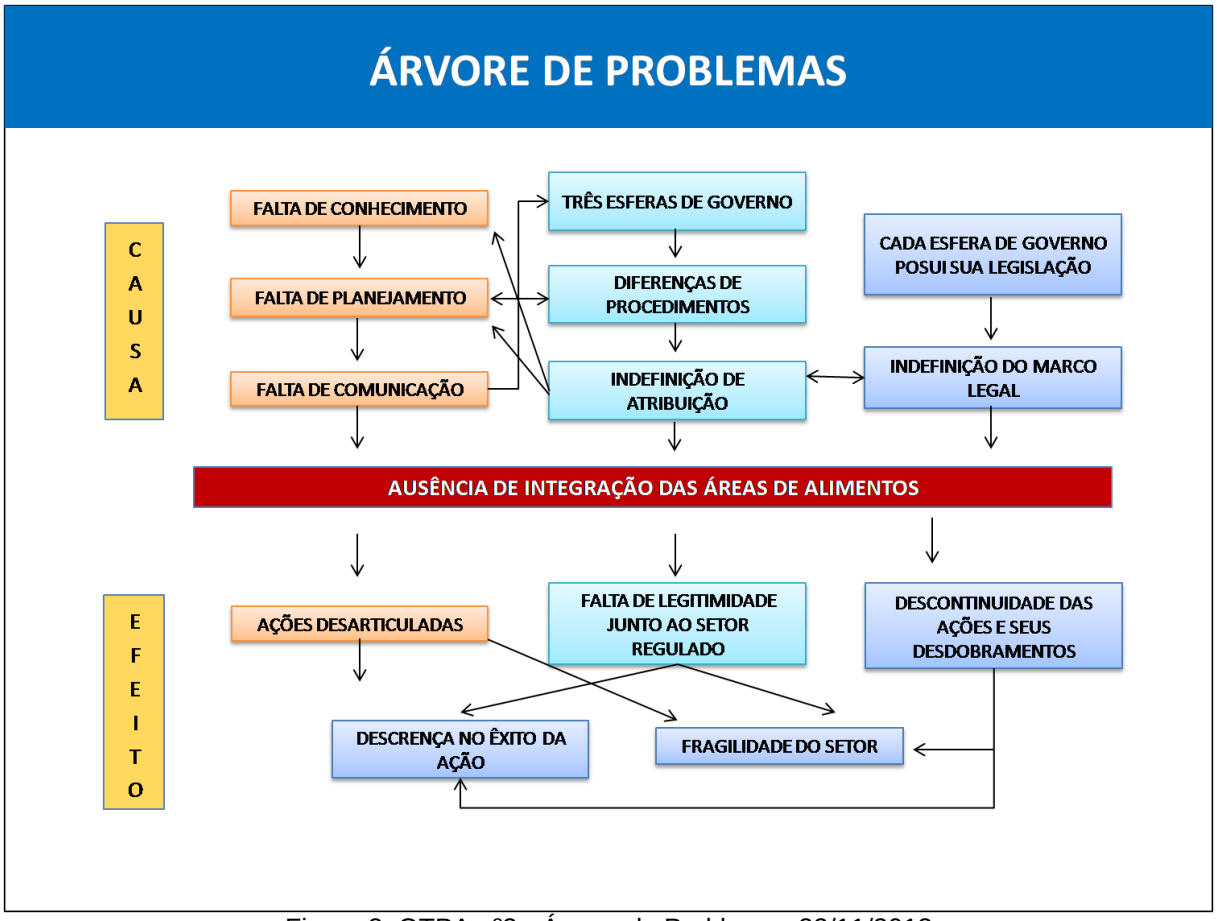


Figura 2: OTPA nº2 - Árvore de Problemas 22/11/2013

Em 09/12/2013, o grupo, porém, optou por dar uma nova abordagem ao macroproblema inicialmente identificado de integração das áreas, que permeasse as três esferas, sugerindo o tema: Descentralização das Ações da Vigilância Sanitária no Âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

No encontro do dia 10/12/2013, após trabalharmos as hipóteses e questões abordadas na Situação Problema nº3 - Pipocas, decidimos por reconstruir a árvore de problemas, considerando o macroproblema Fragilidade na Descentralização das Ações da Vigilância Sanitária no Âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

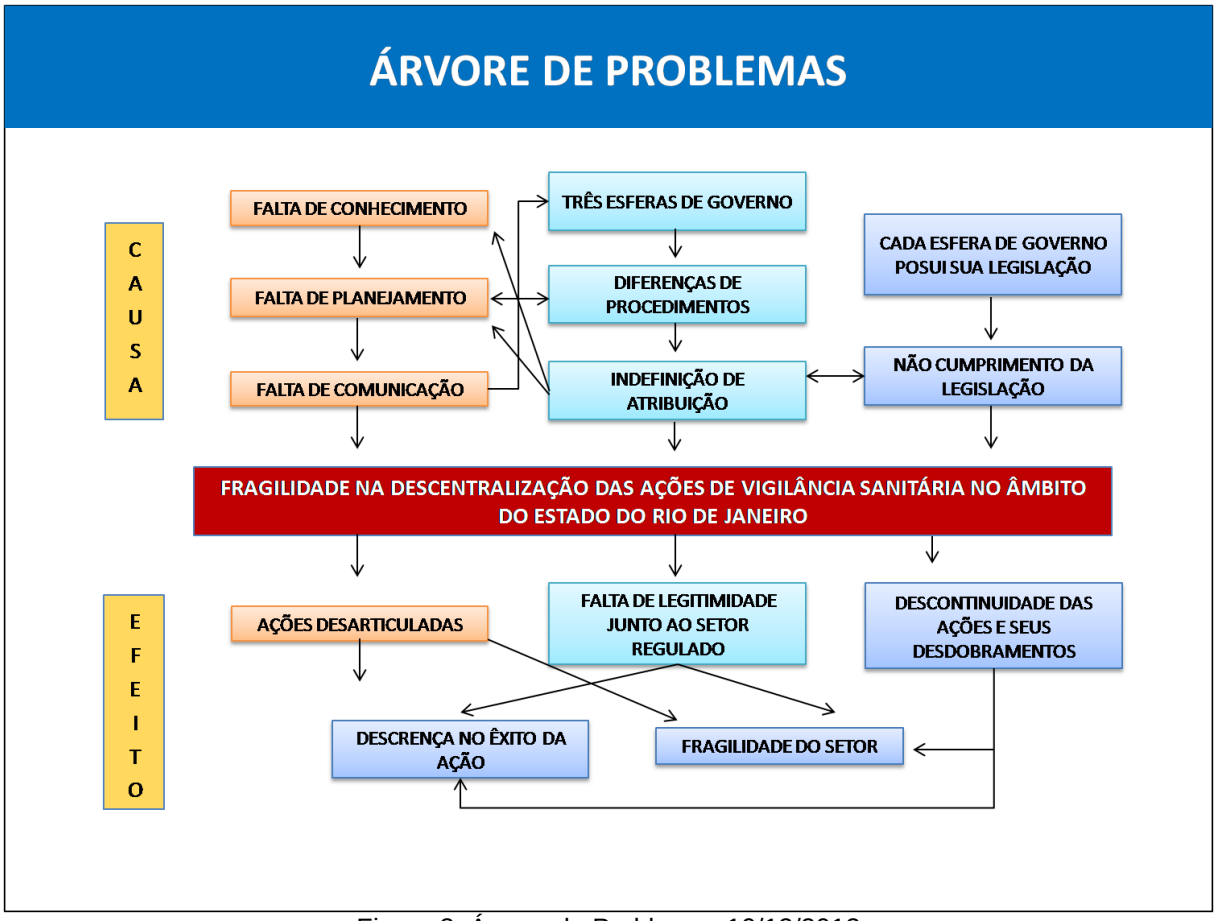


Figura 3: Árvore de Problemas 10/12/2013

Dentro da proposta da OTPA nº3, o grupo construiu uma matriz de identificação de indicadores, caracterizando o macroproblema sinalizado. Foram criados indicadores de estrutura *(*Razão de fiscais de vigilância sanitária por número de habitantes por município*)*, de processo (Razão entre os municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias no âmbito do estado do Rio de Janeiro pelo total de municípios) e de resultado *(*Razão entre o nº de Inspeções realizadas pelo município e nº total de estabelecimentos).

Matriz de Identificação de Indicadores					
Problema: fragilidade das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do estado do Rio de Janeiro.					
Tipo de indicador: 01					
DENOMINAÇÃO	**CONCEITUAÇÃO**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**CATEGORIA**	**METAS**	**FONTE**
Razões de Fiscais de Vigilância Sanitária por Número de Habitantes	Estrutura	Nº de fiscais de VISA por município / Total da população do município.	Quantitativo	Em desenvolvimento	Vigilância Sanitária Municipal IBGE
Tipo de indicador:02					
DENOMINAÇÃO	**CONCEITUAÇÃO**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**CATEGORIA**	**METAS**	**FONTE**
Percentual de municípios que executam as ações de VISA consideradas necessárias no âmbito do estado do Rio de Janeiro.	Processo	Nº de municípios que executam todas as ações de VISA consideradas necessárias / Nº total de municípios vezes 100.	Quantitativo	100% dos municípios executando todas as ações consideradas necessárias	NPDI SESRJ IBGE SIASUS
Tipo de indicador:03					
DENOMINAÇÃO	**CONCEITUAÇÃO**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**CATEGORIA**	**METAS**	**FONTE**
Índice de Inspeções Realizadas	Resultado	Nº de Inspeções Realizadas pelo município / Nº total de estabelecimentos	Quantitativo	Cumprir a pactuação realizada na CIB	VISA Municipal Secretaria Municipal De Fazenda SIASUS

Figura 4: Matriz de identificação de indicadores

A matriz dos atores sociais a serem envolvidos no projeto incluiu os gestores estaduais, os fiscais federais, a SUVISA/SES, o gestor municipal, o setor regulado, a SUBVISA/SMS, os fiscais estaduais, os Conselhos de Saúde e os fiscais municipais.

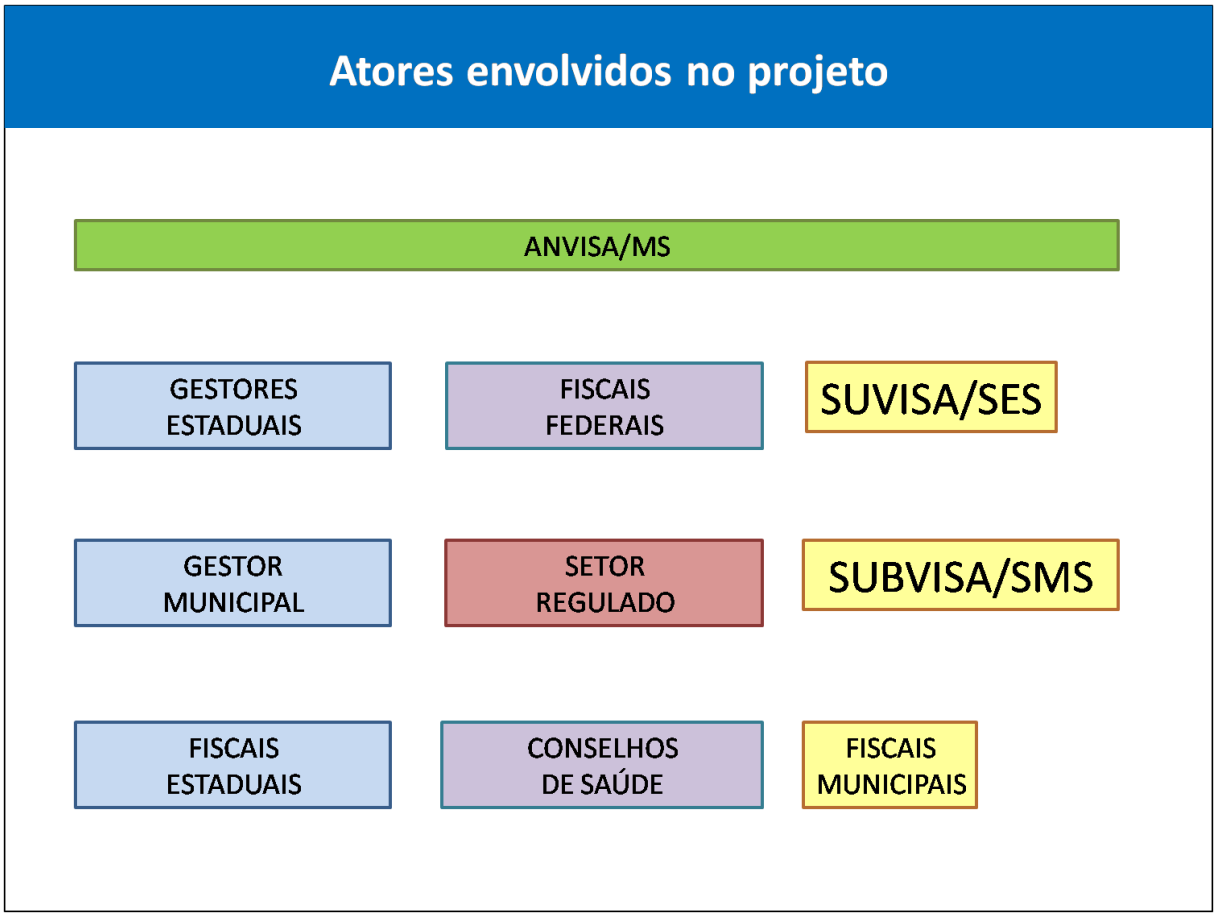


Figura 5: Matriz de atores sociais envolvidos no projeto

Em 3 de fevereiro de 2014, o grupo preparou uma breve apresentação e compartilhou com representantes das três esferas de governo, especializandos e facilitadores presentes, os produtos desenvolvidos até aquele momento.

Na OTPA nº4 realizada no dia 24 de fevereiro, tomando como base a árvore decisória construída anteriormente pelo grupo, foram selecionados dois nós críticos: a indefinição de atribuições e a diferença de procedimentos. A partir dos incidentes escolhidos, passou-se a construir o plano de ação/intervenção, visando à obtenção de um conjunto de operações geradoras de um resultado capaz de alterar a situação do problema selecionado. As matrizes obtidas para cada nó crítico são mostradas nas Figuras 6 e 7.

Incidente relacionado: Indefinição de Atribuições

Justificativa: Evitar competências concorrentes

OPERAÇÃO	AÇÃO	COMO	QUANDO	RESPONSÁVEL	ATORES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTO ESPERADO
PRÉVIA	Definir e regulamentar as competências de cada esfera de governo	Por meio de reunião para definição de atuação	Planejado para acontecer no prazo máximo de 30 dias	Gestor da ANVISA	ANVISA , VISA estadual e VISA municipal	Local com capacidade de instalação, suporte técnico e operacional	Competências definidas e divulgadas por meio de publicação de Decreto e propagadas pelas equipes
DURANTE	Divulgar as competências definidas	Dar publicidade à regulamentação pelo órgão oficial	30 dias	ANVISA	ANVISA	X	
PÓS EVENTO	Avaliar a ciência do documento	Busca ativa com Estado e Municípios	15 dias	VISA estadual	Gestor da VISA estadual	Telefone, meio eletrônico, administrativo disponível	

Figura 6: Matriz para o incidente: Indefinição de atribuições

Incidente relacionado: Diferença de Procedimentos

Justificativa: Aplicação de diferentes legislações para o mesmo segmento

OPERAÇÃO	AÇÃO	COMO	QUANDO	RESPONSÁVEL	ATORES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTO ESPERADO
PRÉVIA	Definir a legislação	Definição dos descritores	180 dias	Grupo técnico das três esferas de Governo	ANVISA , VISA estadual e VISA municipal	Local com capacidade de instalação, suporte técnico e operacional	Legislação definida com multiplicadores capacitados
	Capacitar as equipes de multiplicadores	Elaborar projeto de capacitação	Dentro do período estipulado para Plano Estratégico Situacional	VISA estadual	ANVISA , VISA estadual e VISA municipal	Local com capacidade de instalação, suporte técnico e operacional	
DURANTE	Monitorar a capacitação das equipes	Registro e avaliação	180 dias	Dois técnicos da VISA estadual	VISA estadual e VISA municipal	Telefone, planilhas, eletrônicos	Todas as equipes capacitadas
PÓS EVENTO	Avaliar a execução das ações previstas	Por meio de reuniões	30 dias após o término da implantação do projeto	Gestores da ANVISA , VISA estadual e VISA municipal	ANVISA , VISA estadual e VISA municipal	Local com capacidade de instalação, suporte técnico e operacional	100% dos técnicos municipais capacitados e utilizando a legislação definida

Figura 7: Matriz para o incidente: Diferença de procedimentos

Em 08/04/2014, dentro da proposta da OTPA nº5, intitulada Revendo e dando continuidade à elaboração do PA, buscou-se realizar uma revisão do plano, de modo a verificar sua coerência e consistência, orientada por questões como:

a) Alinhamento do plano com as políticas de saúde
b) Alinhamento da proposta com o PDVISA
c) Área de competência do gestor de VISA foco do plano
d) Contribuição dos atores estratégicos
e) Riscos à saúde x problema priorizado
f) Problema priorizado x ações propostas
g) Operações propostas x ações previstas
h) Ações propostas x metas/resultados esperados
i) Ações propostas x qualificação dos responsáveis
j) Características da VISA local x recursos necessários para a execução do plano são disponíveis e estão sob o controle dos atores que executarão o plano?
k) O que está fora do controle e que pesa no resultado? É possível a ocorrência de surpresas?
l) Quais os mecanismos de monitoramento, indicadores, orçamento, equipe profissional?
m) O plano terá impacto para a gestão da saúde?

No encontro realizado no dia 14/04/2014, definiu-se o produto do PA, que seria o instrumento facilitador contendo informações básicas para os gestores das Vigilâncias Sanitárias Municipais.

Na OTPA nº 6, realizada no encontro do dia 19 de maio, o grupo produziu um resumo, na forma de *abstract*, para o Projeto Aplicativo e prosseguiu no desenvolvimento dos tópicos relacionados a este. Iniciou-se a criação de uma matriz de dupla entrada entre os atores sociais e as ações/operações planejadas, onde o valor que determinado ator atribui para uma ação/operação e seu interesse definirão a natureza dos relacionamentos entre atores e respectivas ações.

A Matriz de motivação dos atores construída pelo grupo em 27 de maio sinalizou três atores sociais, a ANVISA, a SUVISA e as Vigilâncias Municipais, que valorizam significativamente ambas as operações, atribuindo-lhe alto valor e que têm interesse positivo, ou seja, apoiam o projeto. As duas operações selecionadas foram denominadas de Definição de atribuições e Padronização de procedimentos.

Conjunto de Atores Sociais	Definição de Atribuições		Padronização de Procedimentos	
	Interesse	Valor	Interesse	Valor
ANVISA/MS	+	A	+	A
SUVISA/SES	+	A	+	A
VIGILÂNCIAS MUNICIPAIS	+	A	+	A

Figura 8: Matriz de Motivação dos Atores

Foram construídas ainda a Matriz de Recursos Críticos do PA, como forma de identificar o controle dos recursos pelos atores envolvidos, a Síntese da análise de viabilidade, para identificar a capacidade de rejeição dos atores e as Estratégias de viabilidade.

Tipo de Recurso	Definição de Atribuições			Padronização de Procedimentos		
	ANVISA	SUVISA/SES	Vigilâncias Municipais	ANVISA	SUVISA/SES	Vigilâncias Municipais
Econômico	A	M	M	A	M	M
Poder	A	A	A	A	A	A
Conhecimento	A	A	A	A	A	B
Capacidade Organizativa	A	A	B	A	M	B

Figura 9: Matriz de Recursos Críticos

Operações/ Atividades	Atores mais Importantes			Capacidade de Rejeição dos Atores	
	ANVISA	SUVISA/SES	VIGILÂNCIAS MUNICIPAIS		
Definição de Atribuições	+	+	+		
Padronização de Procedimentos	+	+	+		

Figura 10: Matriz de Síntese de Análise de Viabilidade

Ação / Operação	Recursos Necessários	Recursos que temos e os que não temos	Viabilidade	O que fazer para aumentar a viabilidade
Definição de Atribuições	Recursos humanos Financeiros Logística	Temos todos os recursos disponíveis	Viável	-
Padronização de Procedimentos	Recursos humanos Financeiros Logística	Não temos recursos humanos e temos recursos financeiros e logística	Viável	Cooperação técnica com instituições de ensino e outras VISAs

Figura 11: Matriz de Estratégias de Viabilidade

4 RESULTADOS

Como resultado do PA foi elaborado o Instrumento Facilitador, atendendo o objetivo principal deste projeto que é contribuir com o gestor de Vigilância Sanitária no fortalecimento e implementação do processo de descentralização.

Apresenta orientações básicas para viabilizar a estruturação e operacionalização das ações descentralizadas de Vigilância Sanitária, podendo ser consultado independente da estrutura existente em cada município e em qualquer momento tático operacional em que este se encontra.

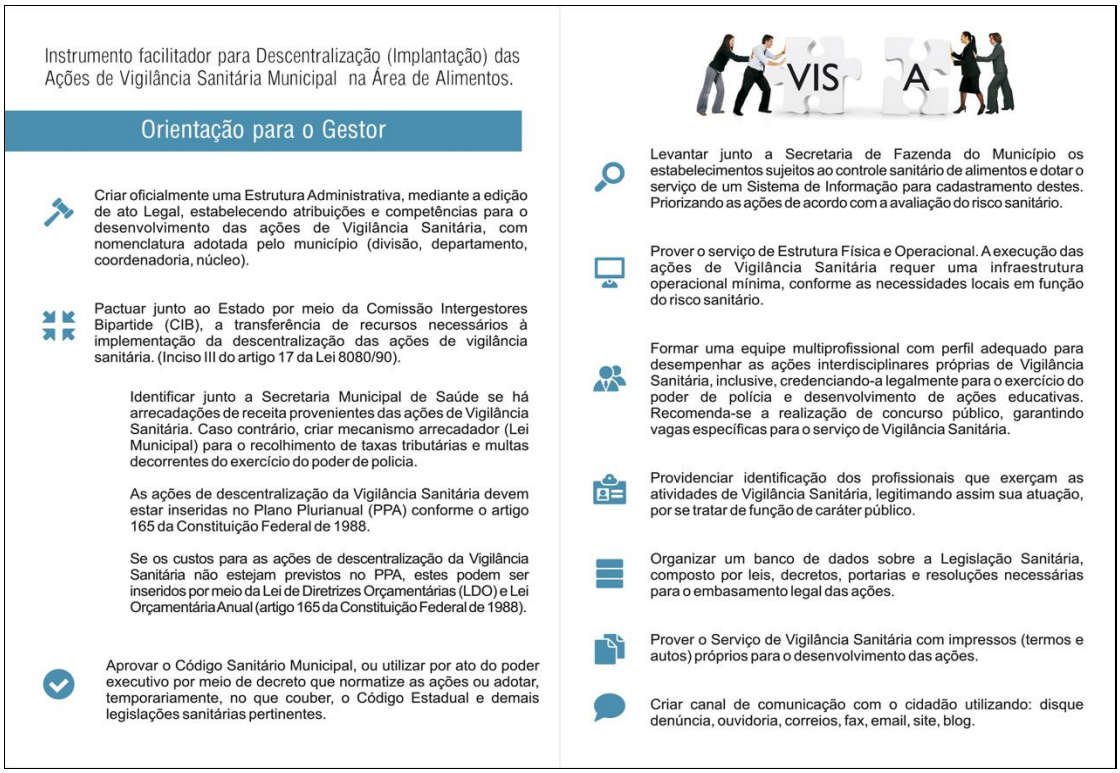


Figura 11: Instrumento facilitador para Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária Municipal na Área de Alimentos

5 ANÁLISE E COMENTÁRIOS

Desde o início da formação do grupo afinidade, as personalidades e experiências profissionais dos integrantes do grupo foram complementares e permitiram um bom andamento de todos os trabalhos propostos pela metodologia.

Inicialmente, o tema escolhido estava ligado à potabilidade da água no porto do Rio de Janeiro. Por se tratar de um tema específico da esfera federal e aproveitando que a formação do grupo contemplava as três esferas de governo nos voltaram para o tema da descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios brasileiros.

A municipalização estava prevista desde a publicação da Constituição da República Federativa do Brasil (1988). A descentralização era a própria luta contra o autoritarismo centrado em um governo central do regime militar. O município é a esfera de contato direto da população com os políticos locais, no entanto, até hoje grande parte do quantitativo dos municípios do Estado do Rio de Janeiro não foi capaz de implantar estrutura técnica e administrativa, de modo a atender as demandas da população local.

As questões sanitárias refletem essa realidade, o Estado, quando acumula a função de realizar as ações (muitas vezes de baixa complexidade), concomitantemente com o papel de prestar cooperação técnica e de avaliar os resultados das ações municipais, tem seu papel de gestor estadual do sistema prejudicado.

A consequência é que a municipalização não avança, licenças deixam de ser emitidas, prejudicando inclusive o crescimento industrial e a geração de empregos. Essa questão é extremamente complexa, tem inclusive um viés ideológico, pois muitos acreditam que os municípios não devem mesmo realizar ações que seriam mais bem desempenhadas pelo nível federal, que sem dúvida dispõe de mais recursos, no entanto, com menor capilaridade.

A discussão sobre a descentralização das ações de Vigilância Sanitária atende aos eixos I e III do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) e aos órgãos responsáveis por assessorar estas ações, como o NADAV (ANVISA) no nível federal e o NPDI (SES) no nível estadual.

O instrumento desenvolvido e apresentado como resultado deste projeto qualifica o gestor a organizar as ações com base no risco sanitário, possibilitando um melhor atendimento às demandas de saúde pública de seus munícipes.

Como forma de contribuir para que as ações de descentralização realmente ocorram, o grupo pensou na construção de um instrumento que pudesse facilitar ao gestor em realizar esta descentralização. O instrumento aborda a “Descentralização das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do Estado do Rio de Janeiro”, contudo, poderá ser utilizado em qualquer Município como forma de orientar a descentralização. A abordagem direta e considerando todos os itens relacionados à descentralização facilitará a adesão tanto dos pequenos Municípios quanto daqueles maiores, já que dá o passo a passo em cada uma das etapas do processo de descentralização.

Finalizando, a visão do instrumento facilitador elaborado, nos permite concluir que a implementação de qualquer ação municipal depende além do orçamento, de comprometimento e vinculação das ações aos planejamentos governamentais existentes, harmonizados com os Planos Municipais de Saúde.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia T. de, "Federalismo e Políticas Sociais: A Experiência Brasileira em Perspectiva Comparada". 1995. Disponível em <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/MariaHerminia/federalismodef.pdf>. acesso em 06 jan 2014.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Semina: Ciências Sociais e Humanas. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/9458> acesso em 10 jun 2014.

BRASIL, Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL, Leis et al. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 128, n. 182, 1990.

BRASIL, Leis et al. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999: Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 1, n. 18, 1999.

BRASIL, Portaria nº 1052, de 08 de maio de 2007, disponível em site www. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html> acesso em 10 jun 2014.

COHEN, Mirian Miranda; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol**, v. 7, n. 3, p. 290-301, 2004. Disponivel em <http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394913&indexSearch=ID>. Acesso em 17 Jan 2014

DIAZ, Juan B.;PEREIRA Adair M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 18º ed. Petrópolis Vozes. Rio de Janeiro 1998 p.312

MATUS, Carlos. Politica, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA, 1993.

RIO DE JANEIRO, Governo do Estado do. Resolução SESDEC nº 1411, de 15 de outubro de 2010. Delega competências de ações de Vigilância Sanitária para as Secretarias Municipais de Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro 22 out 2010.

ROSENFELD, S.; BOLDSTEIN, R. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 304 p. ISBN 85-85676-73-6.

SÓ PEDAGOGIA. Só Pedagogia. **Linha Construtivista**, 2008. Disponivel em: <http://www.pedagogia.com.br/conteudos/construtivista.php>. Acesso em: 10 junho 2014.

TAVARES, Romero. Aprendizagem Significativa. Revista conceitos v 55. n 10. 2004 disponível em

<http://objetoseducacionais2.mec.gov.br/bitstream/handle/mec/2239/Textos/ASConceitos.pdf>. Acesso em 20 mai 2014.

Especializandos
Adriana Karla C. Figueiredo – M. Veterinária (PCR)
Carmem Lúcia dos Anjos – Bióloga (PCR)
Eliane Mª C. Rodrigues Silva – Bióloga (SMS – PAULISTA)
Kildrey Aquino de Oliveira – M. Veterinário (SMS – OLINDA)
Maria Lúcia Monteiro Pereira – M. veterinária (PCR)
Ridelane Veiga Acioli - M. veterinária (PCR)
Silvana Mª Bezerra – Bióloga (APEVISA)
Viviany Souza de Oliveira – Odontóloga (SES)

ESTRATÉGIAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA REGULARIZAÇÃO DOS MICROEMPREENDEDORES INDIVIDUAIS (MEI) NA CATEGORIA DE ALIMENTOS

Recife, 2013-14

Especializandos

Adriana Karla C. Figueiredo – M. Veterinária (PCR)
Carmem Lúcia dos Anjos – Bióloga (PCR)
Eliane Mª C. Rodrigues Silva – Bióloga (SMS – PAULISTA)
Kildrey Aquino de Oliveira – M. Veterinário (SMS – OLINDA)
Maria Lúcia Monteiro Pereira – M. veterinária (PCR)
Ridelane Veiga Acioli - M. veterinária (PCR)
Silvana Mª Bezerra – Bióloga (APEVISA)
Viviany Souza de Oliveira – Odontóloga (SES)

ESTRATÉGIAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA A REGULARIZAÇÃO DOS MICROEMPREENDEDORES INDIVIDUAIS (MEI) NA CATEGORIA DE ALIMENTOS

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

Orientadora: Elielete Maria Pires de Azevedo

Recife, 2013-14

RESUMO

O plano nacional Brasil Sem Miséria tem como objetivo ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva nos meios urbano e rural, promovendo a formalização dos microempreendedores individuais. De acordo com a resolução da diretoria colegiada RDC n° 49/2013 que estabelece normas para a regularização dos MEI, propomos um projeto de intervenção para definir o processo de trabalho da vigilância sanitária na categoria de alimentos mediante avaliação de risco, produção de lista de verificação de boas práticas baseado na RDC 216/04 e redefinição do fluxo de licenciamento sanitário, a fim de garantir a inclusão produtiva com responsabilidade sanitária.

SUMÁRIO

	Pág.
I. INTRODUÇÃO	**2**
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	**4**
III. OBJETIVOS	**6**
3.1. Objetivo Geral	**6**
3.2. Objetivos Específicos	**6**
IV. METODOLOGIA	**7**
V. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	**8**
VI. GESTÃO DO PLANO	**9**
VII. RECOMENDAÇÕES	**19**
VIII. CONCLUSÕES	**20**
IX. REFERENCIAS	**21**
ANEXOS	

I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tirou 28 milhões de brasileiros da pobreza e levou 36 milhões para a classe média. Hoje ainda há 16 milhões de pessoas vivendo na extrema pobreza. Para isso, o governo criou o plano Brasil Sem Miséria. Este programa tem como objetivo ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva nos meios urbano e rural, promovendo a formalização de pequenos negócios de trabalhadores que atuavam por conta própria, junto às áreas tributária e previdenciária[1].

Uma oportunidade para quem trabalha por conta própria conquistar cidadania e formalizar um pequeno negócio com menos burocracia é se tornar um microempreendedor individual (MEI). Existem diversas atividades previstas para o MEI (anexo 1) e relacionadas ao comércio, indústria e serviços de natureza não intelectual, possibilitando aos autônomos o acesso a uma série de benefícios legais, inclusive emitir notas fiscais[2].

A figura jurídica do MEI foi criada pela Lei Complementar 128 de 2008, que aprimorou a Lei Geral das Micro e Pequenas Empresas (LC 123/06) e entrou em vigor em julho de 2009[3,4]. Considera-se MEI o empresário que tenha auferido faturamento anual de até R$ 36.000,00 no início de atividade, limitando-se a R$ 60.000,00 (Sessenta mil reais) nos anos seguintes. Também é necessário exercer atividades permitidas pela Resolução CGSN nº 58/09, não possuir filiais, não participar de outra empresa como sócio, titular ou administrador, possuir apenas um empregado com remuneração máxima de um salário mínimo ou piso profissional e estar em condições de optar pelo Simples Nacional[5,6]. No Brasil, segundo estatísticas do Portal do Empreendedor, até o final de 2013 já se cadastraram 3.601.253 microempreendedores individuais. Destes, 123.342 MEI são do Estado de Pernambuco e 74.297 estão localizados na Região Metropolitana do Recife[6].

Estima-se que cerca de 70% a 80% dos vendedores de alimentos que atuam de forma clandestina pertencem ao grupo da população economicamente ativa, com uma rentabilidade mensal superior a um salário mínimo, o que demonstra a importância deste setor para a economia do País. No entanto, parte desses comerciantes desconhece os requisitos necessários para uma correta manipulação de alimentos, incluindo o armazenamento, locais, temperatura, tempo de armazenamento e principalmente desconhecem os perigos que podem estar associados a alimentos contaminados[7].

Visando estabelecer normas de interesse sanitário para a regularização do exercício de atividade desse novo setor produtivo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

instituiu a Resolução RDC n° 49/2013. Esta resolução define que é de competência das vigilâncias sanitárias municipais a classificação do risco sanitário das atividades desenvolvidas pelos MEI, bem como o processo de licenciamento sanitário dessas empresas[9]. Em contra partida, a Resolução n° 22/2010 do Comitê para Gestão da Rede Nacional para Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios (CGSIM) através de um estudo do risco classifica as atividades de alto grau de risco, no âmbito do MEI, relativamente à autorização, concessão ou licenciamento do alvará. Esta classificação exclui a categoria de alimentos, sendo esta considerada de baixo risco[10].

Porém, com a finalidade de reduzir burocracias, oferecer agilidade e simplificação ao processo de concessão de alvará de funcionamento, estabeleceu-se que os MEI poderão, ao se cadastrar no Portal do Empreendedor, funcionar por seis meses sem a obrigatoriedade prévia de vistorias por órgãos fiscalizadores, incluindo a licença da vigilância sanitária. No entanto, esta determinação contraria as normas sanitárias vigentes que tem como objetivo minimizar os riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

Sabe-se que um dos problemas identificados rotineiramente nas ações de vigilância sanitária é a contaminação alimentar e consequentemente as constantes notificações de surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA). Estas contaminações podem ser identificadas durante as inspeções sanitárias através da avaliação de fatores de riscos, como falhas na cadeia de refrigeração de alimentos, práticas inapropriadas de manipulação, manipuladores com higiene pessoal inadequada, alimentos obtidos de fontes não confiáveis, existência de condições ambientais favoráveis ao crescimento de microrganismos, práticas inadequadas de armazenamento e utilização de água cuja potabilidade não é controlada[11].

Diante do exposto, propomos um projeto de intervenção para definir o processo de trabalho da vigilância sanitária na regularização dos microempreendedores individuais (MEI) para a categoria de alimentos a fim de garantir a inclusão produtiva com segurança sanitária alimentar.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Constituição Federal de 1988:

Art. 146. Cabe à lei complementar:

III - estabelecer normas gerais em matéria de legislação tributária, especialmente sobre:

d) definição de tratamento diferenciado e favorecido para as microempresas e para as empresas de pequeno porte, inclusive regimes especiais ou simplificados no caso do imposto previsto no art. 155, II, das contribuições previstas no art. 195, I e §§ 12 e 13, e da contribuição a que se refere o art. 239.

Art. 179. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios dispensarão às microempresas e às empresas de pequeno porte, assim definidas em lei, tratamento jurídico diferenciado, visando a incentivá-las pela simplificação de suas obrigações administrativas, tributárias, previdenciárias e creditícias, ou pela eliminação ou redução destas por meio de lei[11].

Lei Complementar nº 123, de 14 de Dezembro de 2006:

Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte, também conhecido como a Lei Geral da Micro e Pequena Empresa.

Art. 18-A: Considera-se MEI o empresário individual a que se refere ao art. 966 da Lei Nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 (Código Civil), que tenha auferido receita bruta, no ano-calendário anterior, de até R$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

Art. 55. A fiscalização, no que se refere aos aspectos trabalhista, metrológico, sanitário, ambiental e de segurança, das microempresas e empresas de pequeno porte deverá ter natureza prioritariamente orientadora, quando a atividade ou situação, por sua natureza, comportar grau de risco compatível com esse procedimento[4].

Lei Complementar nº 128/2008:

Cria a figura do Microempreendedor Individual - MEI e modifica partes da Lei Geral da Micro e Pequena Empresa, Lei Complementar 123/2006[5].

Resolução RDC/ANVISA n. 275, de 21 de outubro de 2002:

Dispõe sobre o regulamento técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos, tem por objetivo contribuir para a garantia das condições higiênico-sanitárias necessárias ao processamento/industrialização de alimentos, complementando as Boas Práticas de

Fabricação. Aplica-se aos estabelecimentos processadores/industrializadores nos quais sejam realizadas algumas das seguintes atividades: produção/industrialização, fracionamento, armazenamento e transporte de alimentos industrializados[12].

Resolução RDC/ANVISA n. 216, de 15 de setembro de 2004:

O objetivo da Resolução RDC nº 216/2004 é atingir a melhoria das condições higiênico-sanitárias para todos os serviços que oferecem alimentos ao público, tais como lanchonetes, restaurantes, cozinhas industriais, buffets, padarias, pastelarias, confeitarias e outros. A norma orienta os estabelecimentos a procederem de maneira adequada e segura na manipulação, preparo, acondicionamento, armazenamento, transporte e exposição dos alimentos à venda, bem como a implantação do Manual de Boas Práticas e dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) que juntamente com o sistema de Análise de Perigos de Pontos Críticos de Controle (APPCC) constituem os programas de Segurança Alimentar[13,14].

Resolução 22/2010 - Comitê Gestor da REDESIM - CGSIM

Trata sobre regras a serem seguidas quanto às pesquisas prévias e à regulamentação da classificação de risco da atividade para a concessão do Alvará de Funcionamento Provisório ou Definitivo, no âmbito da REDESIM[9].

Resolução RDC Nº49, DE 31 DE Outubro de 2013:

Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências.

Art.1º Esta resolução estabelece as normas para a regularização do exercício de atividade que seja objeto de fiscalização pela vigilância sanitária, exercidas pelo MEI, empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário, que sejam produtores de bens e prestadores de serviços sujeitos à ação da vigilância sanitária[8].

III. OBJETIVOS

3.1.Objetivo Geral

Definir o processo de trabalho da vigilância sanitária para a regularização dos microempreendedores individuais (MEI) para categoria de alimentos**.**

3.2.Objetivos Específicos

- Classificar as atividades alimentícias em baixo e alto risco sanitário a partir das atividades permitidas no portal do empreendedor.
- Criar uma lista de verificação de boas práticas de produção e comercialização de alimentos;
- Definir um fluxo para emissão da Licença Sanitária para os MEI.

IV. METODOLOGIA

O projeto aplicativo é uma produção do tipo pesquisa-ação que envolve todos os participantes do grupo afinidade através da seleção, pactuação, definição e caracterização de um problema proposto pelo grupo. Fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação que é um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo[15].

O projeto tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. Essa modalidade de pesquisa é bastante enfatizada, devido à relevância de seu caráter pedagógico[15].

Para construção do projeto aplicativo foram seguidos os passos do planejamento estratégico situacional proposto por Carlos Matus[16]:

1. Fase exploratória: consistiu na identificação inicial dos problemas ou situações problemáticas (diagnóstico inicial), foram identificadas as pessoas interessadas em participar da pesquisa. Neste momento inicial foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e realizada divisão de tarefas.
2. Momento explicativo: foi designado o problema prático a ser investigado e a área de conhecimento na qual essa problemática se insere. O tema foi definido de modo simples, dando possibilidade para desdobramento posterior em problemas a serem investigados. A delimitação do tema foi discutida com o grupo. Realizamos levantamentos bibliográficos que compõem o marco teórico orientador da pesquisa.
3. Momento normativo: definido o tema e os objetivos da pesquisa, passou-se à definição de uma problemática na qual o tema escolhido adquiriu sentido (transformação do tema em forma de problema). A partir do tema, foram levantados os problemas que se pretende resolver ou sobre os quais se deseja intervir. No caso do Projeto-intervenção sabe-se que os problemas devem ser de ordem prática, posto que se pretenda alcançar alguma mudança ou transformação em uma determinada situação.
4. Momento estratégico: Foram construídas as hipóteses, os objetivos e análise da viabilidade do plano.
5. Momento tático-operacional: foi realizado um seminário para discussão e avaliação que reuniu os principais envolvidos na pesquisa e os facilitadores. Foi o espaço para redefinição, realinhamento dos objetivos, “correção de rumos”, interpretação de dados, debates teóricos, coleta de dados através do portal do empreendedor disponível na internet, reuniões com representantes do SEBRAE e revisão de literatura.

V. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

- Identificar no portal do empreendedor as atividades relacionadas à área de alimentos e classificar conforme embasamento científico os MEI de baixo e alto risco sanitário, a fim de planejar inspeções sanitárias através de gerenciamento de risco;
- Construir um instrumento norteador para padronização das ações da VISA elaborando um roteiro de inspeção.
- Elaborar fluxo para a certificação final do MEI com a liberação da licença sanitária e posteriormente redefini-lo em articulação com outros órgãos envolvidos (Junta Comercial do Estado de Pernambuco (JUCEPE), e com o Serviço Brasileiro de Apoio as Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) e propor que emissão do Certificado da condição do microempreendedor individual (CCMEI).

VI. GESTÃO DO PLANO

De acordo com estudos científicos classificamos as atividades alimentícias em baixo e alto risco sanitário considerando seu poder de contaminação durante o processo de fabricação e manipulação dos alimentos. Práticas inadequadas que ocorrem durante o processamento permitem as contaminações pela sobrevivência e multiplicação de microrganismos nos alimentos, em destaque as bactérias, onde a implantação de boas práticas de fabricação se faz obrigatória para promover segurança alimentar aos consumidores, de modo eficaz e eficiente no controle das DTAs[17].

A carne é considerada uma importante fonte de proteínas, aminoácidos essenciais, vitaminas especialmente as do complexo B e minerais e é devido a essa composição rica em nutrientes que se tem um excelente meio de cultura para o desenvolvimento de microrganismos, deteriorantes e patogênicos[17].

Dentre os produtos derivados do leite, o queijo é considerado um veículo frequente de patógenos de origem alimentar, em especial, os queijos frescos artesanais por serem, na maioria das vezes, elaborados a partir de leite cru e não sofrerem processo de maturação. A contaminação microbiana desses produtos assume destacada relevância tanto para a indústria, pelas perdas econômicas, como para a saúde pública, pelo risco de causar doenças transmitidas por alimentos[18.] Estudo realizado no Município do Cabo de Santo Agostinho/ PE identificou que a maioria dos queijos de coalho comercializado apresentava-se em desacordo com os padrões microbiológicos vigentes, sendo considerado impróprio para o consumo[19].

O gelo utilizado em associação com alimentos e bebidas, a fim de conservá-los ou apenas refrigerá-los pode apresentar uma carga microbiana com desenvolvimento retardado pela baixa temperatura do alimento, assim em contato com outro alimento de temperatura mais elevada, o gelo pode fundir-se e ser ingerido na forma de água, ocasionando quadros de toxinfecções. Em geral, a contaminação do gelo está associada a deficiências higiênico-sanitárias no processo de fabricação do mesmo, enquadrando produção artesanal, limpeza ineficiente do maquinário e utilização de água não tratada. Nesse contexto, torna-se importante a fiscalização periódica dos estabelecimentos de produção do gelo, bem como o estudo da qualidade físico-química e microbiológica da água utilizada na produção do mesmo. Segue abaixo a classificação proposta[18].

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

GVISA GRUPO AFINIDADE 02

CLASSIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES ALIMENTÍCIAS EM BAIXO E ALTO RISCO SANITÁRIO:

ATIVIDADES	**BAIXO RISCO**	**ALTO RISCO**
Abatedor de aves		X
Abatedor de aves com comercialização do produto.		X
Açougueiro		X
Beneficiador de castanha		X
Bolacheiro / Biscoiteiro		X
Chocolateiro		X
Churrasqueiro ambulante		X
Comerciante de cesta de café da manhã	X	
Comerciante de laticínios	X	
Comerciante de produto de panificação	X	
Confeiteiro		X
Cozinheiro que fornece refeições prontas e embalagem para consumo		X
Distribuidor de água potável em caminhão pipa		X
Doceiro		X
Fabricante de açúcar mascavo		X
Fabricante de amendoim e castanha de caju torrados e salgados		X
Fabricante de alimentos prontos congelados		X
Fabricante de amido e fécula de vegetais		X
Fabricante de balas, confeitos e frutas cristalizadas		X
Fabricante de chá		X
Fabricante de conservas de frutas		X
Fabricante de conservas de legumes e outros vegetais		X

Fabricante especiarias		X
Fabricante de geléia de mocotó		X
Fabricante de gelo comum		X
Fabricante de laticínios		X
Fabricante de massas alimentícias		X
Fabricante de pão de queijo congelado		X
Fabricante de polpa de frutas		X
Fabricante de produtos de soja		X
Fabricante de produtos derivado de carne		X
Fabricante de produtos derivado de arroz		X
Fabricante de rapadura melaço		X
Fabricante de refresco, xaropes e pó para refresco		X
Fabricante de sucos concentrados de frutas, hortaliças e legumes		X
Farinheiro de mandioca		X
Farinheiro de milho		X
Fornecedor de alimentos preparados para empresas		X
Marmiteiro		X
Padeiro		X
Peixeiro		X
Pipoqueiro	X	
Proprietário de bar congênere		X
Proprietário de cantinas		X
Proprietário de casa de chá		X
Proprietário de casa de suco		X
Proprietário de casas de festas e eventos		X
Proprietário de lanchonete		X
Proprietário de restaurante		X
Queijeiro		X
Quitandeiro	X	
Quitandeiro ambulante	X	

Salgadeiro		X
Salsicheiro/ Linguinceiro		X
Sorveteiro		X
Sorveteiro ambulante	X	
Vendedor ambulante de produtos alimentícios	X	
Verdureiro	X	
Vinagreiro		X

A adesão dos serviços de alimentação às boas práticas é imprescindível para garantir métodos seguros de produção e comercialização de alimentos, portanto construímos um instrumento de verificação de boas práticas no serviço de alimentação para facilitar e padronizar a inspeção sanitária dos microempreendedores individuais.

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

GVISA GRUPO AFINIDADE 02

LISTA DE VERIFICAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS PARA MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL (MEI) NA CATEGORIA DE ALIMENTOS

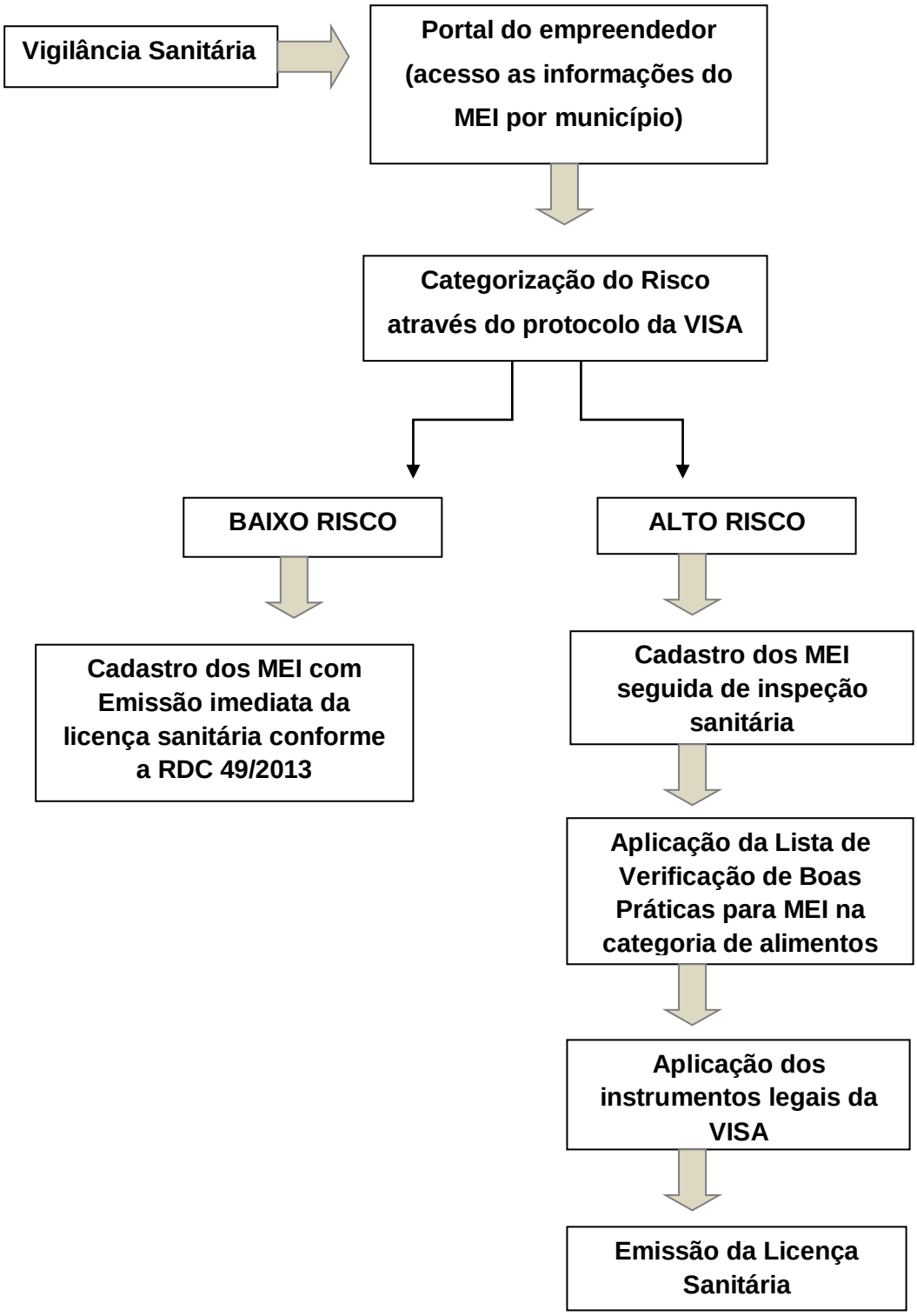
IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:
1. RAZÃO SOCIAL:
2. NOME FANTASIA:
3. CNPJ:
4. ENDEREÇO:
5. RAMO DE ATIVIDADE:
6. NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS:
7. PRODUÇÃO DIÁRIA (média diária):
8. INSTALAÇÃO: ( ) domiciliar ( ) Extradomiciliar

Edificação, Instalações, Equipamentos, Móveis e Utensílios		**SIM**	**NÃO**	**NA**
1.	Existe cruzamento entre os alimentos crus, semiprontos e prontos para o consumo.			
2.	Piso com revestimento liso, impermeável e lavável, livre de rachaduras, trincas, dentre outros.			
3.	Paredes com revestimento liso, impermeável e lavável, conservadas, livres de rachaduras, trincas, infiltrações, bolores, descascamentos, dentre outros.			
4.	Teto com forro conservado, livre de goteiras, vazamentos, infiltrações, bolores, descascamentos, dentre outros.			
5.	Existência de um conjunto de ações eficazes e contínuas com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação de vetores e pragas urbanas.			
6.	Iluminação, artificial e/ou natural, satisfatória.			
7.	Instalações elétricas embutidas e em bom estado de conservação.			
8.	Protetores para as luminárias.			

9.	Ventilação, artificial e/ou natural, satisfatória, garantindo a renovação do ar.			
10.	Aberturas externas das áreas de armazenamento e preparação de alimentos providas de telas milimétricas removíveis.			
11.	Lixeira(s) com tampa de acionamento não manual e saco plástico em seu interior.			
12.	Lavatórios exclusivos para higienização de mãos supridos de sabonete líquido, inodoro e anti-séptico, e toalhas de papel não-reciclado.			
13.	Superfícies dos equipamentos, móveis e utensílios de material liso, impermeáveis, laváveis, isentas de rugosidades, frestas e outras imperfeições.			
14.	Utensílios e equipamentos em boas condições de funcionamento, inclusive protegidos, quando for o caso, com armários providos de portas.			
15.	Áreas internas e externas livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente.			
Higienização das Instalações, Equipamentos, Móveis e Utensílios		**SIM**	**NÃO**	**NA**
16.	Piso, paredes e teto limpos.			
17.	Equipamentos higienizados.			
18.	Móveis limpos.			
19.	Utensílios limpos.			
20.	Saneantes com registro no órgão competente.			
21.	Local reservado apropriado para a guarda de produtos saneantes.			
Manipuladores		**SIM**	**NÃO**	**NA**
22.	Rigoroso asseio corporal, não fazendo uso de adornos pessoais (pulseiras, relógios, brincos, colares, etc...), bigode, barba.			
23.	Não apresentam lesões na pele, nem tosse ou sintomas de enfermidade.			
24.	Uso de uniforme completo, de cor clara, em bom estado de conservação e limpeza, adequado à natureza da atividade exercida, e de uso exclusivo para o local de trabalho.			
25.	Atestado de saúde atualizado.			

26.	Roupas e objetos pessoais guardados em local específico e reservado para este fim.			
27.	Comprovação de capacitação em boas práticas de manipulação.			
Matéria-prima, Ingredientes e Embalagens		**SIM**	**NÃO**	**NA**
28.	Armazenados, em local limpo e organizados, sobre paletes, estrados e/ou prateleiras.			
Preparação do Alimento		**SIM**	**NÃO**	**NA**
29.	Alimentos crus não acondicionados com outros que possam ser consumidos sem prévia lavagem, desinfecção ou cozimento próprio, sendo vedado colocar no mesmo compartimento alimentos crus e alimentos cozidos.			
30.	Acondicionamento dos alimentos em recipiente apropriados e com tampa.			
31.	Embalagens mantidas bem fechadas e identificadas com designação do produto, data de fabricação e prazo de validade.			
32.	Descongelamento conduzido sob refrigeração ou em forno micro-ondas quando o alimento for submetido imediatamente a cocção.			
33.	Alimentos preparados mantidos à temperatura superior a 60ºC.			
34.	Alimentos preparados e conservados sob refrigeração mantidos à temperatura igual ou inferior a 5ºC.			
	Água	**SIM**	**NÃO**	**NA**
35.	Instalações abastecidas de água corrente			
36	Utiliza-se exclusivamente de água potável para manipulação de alimentos (água de abastecimento público ou solução alternativa com potabilidade adequada)			
37.	Reservatório em adequado estado de higiene e devidamente tampado			

FLUXO PARA LICENCIAMENTO SANITÁRIO DOS MEIS



ORÇAMENTO (VISA - SETOR MEI – ALIMENTO)

MATERIAL	**QUANTIDADE**	**PREÇO UNITÁRIO (R$)**	**TOTAL (R$)**
Papel A4	5000fls	15,00 pacote 500fls	125,00
Cartucho de tinta preto e colorido	5 unidades	45,00	225,00
CD	1 cx. com 100	2,00	200,00
Cliper	10 cx.	3,00	30,00
Grampos	10cx.	15,00	150,00
Pranchetas	10	6,90	69,90
Canetas	50	1,90	29,90
Pasta arquivo	50	1,90	95,00
Computador	02	3.000,00	6.000,00
impressora	01	1000,00	1.000,00
Rede internet (mensalidade do provedor)	01	100,00	100,00
Equipamentos de trabalho	-	1000,00	1000,00

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividades/Meses	**NOV**	**DEZ**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
Definição de problemas	X							
Reflexão e sistematização do problema	X	X						
Definição do Tema		X	X					
Leitura e conhecimento de material bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	
Reuniões com parceiros				X	X	X		
Apresentação do seminário				X				
Redação final do trabalho					X	X	X	
Apresentação final do projeto de intervenção								X

VII. RECOMENDAÇÕES

- Sensibilizar os profissionais da VISA sobre a adequação dos processos de trabalho e priorização das ações de inclusão social.
- Criar setor específico na VISA para atender a demanda dos microempreendedores individuais com reestruturação das instalações (computador, impressora, internet, veículos, etc.) e readequação do quadro de recursos humanos;
- Elaborar um plano de Educação em Saúde continuada para os Microempreendedores individuais;
- Fortalecer as parcerias com entidades relevantes para desenvolvimento social e econômico dos municípios.

VIII. CONCLUSÃO

A aplicabilidade deste projeto irá garantir a inclusão produtiva dos MEI com reponsabilidade sanitária contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, fornecendo alimentos seguros.

IX. REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.492, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil sem miséria. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 jun. 03; p.6.
2. Brasil. Ministério da Fazenda. Resolução do Comitê Gestor do Simples Nacional CGSN nº 58 de 27 de abril de 2009. Dispõe sobre o Microempreendedor Individual – MEI no âmbito do Simples Nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2009 abr. 28. Seção1.

3. Brasil. Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006. Institui o Estatuto da Microempresa e Empresa de Pequeno Porte. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 dez. 15.

4. Brasil. Lei Complementar nº 128 de 19 de dezembro de 2008. Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil , 8.029, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2008 dez. 22.

5. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Cartilha do Microempreendedor Individual Individual. São Paulo, 2013. 35p.

6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Estatísticas disponíveis sobre empresas, empreendimentos e empreendedores do Portal do Empreendedor. 2013 dez. 31 [acesso em 2014 abr. 9]. Disponível em: http://www.portaldoempreendedor.gov.br/mei-microempreendedor-individual.

7. Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Análise de riscos sanitários do comércio ambulante de alimentos no Pre-Caju 2008. Coordenação de Vigilância Sanitária de Aracajú, 2008. [acesso em 2014 abr. 25]. Disponível em: http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/covisa/precaju_final.pdf

8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC Nº49, de 31 de Outubro de 2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 nov. 01. Seção 1. p.56.

9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Resolução do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - CGSIM nº 2 de 01 de julho de 2009. Dispõe sobre o procedimento especial para o registro e legalização do Microempreendedor Individual. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2009 jul. 07.

10. Marchi DM, Baggio NT, Arruda CRP, Busato MA. Doenças transmitidas por alimentos em Chapecó-SC. Epidemiologia e Serviço de Saúde. 2011 jul-set; 20(3): 401-407.

11. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2002 out. 23.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2004 set. 16.

14. Kraemer FB. Guia de elaboração do manual de boas práticas para manipulação de alimentos. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região, 2007; 1-52.

15. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

16. Mattos RA de. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus**.** Ciência e saúde coletiva. 2010; 15 (5): 2327-36.

17. Barros MAF. Listeria monocytogenes: ocorrência na carne bovina, identificação dos principais pontos de contaminação em plantas de processamento e relação com a microbiota acompanhante. [Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal da Universidade Estadual de Londrina]. Londrina, 2005.

18. Pires CET. Principais bactérias presentes em doenças transmitidas por alimentos (DTAs). [Trabalho de conclusão de curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul], 2011.

19. Oliveira KA, Neto JE, Paiva JE, Melo LEH de. Qualidade microbiológica do queijo de coalho comercializado no Município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, Brasil. Arquivos do instituto biológico de São Paulo. 2010; 77 (3): 435-440.

ANEXOS

ANEXO 1- ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CGSN Nº 58, DE 27 DE ABRIL DE 2009.

Relação das ocupações que podem aderir ao regime especial do Microempreendedor Individual (MEI) - total (473 atividades)

A	G-H-I-J
abatedor de aves; abatedor de aves com comercialização do produto; acabador de calçados; açougueiro; adestrador de animais; adestrador de cães de guarda; agente de correio franqueado e permissionário; agente de viagens; agente funerário; agente matrimonial; alfaiate; alinhador de pneus; amolador de artigos de cutelaria; animador de festas; antiquário; aplicador agrícola; apurador, coletor e fornecedor de recortes de matérias publicadas em jornais e revistas; armador de ferragens na construção civil; arquivista de documentos; artesão de bijuterias; artesão em borracha; artesão em cerâmica; artesão em cimento; artesão em cortiça, bambu e afins; artesão em couro; artesão em gesso; artesão em louças, vidro e cristal; artesão em madeira; artesão em mármore, granito, ardósia e outras pedras; artesão em metais; artesão em metais preciosos; artesão em outros materiais; artesão em papel; artesão em plástico; artesão em vidro; astrólogo; azulejista	galvanizador; gesseiro; gravador de carimbos; guardador de móveis; guia de turismo; guincheiro (reboque de veículos); humorista e contador de histórias; instalador de antenas de tv; instalador de equipamentos de segurança domiciliar e empresarial, sem prestação de serviços de vigilância e segurança; instalador de equipamentos para orientação à navegação marítima, fluvial e lacustre; instalador de isolantes acústicos e de vibração; instalador de isolantes térmicos; instalador de máquinas e equipamentos industriais; instalador de painéis publicitários; instalador de rede de computadores; instalador de sistema de prevenção contra incêndio; instalador e reparador de acessórios automotivos; instalador e reparador de elevadores, escadas e esteiras rolantes; instalador e reparador de sistemas centrais de ar condicionado, de ventilação e refrigeração; instrutor de arte e cultura em geral; instrutor de artes cênicas; instrutor de cursos gerenciais; instrutor de cursos preparatórios; instrutor de idiomas; instrutor de informática; instrutor de música; jardineiro; jornaleiro.
B	L
balanceador de pneus; baleiro; banhista de animais domésticos; barbeiro; barqueiro; barraqueiro; beneficiador de castanha; bikeboy (ciclista mensageiro); bike propagandista; bolacheiro/biscoiteiro; bombeiro hidráulico; boneleiro (fabricante de bonés); bordadeiro; borracheiro; britador	lapidador; lavadeiro de roupas; lavadeiro de roupas profissionais; lavador e polidor de carro; lavador de estofado e sofá; livreiro; locador de andaimes; locador de aparelhos de jogos eletrônicos; locador de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador; locador de equipamentos recreativos e esportivos; locador de fitas de vídeo, dvds e similares; locador de livros, revistas, plantas e flores; locador de máquinas e equipamentos agrícolas sem operador; locador de máquinas e equipamentos para construção sem operador, exceto andaimes; locador de máquinas e equipamentos para escritório; locador de material médico; locador de móveis e utensílios, inclusive para festas; locador de instrumentos musicais; locador de objetos do vestuário, jóias e acessórios; locador de outras máquinas e equipamentos comerciais e industriais não especificados anteriormente, sem operador; locador de palcos, coberturas e outras estruturas de uso temporário, exceto andaimes; locutor de mensagens fonadas e ao vivo.
C	M-P-Q-R

cabeleireiro; calafetador; calheiro; caminhoneiro de cargas não perigosas, intermunicipais e interestaduais; cantor/músico independente; capoteiro; carpinteiro; carpinteiro instalador; carregador (veículos de transportes terrestres); carregador de malas; carroceiro (coleta de entulhos e resíduos); carroceiro (transporte de carga); carroceiro (transporte de mudança); cartazista, pintor de faixas publicitárias e de letras; chapeleiro; chaveiro; chocolateiro; churrasqueiro ambulante; churrasqueiro em domicílio; clicherista; cobrador de dívidas; colchoeiro; coletor de resíduos não-perigosos; coletor de resíduos perigosos; colocador de piercing; colocador de revestimentos; comerciante de inseticidas e raticidas; comerciante de produtos para piscinas; comerciante de animais vivos e de artigos e alimentos para animais de estimação; comerciante de artigos de armarinho; comerciante de artigos de bebê; comerciante de artigos de caça, pesca e camping; comerciante de artigos de cama, mesa e banho; comerciante de artigos de colchoaria; comerciante de artigos de cutelaria; comerciante de artigos de iluminação; comerciante de artigos de joalheria; comerciante de artigos de óptica; comerciante de artigos de relojoaria; comerciante de artigos de tapeçaria, cortinas e persianas; comerciante de artigos de viagem; comerciante de artigos do vestuário e acessórios; comerciante de artigos eróticos; comerciante de artigos esportivos; comerciante de artigos fotográficos e para filmagem; comerciante de artigos funerários; comerciante de artigos médicos e ortopédicos; comerciante de artigos para habitação; comerciante de artigos usados; comerciante de bebidas; comerciante de bicicletas e triciclos, peças e acessórios; comerciante de suvenires, bijuterias e artesanatos; comerciante de brinquedos e artigos recreativos; comerciante de cal, areia, pedra britada, tijolos e telhas; comerciante de calçados; comerciante de carvão e lenha; comerciante de cestas de café da manhã; comerciante de cosméticos e artigos de perfumaria; comerciante de discos, cds, dvds e fitas; comerciante de eletrodomésticos e equipamentos de áudio e vídeo; comerciante de embalagens; comerciante de equipamentos de telefonia e comunicação; comerciante de equipamentos e suprimentos de informática; comerciante de equipamentos para escritório; comerciante de extintores de incêndio; comerciante de ferragens e ferramentas; comerciante de flores, plantas e frutas artificiais; comerciante de fogos de artifício; comerciante de gás liquefeito de petróleo (glp); comerciante de instrumentos musicais e acessórios; comerciante de laticínios; comerciante de lubrificantes; comerciante de madeira e artefatos; comerciante de materiais de construção em geral; comerciante de materiais hidráulicos; comerciante de material elétrico; comerciante de medicamentos veterinários; comerciante de miudezas e quinquilharias; comerciante de molduras e quadros; comerciante de móveis; comerciante de objetos dearte; comerciante de peças e acessórios novos para veículos automotores; comerciante de peças e acessórios para aparelhos eletroeletrônicos para uso doméstico; comerciante de peças e acessórios para motocicletas e motonetas; comerciante de peças e acessórios usados para veículos automotores; comerciante de perucas; comerciante de plantas, flores naturais, vasos	mágico; manicure/pedicure; maquiador; marceneiro, sob encomenda ou não; marmiteiro; mecânico de motocicletas e motonetas; mecânico de veículos; merceeiro/vendeiro; mergulhador (escafandrista); moendeiro; montador de móveis; montador e instalador de sistemas e equipamentos de iluminação e sinalização em vias públicas, portos e aeroportos; motoboy; mototaxista; moveleiro; moveleiro de móveis metálicos; oleiro; operador de marketing direto; organizador municipal de excursões em veículo próprio; ourives. padeiro; panfleteiro; papeleiro; pastilheiro; pedreiro; peixeiro; pintor de automóveis; pintorde parede; pipoqueiro; pirotécnico; pizzaiolo em domicílio; poceiro/cisterneiro/cacimbeiro; produtor de pedras para construção, não associada à extração; professor particular; promotor de eventos; promotor de turismo local; promotor de vendas; proprietário de albergue não assistencial; proprietário de bar e congêneres; proprietário de camping; proprietário de cantinas; proprietário de carro de som para fins publicitários; proprietário de casa de chá; proprietário de casa de sucos; proprietário de casas de festas e eventos; proprietário de estacionamento de veículos; proprietário de fliperama; proprietário de hospedaria; proprietário de lanchonete; proprietário de pensão; proprietário de restaurante; proprietário de sala de acesso à internet; proprietário de salão de jogos de sinuca e bilhar. queijeiro/ manteigueiro; quitandeiro; quitandeiro ambulante; recarregador de cartuchos para equipamentos de informática; reciclador de borracha, madeira, papel e vidro; reciclador de materiais metálicos, exceto alumínio; reciclador de materiais plásticos; reciclador de sucatas de alumínio; redeiro; relojoeiro; removedor e exumador de cadáver; rendeiro; reparador de aparelhos e equipamentos para distribuição e controle de energia elétrica; reparador de artigos de tapeçaria; reparador de artigos e acessórios do vestuário; reparador de balanças industriais e comerciais; reparador de baterias e acumuladores elétricos, exceto para veículos; reparador de bicicleta; reparador de brinquedos; reparador de cordas, velames e lonas; reparador de embarcações para esporte e lazer; reparador de equipamentos esportivos; reparador de equipamentos hidráulicos e pneumáticos, exceto válvulas; reparador de equipamentos médico-hospitalares não-eletrônicos; reparador de extintor de incêndio; reparador de filtros industriais; reparador de geradores, transformadores e motores elétricos; reparador de guarda chuva e sombrinhas; reparador de instrumentos musicais; reparador de máquinas de escrever, calcular e de outros equipamentos não-eletrônicos para escritório; reparador de máquinas e aparelhos de refrigeração e ventilação para uso industrial e comercial; reparador de máquinas e aparelhos para a indústria gráfica; reparador de máquinas e equipamentos para a indústria da madeira; reparador de máquinas e equipamentos para a indústria têxtil, do vestuário, do couro e calçados; reparador de máquinas e equipamentos para agricultura e pecuária; reparador de máquinas e equipamentos para as indústrias de alimentos, bebidas e fumo; reparador de máquinas motrizes não-elétricas; reparador de máquinas para bares e lanchonetes; reparador de máquinas para encadernação; reparador de máquinas, aparelhos e equipamentos para instalações térmicas; reparador de móveis; reparador

e adubos; comerciante de pneumáticos e câmaras-de-ar; comerciante de produtos de higiene pessoal; comerciante de produtos de limpeza; comerciante de produtos de panificação; comerciante de produtos de tabacaria; comerciante de produtos farmacêuticos homeopáticos; comerciante de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas; comerciante de produtos naturais; comerciante de produtos para festas e natal; comerciante de produtos religiosos; comerciante de redes para dormir; comerciante de sistema de segurança residencial; comerciante de tecidos; comerciante de tintas e materiais para pintura; comerciante de toldos e papel de parede; comerciante de vidros; compoteiro; confeccionador de carimbos; confeccionador de fraldas descartáveis; confeiteiro; contador/técnico contábil; costureiro de roupas, exceto sob medida; costureiro de roupas, sob medida; coveiro; cozinheiro que fornece refeições prontas e embaladas para consumo; criador de animais domésticos; criador de peixes ornamentais em água doce; criador de peixes ornamentais em água salgada; crocheteiro; cuidador de idosos e enfermos; cunhador de moedas e medalhas; curtidor de couro; customizador de roupas	de panelas (paneleiro); reparador de tanques, reservatórios metálicos e caldeiras, exceto para veículos; reparador de toldos e persianas; reparador de tonéis, barris e paletes de madeira; reparador de tratores agrícolas; reparador de veículos de tração animal; restaurador de instrumentos musicais históricos; restaurador de jogos acionados por moedas; restaurador de livros; restaurador de obras de arte; restaurador de prédios históricos; retificador de motores para veículos automotores; revelador fotográfico
D-E	S-V
dedetizador; depilador; digitador; disc jockey (dj) ou video jockey (vj); distribuidor de água potável em caminhão pipa; doceiro; dublador; editor de jornais; editor de lista de dados e de outras informações; editor de livros; editor de revistas; editor de vídeo; eletricista de automóveis; eletricista em residências e estabelecimentos comerciais; encadernador/plastificador; encanador; engraxate; entregador de malotes; envasador e empacotador; estampador de peças do vestuário; esteticista; esteticista de animais domésticos; estofador	salgadeiro; salineiro/extrator de sal marinho; salsicheiro/linguiceiro; sapateiro; seleiro; sepultador; serigrafista; serigrafista publicitário; serralheiro, sob encomenda ou não; sintequeiro; soldador / brasador; sorveteiro; sorveteiro ambulante; tanoeiro; tapeceiro; tatuador; taxista; tecelão; tecelão de algodão; técnico de sonorização e de iluminação; técnico de manutenção de computador; técnico de manutenção de eletrodomésticos; técnico de manutenção de telefonia; telhador; tintureiro; torneiro mecânico; tosador de animais domésticos; tosquiador; transportador aquaviário para passeios; turísticos; transportador escolar; transportador de mudanças; transportador marítimo de carga; transportador municipal de cargas não perigosas(carreto); transportador municipal de passageiros sob frete; transportador municipal de travessia por navegação; transportador municipal hidroviário de cargas; tricoteiro; vassoureiro; vendedor ambulante de produtos alimentícios; vendedor de aves vivas, coelhos e outros pequenos animais para alimentação; verdureiro; vidraceiro de automóveis; vidraceiro de edificações; vinagreiro.
F	
fabricante de absorventes higiênicos; fabricante de açúcar mascavo; fabricante de amendoim e castanha de caju torrados e salgados; fabricante de águas naturais; fabricante de alimentos prontos congelados; fabricante de amido e féculas de vegetais; fabricante de artefatos de funilaria; fabricante de artefatos estampados de metal, sob encomenda ou não; fabricante de artefatos para pesca e esporte; fabricante de artefatos têxteis para uso doméstico; fabricante de artigos de cutelaria; fabricante de aviamentos para costura; fabricante de balas, confeitos e frutas cristalizadas; fabricante de bolsas/bolseiro; fabricante de brinquedos não eletrônicos; fabricante de calçados de borracha, madeira e tecidos e fibras; fabricante de calçados de couro; fabricante de chá; fabricante de cintos/cinteiro; fabricante de conservas de frutas; fabricante de conservas de legumes e outros vegetais; fabricante de desinfetantes; fabricante de	

embalagens de cartolina e papel cartão; fabricante de embalagens de madeira; fabricante de embalagens de papel; fabricante de especiarias; fabricante de esquadrias metálicas, sob encomenda ou não; fabricante de fios de algodão; fabricante de fios de linho, rami, juta, seda e lã; fabricante de fumo e derivados do fumo; fabricante de geleia de mocotó; fabricante de gelo comum; fabricante de guarda-chuvas e similares; fabricante de guardanapos e copos de papel; fabricante de instrumentos musicais; fabricante de jogos recreativos; fabricante de laticínios; fabricante de letreiros, placas e painéis não luminosos, sob encomenda ou não; fabricante de luminárias e outros equipamentos de iluminação; fabricante de malas; fabricante de massas alimentícias; fabricante de meias; fabricante de mochilas e carteiras; fabricante de painéis e letreiros luminosos, sob encomenda ou não; fabricante de pão de queijo congelado; fabricante de papel; fabricante de partes de peças do vestuário – facção; fabricante de partes de roupas íntimas – facção; fabricante de partes de roupas profissionais – facção; fabricante de partes para calçados; fabricante de polpas de frutas; fabricante de produtos de perfumaria e de higiene pessoal; fabricante de produtos de limpeza; fabricante de produtos de soja; fabricante de produtos de tecido não tecido para uso odonto-médico-hospitalar; fabricante de produtos derivados de carne; fabricante de produtos derivados do arroz; fabricante de rapadura e melaço; fabricante de refrescos, xaropes e pós para refrescos; fabricante de roupas íntimas; fabricante de sabões e detergentes sintéticos; fabricante de sucos concentrados de frutas, hortaliças e legumes; fabricante de sucos de frutas, hortaliças e legumes; fabricante de velas, inclusive decorativas; farinheiro de mandioca; farinheiro de milho; ferramenteiro; ferreiro/forjador; filmador; fornecedor de alimentos preparados para empresas; fosseiro (limpador de fossa); fotocopiador; fotógrafo; fotógrafo aéreo; fotógrafo submarino; funileiro/lanterneiro.	

ANEXO 2- ATIVIDADES CONSIDERADAS DE ALTO GRAU DE RISCO PARA O MEI, PELO CGSIM 22/2010:

Ocupação	CNAE	Descrição da Subclasse
Agente funerário	9603-3/04	Serviços de funerárias
Aplicador agrícola	0161-0/01	Serviço de pulverização e controle de pragas agrícolas
Colchoeiro	3104-7/00	Fabricação de colchões
Coletor de resíduos perigosos	3812-2/00	Coleta de resíduos perigosos
Comerciante de fogos de artifício	4789-0/06	Comércio varejista de fogos de artifício e artigos pirotécnicos
Comerciante de gás liquefeito de petróleo (GLP)	4784-9/00	Comércio varejista de gás liquefeito de petróleo (GLP)
Comerciante de inseticidas, raticidas e produtos para piscinas	4789-0/05	Comércio varejista de produtos saneantes domissanitários
Comerciante de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas	4771-7/02	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas
Confeccionador de fraldas descartáveis	1742-7/01	Fabricação de fraldas descartáveis
Curtidor de couro	1510-6/00	Curtimento e outras preparações de couro
Dedetizador	8122-2/00	Imunização e controle de pragas urbanas
Fabricante de desinfetantes	2052-5/00	Fabricação de desinfetantes domissanitários
Fabricante de papel	1721-4/00	Fabricação de papel
Fabricante de produtos de perfumaria e de higiene pessoal	2063-1/00	Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal
Fabricante de produtos de polimento	2062-2/00	Fabricação de produtos de limpeza e polimento
Fabricante de sabões e detergentes sintéticos	2061-4/00	Fabricação de sabões e detergentes sintéticos
Pirotécnico	2092-4/02	Fabricação de artigos pirotécnicos

CELSO ISAO KUBATAMAIA

CLÁUDIA CATHERINE MAFRA BEZERRA

INÊ NASCIMENTO TAVEIRA

JORGE LUIZ MAIA CARNEIRO

LENITA BARBOSA DE MORAES

MANUEL JOSÉ PEREIRA SOUZA

NÁDIA MARIA SOARES BEZERRA

REGINA CÉLIA SILVA LEMOS

VINÍCIUS GARCIA GUERRA

FISCALIZAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA MINERAL COMERCIALIZADA EM MANAUS DURANTE O EVENTO COPA DO MUNDO DE FUTEBOL 2014- BRASIL

SÃO PAULO 2014

CELSO ISAO KUBATAMAIA

CLÁUDIA CATHERINE MAFRA BEZERRA

INÊ NASCIMENTO TAVEIRA

JORGE LUIZ MAIA CARNEIRO

LENITA BARBOSA DE MORAES

MANUEL JOSÉ PEREIRA SOUZA

NÁDIA MARIA SOARES BEZERRA

REGINA CÉLIA SILVA LEMOS

VINÍCIUS GARCIA GUERRA

FISCALIZAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA MINERAL COMERCIALIZADA EM MANAUS DURANTE O EVENTO COPA DO MUNDO DE FUTEBOL 2014– BRASIL

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

Orientador: Marinélia Ferreira

SÃO PAULO 2014

RESUMO

A água é uma das substâncias essenciais à vida e fatores como calor e transpiração excessivos exigem maior reposição de água ao corpo humano, principalmente em regiões quentes como Manaus. Durante a Copa-2014, a água envasada em copo ou garrafa, muitas vezes chamadas de água mineral, será intensamente consumida pela população que vai freqüentar a Arena da Amazônia e seu entorno, além dos hotéis, bares e restaurantes.

Atualmente, estão instalados em Manaus quatro estabelecimentos de envase e/ou distribuição de água mineral. Considerando os diversos fatores que podem afetar a qualidade da água mineral utilizada para o consumo humano, o Grupo Afinidade 2 realizou inspeção nos quatro estabelecimentos, aplicando a Lista de Verificação de Boas Práticas da RDC 173/06.

Na ocasião foram encontradas não conformidades que podem comprometer a qualidade e segurança da água comercializada. Como por exemplo, estabelecimentos com licenciamento sanitário emitido pelo Departamento de Vigilância Sanitária atrasado; ausência de monitoramento da qualidade microbiológica e físico-química emitidos por laboratório de referência e as análises de água são realizadas por laboratórios não licenciados.

A proposta de intervenção consiste em sugerir que a inspeção e monitoramento das empresas de água mineral na cidade de Manaus sejam realizados com maior freqüência não apenas uma vez por ano. A análise documental seja feita por laboratórios de referência, visando garantir o consumo de uma água segura e de boa qualidade para a população antes, durante e após o evento Copa do Mundo 2014.

SUMARIO

1 Contextualização..... 5

2 Objeto e Objetivos..... 8

3 Fundamentação..... 9

4 Percurso Metodológico..... 11

5 Proposta de Intervenção..... 12

6 Gestão do Plano..... 13

7 Bibliografia..... 14

CONTEXTUALIZACÃO

A água é um composto químico formado por dois átomos de Hidrogênio e um de Oxigênio, originando a molécula H2O. É uma das substancias essenciais à vida, e compõe cerca de dois terços (2/3) do corpo humano, proporção ainda maior nas crianças. Nossa dependência da água vai além das necessidades biológicas: usamos a água para limpeza, produção de alimentos - tanto de origem vegetal quanto animal – na indústria, para a geração de energia. É um composto essencial para a sobrevivência do homem.

Nessa linha, o Grupo Afinidade II escolheu como tema para a construção do Projeto Aplicativo “Qualidade da Água para Consumo nas Creches da Rede Publica Municipal Cidade de Manaus”, e percebendo a exposição à vulnerabilidade da população infantil que frequenta os Centros de Educação do município, foi elencada a possibilidade de abordagem do referido tema e aceita após um processo de escolha entre outras proposições.

A escolha sofreu adequações onde num primeiro momento quando da apresentação do Estado de Arte do PA para os gestores do Sírio Libanês e convidados, que devido da exposição da opinião do gestor na pessoa da Diretora do Departamento de Vigilância Sanitária - Semsa de que o tema “água” em seu ponto de vista não se enquadrava dentro das atividades de Vigilância Sanitária.

O grupo refletiu e estudando a legislação principalmente a Lei 8080 de 19/09/1990 - condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providencias. Somada a Lei e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, em seu artigo sobre as atribuições do SUS e por unanimidade entendeu que poderia ser desenvolvida uma proposta de trabalho com um leque menos aberto e mais especifico.

A Subsecretária de Saúde de Manaus cogitou a possibilidade de desenvolvimento de uma ação voltada para o evento em massa copa do mundo, e que naquela oportunidade a mesma não tinha conhecimento de dados que pudessem expor uma situação real dos estabelecimentos que comercializavam alimentos e bebidas no entorno da Arena da Amazônia e meios de hospedagem. A análise do grupo fez com que percebêssemos o grande número de estabelecimentos e o curto espaço de tempo para a realização do Projeto. Outro dado importante é que o Programa Vigiágua estava desenvolvendo ações nesse sentido.

Em face da impossibilidade do Vigiágua alcançar estabelecimentos que beneficiam e comercializam o produto água mineral, somado a ausência de dados que pudessem informar as condições sanitárias satisfatórias e parâmetros para a qualidade da água das indústrias envasadoras e distribuidoras, o grupo definiu como tema a "Fiscalização da Qualidade da Água Mineral Comercializada em Manaus durante o Evento Copa do Mundo de Futebol 2014 – Brasil", dado o alto consumo em condições normais e o aumento do consumo em função do evento.

Na fase de preparação de como as atividades transcorreriam para a execução do Projeto, nos deparamos com a pesquisa de identificar o órgão que teria a atribuição de promover ações de fiscalização dos estabelecimentos. O fiscal Adail Santiago Bandeira do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento (MAPA) informou que a legislação utilizada no órgão contempla somente bebidas modificadas, néctar, sucos, refrigerantes e exclue a água. Em função da pactuação de competências com o município, integrante do sistema de descentralização das ações, as indústrias migraram da Fundação de Saúde e Vigilância do Estado e passaram a ser fiscalizadas pelo município.

A atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nos Estados se restringe a portos, aeroportos e fronteiras, deixando a fiscalização da água mineral de fora. O Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) só acompanha o processo de instalação da fábrica no momento da lavra do manancial e faz analises laboratoriais através do Laboratório de Mineralogia que atestam se o local continua com a capacidade de fornecimento da água dentro dos padrões que a identificam como mineral (Lei 7841 de 08/08/1945).

A princípio pensávamos que seria atribuição do município através da Vigilância Sanitária, preencher essa lacuna e realizar as inspeções dentro de uma ação continuada. Mas verificamos que o Código Sanitário de Manaus só contempla a água de distribuição

Vale ressaltar que os fatores climáticos da nossa região ocasionam uma demanda considerável no consumo de água. Durante a Copa-2014, esse número com certeza será maior pela a população que vai freqüentar a Arena da Amazônia, seu entorno, ruas, hotéis e restaurantes, e mesmo após o evento, abre-se uma possibilidade de adoção enquanto política o monitoramento do funcionamento dessas indústrias.

Atualmente, Manaus conta com quatro estabelecimentos envasadores e uma distribuidora de água mineral. No município, a fiscalização ocorre em dois momentos: quando o estabelecimento solicita a fiscalização, em decorrência da necessidade de apresentação da Licença Sanitária para algum órgão regulador da atividade, ou em

virtude de uma demanda provocada por um processo de denúncia, apontando alguma não conformidade que ocasionou a intervenção do DVISA. A obrigatoriedade acontece uma vez ao ano, visto que o tempo de vigência da licença sanitária é anual, e em caso de ausência de denúncia, o estabelecimento não é submetido a monitoramentos, confirmado nossa proposição em que não há monitoramento e se a indústria não for provocada, não há pro atividade em obtenção da Licença Sanitária.

Durante a inspeção para concessão da Licença do regulado é exigido a apresentação dos laudos de potabilidade da água, e estes são realizados a expensas do regulado em um laboratório escolhido pelo mesmo,perdendo seu valor fiscal, pois não é realizada a contra prova e não são realizados por laboratório de referência.

RESOLUÇÃO RDC Nº. 173, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006 DA ANVISA/MS.

Anexo II - LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS PARA INDUSTRIALIZAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE ÁGUA MINERAL NATURAL E DE ÁGUA NATURAL

<table>
<tr><td colspan="5">NÚMERO: ANO:</td></tr>
<tr><td colspan="5">A - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA</td></tr>
<tr><td colspan="5">1-RAZÃO SOCIAL:</td></tr>
<tr><td colspan="5">2-NOME DE FANTASIA:</td></tr>
<tr><td colspan="2">3-ALVARÁ/LICENÇA SANITÁRIA:</td><td colspan="3">4-INSCRIÇÃO ESTADUAL / MUNICIPAL:</td></tr>
<tr><td colspan="5">5-Nº. DO REGISTRO DO MS:</td></tr>
<tr><td colspan="3">6-CONCESSÃO DE LAVRA OU MANIFESTO DE MINA:</td><td colspan="2">7-PORTARIA Nº.:</td></tr>
<tr><td colspan="2">8-CNPJ/CPF:</td><td>9-FONE:</td><td colspan="2">10-FAX:</td></tr>
<tr><td colspan="5">11-E - mail:</td></tr>
<tr><td colspan="3">12-ENDEREÇO (Rua/Av.):</td><td>13-Nº:</td><td>14-Compl.:</td></tr>
<tr><td>15-BAIRRO:</td><td colspan="2">16-MUNICÍPIO:</td><td>17-UF:</td><td>18-CEP:</td></tr>
</table>

19-RAMO DE ATIVIDADE:	20-PRODUÇÃO MENSAL:
21-NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS:	22-NÚMERO DE TURNOS:
23-CATEGORIA DE PRODUTOS:	
Descrição da Categoria:	
24-RESPONSÁVEL TÉCNICO:	25-FORMAÇÃO ACADÊMICA:
26-RESPONSÁVEL LEGAL/PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO:	
27-MOTIVO DA INSPEÇÃO: ( ) SOLICITAÇÃO DE ALVARÁ/LICENÇA SANITÁRIA ( ) REGISTRO DE PRODUTO ( ) PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE VIGILÂNCIA ( ) VERIFICAÇÃO OU APURAÇÃO DE DENÚNCIA ( ) INSPEÇÃO PROGRAMADA ( ) REINSPEÇÃO ( ) RENOVAÇÃO DE ALVARÁ/ LICENÇA SANITÁRIA ( ) OUTROS	
28-MARCAS PRODUZIDAS:	
29-CARACTERÍSTICAS DA LOCALIZAÇÃO: ( ) URBANA ( ) RURAL	
30-SISTEMA DE CAPTAÇÃO: POR CAIXA: ( ) Nº. DE CAIXAS: POR POÇO: ( ) Nº. DE POÇOS:	
31-VAZÃO DA FONTE / POÇO:	

B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
1 EDIFICAÇÃO E INSTALAÇÕES			
1.1 ÁREA EXTERNA:			
1.1.1 Área externa livre de focos de insalubridade, de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, de animais domésticos no pátio e vizinhança; de focos de poeira; de acúmulo de lixo nas imediações, de água estagnada, dentre outros.			

1.1.2 Vias de acesso interno com superfície dura ou pavimentada, adequada ao trânsito sobre rodas, escoamento adequado e limpas.			
1.2 ACESSO:			
1.2.1 Direto, não comum a outros usos (habitação).			
1.3 ÁREA INTERNA:			
1.3.1 Área interna livre de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente.			
1.4 PISO:			
1.4.1 Material que permite fácil e apropriada higienização (liso, resistente, drenados com declive, impermeável e outros).			
1.4.2 Em adequado estado de conservação (livre de defeitos, rachaduras, trincas, buracos e outros).			
1.4.3 Sistema de drenagem dimensionado adequadamente, sem acúmulo de resíduos. Drenos, ralos sifonados e grelhas dispostas em locais adequados para facilitar o escoamento e proteger contra a entrada de baratas, roedores etc.			
1.5 TETOS:			
1.5.1 Em adequado estado de conservação (livre de trincas, rachaduras, umidade, bolor, descascamentos e outros).			
1.6 PAREDES E DIVISÓRIAS:			
1.6.1 Acabamento liso, impermeável e de fácil limpeza até uma altura adequada para todas as operações. De cor clara.			
1.6.2 Em adequado estado de conservação (livres de falhas, rachaduras, buracos, umidade, descascamento e outros).			
1.7 PORTAS, JANELAS E OUTRAS ABERTURAS:			
1.7.1 Com superfície lisa, de fácil limpeza, ajustadas aos batentes, sem falhas de revestimento.			
1.7.2 Proteção contra insetos e roedores (telas milimetradas ou outro sistema).			
1.7.3 Em adequado estado de conservação (livres de falhas, rachaduras, umidade, descascamento e outros).			
1.8 INSTALAÇÕES SANITÁRIAS E VESTIÁRIOS PARA OS MANIPULADORES:			
1.8.1 Quando localizados isolados da área de produção, acesso realizado por passagens cobertas e calçadas.			
1.8.2 Independentes para cada sexo (conforme legislação específica), identificados e de uso exclusivo para manipuladores de alimentos.			

B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)

1.8.3 Instalações sanitárias com vasos sanitários; mictórios e lavatórios íntegros e em proporção adequada ao número de empregados (conforme legislação específica).			
1.8.4 Instalações sanitárias servidas de água corrente, dotadas de torneira acionada sem contato manual e conectadas à rede de esgoto ou fossa séptica.			
1.8.5 Ausência de comunicação direta (incluindo sistema de exaustão) com a área de trabalho e de refeições.			
1.8.6 Portas com fechamento automático (mola, sistema eletrônico ou outro).			
1.8.7 Pisos e paredes adequadas e apresentando satisfatório estado de conservação.			
1.8.8 Iluminação e ventilação adequadas.			
1.8.9 Instalações sanitárias dotadas de produtos destinados à higiene pessoal: papel higiênico, sabonete líquido inodoro e anti-séptico, toalhas de papel não reciclado para as mãos ou outro sistema higiênico e seguro para secagem.			
1.8.10 Presença de lixeiras com tampas e com acionamento não manual.			
1.8.11 Coleta freqüente do lixo.			
1.8.12 Presença de avisos com os procedimentos para lavagem das mãos.			
1.8.13 Vestiários com área compatível e armários individuais para todos os manipuladores.			
1.8.14 Duchas ou chuveiros em número suficiente (conforme legislação específica), com água fria ou com água quente e fria.			
1.8.15 Apresentam-se organizados e em adequado estado de conservação.			
1.9 INSTALAÇÕES SANITÁRIAS PARA VISITANTES E OUTROS:			
1.9.1 Instaladas totalmente independentes da área de produção e higienizados.			
1.10 LAVATÓRIOS NO SETOR INDUSTRIAL:			
1.10.1 Existência de lavatório na ante-sala da área de envase, com torneira acionada sem contato manual, exclusivo para higiene das mãos.			
1.10.2 Lavatório da ante-sala da área de envase dotado de sabonete líquido inodoro, produto anti-séptico e sistema de secagem das mãos acionado sem contato manual.			
1.10.3 Existência de lavatórios nas demais áreas de processamento, com torneira acionada sem contato manual, em posições adequadas em relação ao fluxo de produção, e em número suficiente.			
1.10.4 Dotados de sabonete líquido inodoro e anti-séptico, toalhas de papel nãoreciclado para as mãos ou outro sistema higiênico e seguro para secagem.			
1.11 ILUMINAÇÃO E INSTALAÇÃO ELÉTRICA:			

1.11.1 Natural ou artificial adequada à atividade desenvolvida, sem ofuscamento, reflexos fortes, sombras e contrastes excessivos.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
1.11.2 Luminárias com proteção adequada contra quebras e em adequado estado de conservação.			
1.11.3 Instalações elétricas embutidas ou quando exteriores revestidas por tubulações isolantes e presas a paredes e tetos.			
1.12 VENTILAÇÃO:			
1.12.1 Ventilação e circulação de ar capazes de garantir o conforto térmico e o ambiente livre de fungos, gases, fumaça, pós, partículas em suspensão e condensação de vapores sem causar danos à produção.			
1.12.2 Captação e direção da corrente de ar não seguem a direção da área contaminada para área limpa.			
1.13 HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES:			
1.13.1 Responsável pela operação de higienização comprovadamente capacitado.			
1.13.2 Freqüência de higienização das instalações adequada.			
1.13.3 Existência de registro da higienização.			
1.13.4 Produtos de higienização regularizados pelo Ministério da Saúde.			
1.13.5 Disponibilidade dos produtos de higienização necessários à realização da operação.			
1.13.6 A diluição dos produtos de higienização, tempo de contato e modo de uso/aplicação obedecem às instruções recomendadas pelo fabricante.			
1.13.7Produtos de higienização identificados e guardados em local adequado.			
1.13.8 Disponibilidade e adequação dos utensílios (escovas, esponjas etc.) necessários à realização da operação. Em bom estado de conservação e armazenados em local protegido.			
1.13.9 Higienização adequada.			
1.14 CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS:			
1.14.1 Ausência de vetores e pragas urbanas ou qualquer evidência de sua presença como fezes, ninhos e outros.			
1.14.2 Adoção de medidas preventivas e corretivas adotadas com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação de vetores e pragas urbanas.			
1.14.3 Em caso de adoção de controle químico, existência de comprovante de execução do serviço expedido por empresa especializada.			
1.15 ABASTECIMENTO DE ÁGUA:			
1.15.1 Sistema de abastecimento ligado à rede pública.			

1.15.2 Sistema de captação própria, protegido, revestido e distante de fonte de contaminação.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
1.15.3 Reservatório da água de abastecimento acessível com instalação hidráulica com volume, pressão e temperatura adequados, dotado de tampas, em satisfatória condição de uso, livre de vazamentos, infiltrações e descascamentos.			
1.15.4 Existência de responsável comprovadamente capacitado para a higienização do reservatório da água de abastecimento.			
1.15.5 Apropriada freqüência de higienização do reservatório da água de abastecimento.			
1.15.6 Existência de registro da higienização do reservatório da água de abastecimento ou comprovante de execução de serviço em caso de terceirização.			
1.15.7 Encanamento em estado satisfatório e ausência de infiltrações e interconexões, evitando conexão cruzada entre água potável e não potável.			
1.15.8 Existência de planilha de registro da troca periódica do elemento filtrante.			
1.15.9 Potabilidade da água de abastecimento atestada por meio de laudos laboratoriais, com adequada periodicidade, assinados por técnico responsável pela análise ou expedidos por empresa terceirizada.			
1.15.10 Disponibilidade de reagentes e equipamentos necessários à análise da potabilidade da água de abastecimento realizadas no estabelecimento.			
1.15.11 Controle de potabilidade realizado por técnico comprovadamente capacitado.			
1.16 MANEJO DOS RESÍDUOS:			
1.16.1 Recipientes para coleta de resíduos no interior do estabelecimento de fácil higienização e transporte, devidamente identificados e higienizados constantemente; uso de sacos de lixo apropriados. Quando necessário, recipientes tampados com acionamento não manual.			
1.16.2 Retirada freqüente dos resíduos da área de processamento, evitando focos de contaminação.			
1.16.3 Existência de área adequada para estocagem dos resíduos.			
1.17 ESGOTAMENTO SANITÁRIO:			
1.17.1 Fossas, esgoto conectado à rede pública, caixas de gordura em adequado estado de conservação e funcionamento.			
1.18 LEIAUTE:			
1.18.1 Leiaute adequado ao processamento: número, capacidade e distribuição das dependências de acordo com o ramo de atividade, volume de produção e expedição.			
1.18.2 Áreas para recepção e depósito de matéria-prima, ingredientes e embalagens distintas das áreas de produção, armazenamento e expedição de produto final.			

OBSERVAÇÕES:			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
2 EQUIPAMENTOS, MAQUINÁRIOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS			
2.1 EQUIPAMENTOS E MAQUINÁRIOS:			
2.1.1 Equipamentos da linha industrial com desenho e número adequado ao ramo.			
2.1.2 Dispostos de forma a permitir fácil acesso e higienização adequada.			
2.1.3 Em adequado estado de conservação e funcionamento.			
2.1.4 Existência de registros, comprovando que os equipamentos e maquinários passam por manutenção preventiva.			
2.1.5 Existência de registros que comprovem a calibração dos instrumentos e equipamentos de medição ou comprovante da execução do serviço quando a calibração for realizada por empresas terceirizadas.			
2.2 HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS, MAQUINÁRIOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS:			
2.2.1 Responsável pela operação de higienização comprovadamente capacitado.			
2.2.2 Freqüência de higienização adequada.			
2.2.3 Existência de registro da higienização.			
2.2.4 Produtos de higienização regularizados pelo Ministério da Saúde.			
2.2.5 Disponibilidade dos produtos de higienização necessários à realização da operação.			
2.2.6 Diluição dos produtos de higienização, tempo de contato e modo de uso/aplicação obedece às instruções recomendadas pelo fabricante.			
2.2.7 Produtos de higienização identificados e guardados em local adequado.			
2.2.8 Disponibilidade e adequação dos utensílios necessários à realização da operação. Utensílios em bom estado de conservação.			
2.2.9 Adequada higienização.			
OBSERVAÇÕES:			

B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
3 MANIPULADORES			
3.1 VESTUÁRIO:			
3.1.1 Utilização de uniforme de trabalho adequado à atividade e exclusivo para área de processamento.			
3.1.2 Limpos e em adequado estado de conservação.			
3.1.3 Asseio pessoal: boa apresentação, asseio corporal, mãos limpas, unhas curtas, sem esmalte, sem adornos (anéis, pulseiras, brincos, etc.); manipuladores barbeados, com os cabelos protegidos.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
3.2 HÁBITOS HIGIÊNICOS:			
3.2.1 Lavagem cuidadosa das mãos ao início do trabalho, após qualquer interrupção e depois do uso de sanitários.			
3.2.2 Manipuladores não espirram, não cospem, não tossem, não fumam, não manipulam dinheiro ou não praticam outros atos que possam contaminar a água mineral natural ou água natural.			
3.2.3 Cartazes de orientação aos manipuladores sobre a correta lavagem das mãos e demais hábitos de higiene, afixados em locais apropriados.			
3.3 ESTADO DE SAÚDE:			
3.3.1 Ausência de afecções cutâneas, feridas e supurações; ausência de sintomas e infecções respiratórias, gastrointestinais e oculares.			
3.4 PROGRAMA DE CONTROLE DE SAÚDE:			
3.4.1 Supervisão periódica do estado de saúde dos manipuladores.			
3.4.2 Existência de registro dos exames realizados.			
3.5 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:			
3.5.1 Utilização de Equipamento de Proteção Individual.			
3.6 PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS MANIPULADORES E SUPERVISÃO:			
3.6.1 Programa de capacitação adequado e contínuo relacionado à higiene pessoal e à manipulação dos alimentos.			
3.6.2 Existência de registros dessas capacitações.			
3.6.3 Existência de supervisão da higiene pessoal e manipulação dos alimentos.			
3.6.4 Supervisor comprovadamente capacitado.			
OBSERVAÇÕES:			

B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4 INDUSTRIALIZAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE ÁGUA MINERAL NATURAL E DE ÁGUA NATURAL			
4.1 CAPTAÇÃO:			
4.1.1 Área circundante à casa de proteção da captação devidamente pavimentada, limpa e livre de focos de insalubridade.			
4.1.2 Área circundante dotada de sistema de drenagem de águas pluviais.			
4.1.3 Casa de proteção da captação em condição higiênico-sanitária satisfatória. Livre de infiltrações, rachaduras, fendas e outras alterações.			
4.1.4 Presença de torneira para coleta de amostras no início da canalização de distribuição da água mineral natural ou da água natural.			
4.1.5 Edificações, instalações, canalização, equipamentos da captação submetidos à limpeza e, se for o caso, à desinfecção.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.1.6 Operações de limpeza e de desinfecção realizadas por funcionários comprovadamente capacitados.			
4.1.7 Existência de registros das operações de higienização.			
4.1.8 Captação da água mineral natural ou da água natural e demais operações relativas à industrialização efetuadas no mesmo estabelecimento.			
4.2 CONDUÇÃO DA ÁGUA DA CAPTAÇÃO:			
4.2.1 Canalização situada em nível superior ao solo, mantida em adequado estado de conservação e sem vazamentos.			
4.2.2 Canalização disposta de forma a permitir fácil acesso para inspeção visual.			
4.2.3 Superfícies da canalização em contato com a água mineral natural e com a água natural lisas, íntegras, impermeáveis, resistentes à corrosão e de fácil higienização.			
4.2.4 Água oriunda de fontes distintas misturadas apenas quando autorizadas pelo órgão competente do Ministério das Minas e Energia.			
4.2.5 Existência de mecanismos para identificação das fontes utilizadas.			
4.2.6 Canalizações de condução da água mineral natural ou da água natural independentes e sem conexão com as demais águas provenientes de sistema ou solução alternativa de abastecimento.			
4.2.7 Canalizações da água mineral natural e da água natural identificadas e diferenciadas das demais canalizações.			
4.2.8 Condução da água mineral natural ou da água natural captada realizada por meio de canalização fechada e contínua até o envase.			
4.2.9 Elementos filtrantes constituídos de material que não altere as características originais e qualidade higiênico-sanitária da água mineral			

natural ou da água natural.			
4.2.10 Elementos filtrantes trocados com freqüência definida pelo estabelecimento industrial.			
4.2.11 Existência de registros da troca dos elementos filtrantes.			
4.2.12 Higienização da canalização realizada por funcionários comprovadamente capacitados.			
4.2.13 Existência de registros das operações de higienização da canalização.			
4.2.14 Higienização contempla, quando aplicável, o desmonte da canalização.			
4.2.15 Freqüência das operações de higienização estabelecida.			
4.2.16 Existência de registros da revisão das operações de higienização e das medidas corretivas adotadas quando constatada a presença de incrustações e de outras alterações.			
OBSERVAÇÕES:			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.3 ARMAZENAMENTO DA ÁGUA DA CAPTAÇÃO:			
4.3.1 Armazenamento da água realizado em reservatório em nível superior ao solo e estanque.			
4.3.2 Superfícies do reservatório lisas, íntegras, impermeáveis, resistentes à corrosão, de fácil higienização, em adequado estado de conservação, livres de vazamentos e permite inspeção interna.			
4.3.3 Reservatório com extravasor, protegido por tela milimetrada, dotado de filtro de ar microbiológico, válvula de retenção ou fecho hídrico em forma de sifão.			
4.3.4 Reservatório com dispositivo para esvaziamento em nível inferior.			
4.3.5 Reservatório com torneira específica instalada no início da tubulação de distribuição da água, para coleta de amostra.			
4.3.6 Elementos filtrantes trocados na freqüência definida pelo estabelecimento industrial.			
4.3.7 Existência de registros da troca dos elementos filtrantes.			
4.3.8 Reservatório submetido à inspeção visual na freqüência definida pelo estabelecimento industrial.			
4.3.9 Existência de registro da revisão das operações de higienização e das medidas corretivas adotadas quando constatada a presença de incrustações e de outras alterações.			
4.3.10 Higienização do reservatório realizada por funcionários comprovadamente capacitados.			
4.3.11 Existência de registro da higienização do reservatório.			
4.4 SELEÇÃO DOS INSUMOS E DOS SEUS FORNECEDORES:			

4.4.1 Existência de critérios especificados e documentados para avaliação e seleção de fornecedores de insumos.			
4.4.2 Existência de cadastro atualizado dos fornecedores.			
4.4.3 Especificações dos insumos definidas pelo estabelecimento conforme as exigências dos regulamentos técnicos específicos.			
OBSERVAÇÕES:			
4.5 RECEPÇÃO E ARMAZENAMENTO DOS INSUMOS:			
4.5.1 Recepção dos insumos realizada em local protegido, limpo e livre de objetos em desuso e estranhos ao ambiente.			
4.5.2 Recepção das embalagens retornáveis para um novo ciclo de uso efetuada em área distinta da recepção dos demais insumos.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.5.3 Insumos inspecionados na recepção.			
4.5.4 Produtos saneantes regularizados no órgão competente.			
4.5.5 Existência de especificações utilizadas na recepção como critério para aprovação dos insumos.			
4.5.6 Insumos reprovados na recepção quando não atendem as especificações.			
4.5.7 Embalagens plásticas retornáveis para um novo ciclo de uso avaliadas individualmente quanto à aparência interna e externa, à presença de resíduos e ao odor.			
4.5.8 Embalagens plásticas com amassamentos, rachaduras, ranhuras, remendos, deformações internas e externas do gargalo, com alterações de odor e cor, dentre outras alterações são reprovadas.			
4.5.9 Embalagens de vidro retornáveis avaliadas individualmente quanto à integridade.			
4.5.10 Insumos reprovados na recepção imediatamente devolvidos ao fornecedor ou distribuidor, ou identificados e armazenados em local separado até o seu destino final.			
4.5.11 Existência de registro do destino final dos insumos reprovados, datado e assinado pelo funcionário responsável.			
4.5.12 Armazenamento dos insumos em local limpo e organizado, sobre paletes, estrados e ou prateleiras, respeitando o espaçamento mínimo necessário para garantir ventilação adequada, limpeza e, quando for o caso, desinfecção do local.			
4.5.13 Paletes, exceto os descartáveis, estrados ou prateleiras de material liso, resistente, impermeável e lavável.			
OBSERVAÇÕES:			

4.6 FABRICAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DAS EMBALAGENS:			
4.6.1 Fabricação das embalagens realizada em local específico.			
4.6.2 Fabricação das embalagens não compromete a qualidade higiênico-sanitária da água mineral natural e da água natural.			
4.6.3 Embalagens fabricadas no estabelecimento industrial armazenadas em local específico ou mantidas protegidas até o momento da sua utilização.			
4.6.4 Embalagens de primeiro uso, quando não fabricadas no próprio estabelecimento industrial, submetidas ao enxágüe em maquinário automático utilizando-se solução desinfetante, exceto as embalagens descartáveis do tipo copo.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.6.5 Embalagens retornadas para um novo ciclo de uso, antes da etapa da higienização automática, submetidas à pré-lavagem para a remoção do rótulo, dos resíduos da substância adesiva e das sujidades das superfícies interna e externa.			
4.6.6 Embalagens retornadas para um novo ciclo de uso submetidas à limpeza e desinfecção em maquinário automático.			
4.6.7 Enxágüe das embalagens retornadas para um novo ciclo de uso garante a eliminação dos resíduos dos produtos químicos, sendo comprovado por testes indicadores.			
4.6.8 Enxágüe final das embalagens retornadas para um novo ciclo de uso e daquelas de primeiro uso feito com a água mineral natural ou com a água natural a ser envasada, exceto as embalagens descartáveis do tipo copo.			
4.6.9 Tampas das embalagens não são veículos de contaminação da água mineral natural e da água natural.			
4.6.10 Transporte das embalagens, da área de higienização para a sala de envase, realizado imediatamente.			
4.6.11 Saída do equipamento de higienização das embalagens posicionada próxima à sala de envase. Quando não for possível, esteiras protegidas por cobertura.			
4.6.12 Passagem das embalagens da área de higienização para a sala de envase feita por meio de abertura destinada exclusivamente para este fim, não sendo permitido o transporte manual das embalagens.			
4.6.13 Passagem das embalagens da área de higienização para a sala de envase feita por abertura dimensionada somente para este fim.			
4.6.14 Abertura dimensionada para passagem das embalagens da área de higienização para a sala de envase permanece fechada durante a paralisação do processo de envase.			
4.6.15 Operações de limpeza e desinfecção realizadas por funcionários comprovadamente capacitados.			
OBSERVAÇÕES:			

4.7 ENVASE E FECHAMENTO:			
4.7.1 Envase e o fechamento das embalagens realizados por equipamentos automáticos.			
4.7.2 Água mineral natural e água natural envasadas devidamente vedadas pelo fechamento automático.			
4.7.3 Sala de envase mantida em adequado estado de higiene e de conservação.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.7.4 Piso, parede, teto e porta da sala de envase com revestimento liso, de cor clara, impermeável e lavável.			
4.7.5 Porta equipada com dispositivo de fechamento automático, ajustada aos batentes e em adequado estado de conservação.			
4.7.6 Adição de dióxido de carbono à água mineral natural e à água natural, quando houver, integrada à linha de envase.			
4.7.7 Medidas para minimizar o risco de contaminação da sala de envase são adotadas.			
4.7.8 Sala de envase com piso inclinado, ralo sifonado com tampa escamoteável, luminárias protegidas contra quebras e ventilação capaz de manter o ambiente livre de condensação de vapor d'água.			
4.7.9 Acesso à sala de envase restrito e realizado exclusivamente por uma ante-sala.			
4.7.10 Ante-sala com lavatório com torneira acionada sem contato manual, exclusivo para higiene das mãos, dotado de sabonete líquido inodoro, produto anti-séptico e sistema de secagem das mãos acionado sem contato manual.			
4.7.11 Funcionários da sala de envase com uniformes limpos, trocados diariamente e de uso exclusivo para essa área.			
4.7.12 Água mineral natural ou água natural envasada, transportada imediatamente da sala de envase para a área de rotulagem por meio de esteiras.			
4.7.13 Existência de abertura destinada exclusivamente para a passagem das embalagens entre a sala de envase e a área de rotulagem.			
4.7.14 Abertura entre a sala de envase e área de rotulagem mantida fechada durante a paralisação do processo de envase.			
4.7.15 Sala de envase e equipamentos higienizados quantas vezes forem necessárias e imediatamente após o término do trabalho.			
4.7.16 Higienização, quando aplicável, contempla o desmonte dos equipamentos na freqüência definida pelo estabelecimento industrial.			
OBSERVAÇÕES:			
4.8 ROTULAGEM E ARMAZENAMENTO:			

4.8.1 Água mineral natural ou a água natural envasada submetida à inspeção visual ou eletrônica.			
4.8.2 Água mineral natural e a água natural reprovadas na inspeção, devolvidas ou recolhidas do comércio, avariadas e com prazo de validade vencido armazenadas em local separado e identificado até o seu destino final.			
4.8.3 Operação de rotulagem das embalagens efetuada fora da área de envase.			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.8.4 Rótulo das embalagens da água mineral natural e da água natural obedecem aos regulamentos técnicos de rotulagem geral e específicos.			
4.8.5 Locais para armazenamento da água mineral natural e da água natural limpos, secos, ventilados, com temperatura adequada e protegidos da incidência direta da luz solar.			
4.8.6 Água mineral natural ou a água natural envasada armazenada sobre paletes, estrados e ou prateleiras, respeitando o espaçamento mínimo necessário para garantir adequada ventilação, limpeza e, quando for o caso, desinfecção do local.			
4.8.7 Paletes, estrados ou prateleiras de material liso, resistente, impermeável e lavável.			
4.8.8 Água mineral natural ou a água natural envasada armazenada distante dos produtos saneantes, defensivos agrícolas e outros produtos potencialmente tóxicos.			
OBSERVAÇÕES:			
4.9 TRANSPORTE E COMERCIALIZAÇÂO:			
4.9.1 Operações de carga e descarga realizadas em plataforma externa à área de processamento.			
4.9.2 Motores dos veículos desligados durante as operações de carga e descarga.			
4.9.3 Veículo de transporte limpo, sem odores indesejáveis e livre de vetores e pragas urbanas.			
4.9.4 Veículo de transporte dotado de cobertura e proteção lateral limpas, impermeáveis e íntegras.			
4.9.5 Ausência de outras cargas que comprometam a qualidade higiênico-sanitária da água mineral natural ou da água natural envasada.			
4.9.6 Empilhamento das embalagens com água mineral natural ou com água natural, durante o transporte, realizado de forma a evitar danos às embalagens.			
4.9.7 Água mineral natural ou a água natural envasada exposta à venda somente em estabelecimentos comerciais de alimentos ou bebidas.			
4.9.8 Água mineral natural ou a água natural envasada protegida da incidência direta da luz solar e mantida sobre paletes ou prateleiras, em local limpo, seco, arejado e reservado para esse fim.			

4.9.9 Água mineral natural ou a água natural envasada e as embalagens retornáveis vazias estocadas e transportadas afastadas de produtos saneantes, gás liquefeito de petróleo e de outros produtos potencialmente tóxicos.			
OBSERVAÇÕES:			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
4.10 CONTROLE DE QUALIDADE:			
4.10.1 Controle de qualidade implementado e documentado da água mineral natural, da água natural, das embalagens, e quando utilizado, do dióxido de carbono.			
4.10.2 Análises laboratoriais para controle e monitoramento da qualidade da água realizadas em laboratório próprio ou terceirizado.			
4.10.3 Análises microbiológicas e de contaminantes da água mineral natural e da água natural atendem ao disposto em legislação específica.			
4.10.4 Estabelecimento industrial estabelece e executa plano de amostragem.			
4.10.5 Plano de amostragem especifica o número de amostras, o local de coleta, os parâmetros analíticos e a freqüência realizada, envolvendo as diversas etapas da industrialização.			
4.10.6 Estabelecimento industrial define os limites de aceitação, segundo o plano de amostragem estabelecido.			
4.10.7 Água mineral natural ou a água natural envasada com composição equivalente à da água emergente da fonte ou poço, conforme as análises laboratoriais efetuadas pelo órgão competente do Ministério das Minas e Energia.			
4.10.8 Estabelecimento industrial adota medidas corretivas em caso de desvios dos parâmetros estabelecidos.			
4.10.9 Medidas corretivas adotadas são documentadas.			
OBSERVAÇÕES:			
4.11 MANIPULADORES E RESPONSÁVEL PELA INDUSTRIALIZAÇÃO:			
4.11.1 Manipuladores de alimentos supervisionados, sendo capacitados periodicamente em: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e em doenças transmitidas por alimentos.			
4.11.2 Responsabilidade pela industrialização da água mineral natural e da água natural exercida pelo responsável técnico, responsável legal ou proprietário do estabelecimento industrial.			
4.11.3 Responsável pela industrialização devidamente capacitado em curso com carga horária mínima de 40 horas.			

4.11.4 Conteúdo programático do curso de capacitação engloba os seguintes temas: Microbiologia de alimentos, Industrialização da água mineral natural e da água natural, Boas Práticas e Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle - APPCC.			
4.11.5 Certificado de capacitação dos manipuladores e certificado do responsável pela industrialização, devidamente datado, com carga horária e conteúdo programático dos cursos.			
OBSERVAÇÕES:			
B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
5 DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO			
5.1 MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO:			
5.1.1 Existência de Manual de Boas Práticas e Procedimentos Operacionais Padronizados.			
5.1.2 Manual de Boas Práticas e Procedimentos Operacionais Padronizados acessíveis aos funcionários envolvidos e à autoridade sanitária.			
5.1.3 Operações executadas de acordo com o Manual de Boas Práticas.			
5.1.4 Procedimentos Operacionais Padronizados contêm as instruções seqüenciais, a freqüência de execução e especificam o nome, o cargo e ou a função dos responsáveis pelas atividades.			
5.1.5 Procedimentos Operacionais Padronizados aprovados, datados e assinados pelo responsável pelo estabelecimento.			
5.1.6 POP elaborados para as operações de higienização da canalização, higienização do reservatório, recepção das embalagens e higienização das embalagens atendem aos requisitos gerais e as disposições relativas ao monitoramento, avaliação e registro, estabelecidos pelo Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.			
5.1.7 Registros utilizados para verificação da eficácia das medidas de controle mantidos por no mínimo 1 (um) ano, a partir da data do envase da água mineral natural ou da água natural.			
5.1.8 Existência de documentos comprobatórios sobre a regularidade do estabelecimento industrial, da água mineral natural e da água natural junto ao Ministério da Saúde e ao Ministério das Minas e Energia.			
5.1.9 Existência de documentação que comprove que os materiais constituintes da canalização, do reservatório, dos equipamentos e das embalagens que entram em contato com a água mineral natural ou com a água natural atendem às especificações dispostas nos regulamentos técnicos.			
5.1.10 Existência de documentação que comprove a qualidade de cada carga do dióxido de carbono.			
OBSERVAÇÕES:			

B – AVALIAÇÃO:	SIM	NÃO	NA(*)
5.2 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS			
5.2.1 Higienização das instalações, equipamentos e utensílios:			
5.2.1.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.1.2 POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.1.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.2 Controle de potabilidade da água:			
5.2.2.1 Existência de POP estabelecido para controle de potabilidade da água.			
5.2.2.2 POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.2.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.3 Higiene e saúde dos manipuladores:			
5.2.3.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.3.2 POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.3.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.4 Manejo dos resíduos:			
5.2.4.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.4.2 O POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.4.3 POP contém as informações exigidas.			

5.2.5 Manutenção preventiva e calibração de equipamentos:			
5.2.5.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.5.2 O POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.5.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.6 Controle integrado de vetores e pragas urbanas:			
5.2.6.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.6.2 O POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.6.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.7 Seleção das matérias-primas, ingredientes e embalagens:			
5.2.7.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.7.2 O POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.7.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.8 Programa de recolhimento da água mineral natural e da água natural:			
5.2.8.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.8.2 O POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.8.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.9 Higienização da canalização:			
5.2.9.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.9.2 POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.9.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.10 Higienização do reservatório:			
5.2.10.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.10.2 POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.10.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.11 Recepção das embalagens:			
5.2.11.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.11.2 POP descrito está sendo cumprido.			

5.2.11.3 POP contém as informações exigidas.			
5.2.12 Higienização das embalagens:			
5.2.12.1 Existência de POP estabelecido para este item.			
5.2.12.2 POP descrito está sendo cumprido.			
5.2.12.3 POP contém as informações exigidas.			
OBSERVAÇÕES:			

C - CONSIDERAÇÕES FINAIS

D - CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
Compete aos órgãos de vigilância sanitária estaduais e distrital, em articulação com o órgão competente no âmbito federal, a construção do panorama sanitário dos estabelecimentos industriais de água mineral natural e de água natural, mediante sistematização dos dados obtidos nesse item. O panorama sanitário será utilizado como critério para definição e priorização das estratégias institucionais de intervenção. ( ) Grupo 1 - Estabelecimento de baixo risco - 100% de atendimento dos itens referentes à Higienização da canalização, Higienização do reservatório, Recepção das embalagens e Higienização das embalagens e 76 a 100% de atendimento dos demais itens. ( ) Grupo 2 - Estabelecimento de médio risco - 100% de atendimento dos itens referentes à Higienização da canalização, Higienização do reservatório, Recepção das embalagens e Higienização das embalagens e 51 a 75% de atendimento dos demais itens. ( ) Grupo 3 - Estabelecimento de alto risco - não atendimento a um ou mais itens referentes à Higienização da canalização, Higienização do reservatório, Recepção das embalagens e Higienização das embalagens e 0 a 50% de atendimento dos demais itens.

E - RESPONSÁVEIS PELA INSPEÇÃO	
Nome e assinatura do responsável Matrícula:	Nome e assinatura do responsável Matrícula:

F - RESPONSÁVEL PELA EMPRESA
Nome e assinatura do responsável pelo estabelecimento

LOCAL:	DATA:

Diversos fatores podem afetar a qualidade da água envasada, utilizada para o consumo humano, tanto de ordem física como organizacional. Por essa razão o Grupo Afinidade 2 do Curso de Pós Graduação em Gestão de Vigilância Sanitária em Manaus, decidiu promover a inspeção nos estabelecimentos envasadores e distribuidores de água mineral em Manaus para apontar possíveis falhas, podendo intervir nos processos relacionados a esses estabelecimentos e integrar a força tarefa direcionada para o preparo dos serviços que serão ofertados à população antes e durante a Copa do Mundo 2014.

Pelo exposto e percebendo as lacunas deixadas pelos processos (baixa frequência de inspeção, laboratório avaliador não credenciado), o Grupo Afinidade 2 propõe a execução de uma ação de fiscalização desses estabelecimentos com a aplicabilidade de procedimentos de contra provas realizada por laboratórios de referência, cujos resultados serão comparados com os laudos apresentados pelosetor regulado para que sejam adotadas medidas de correção de possíveis irregularidades, não conformidades e infrações presentes no processo e garantir o consumo de uma agua devidamente monitorada e de boa qualidade.

OBJETO E OBJETIVOS

O Grupo Afinidade II tendo em vista o evento Copa do Mundo 2014 e o esperado alto consumo do produto “água mineral” principalmente pelos turistas estrangeiros, decidiu avaliar a qualidade da água mineral produzida no mercado manauara, em especial as envasadoras e distribuidoras instaladas no município de Manaus. Teremos como objetivo primário a exigência das condições sanitárias definidas pela legislação vigente. No processo, iremos inspecionar as envasadoras e distribuidoras já mencionadas, tomando a medida legal cabível, caso necessário, objetivando a adequação do produto “água mineral” aos padrões de potabilidade definidos pela legislação.

A implantação de inspeções de forma continuada, que é a proposta do grupo, vai possibilitar o monitoramento desses estabelecimentos e aumentar a segurança da saúde das pessoas. Além de intervir e melhorar os padrões e procedimentos adotados nesses estabelecimentos.

FUNDAMENTAÇÃO

O Decreto Lei Nº 7841 de 8 de agosto de 1945, define que “águas minerais são aquelas provenientes de fontes naturais ou de fontes artificialmente captadas que possuam composição química ou propriedades físicas ou físico-químicas distintas das águas comuns, com características que lhes confiram uma ação medicamentosa”. Da mesma forma a Resolução da Diretoria Colegiada(RDC) № 274, de 22 de setembro de 2005, explicita que “Água Mineral Natural: é a água obtida diretamente de fontes naturais ou por extração de águas subterrâneas. É caracterizada pelo conteúdo definido e constante de determinados sais minerais, oligoelementos e outros constituintes considerando as flutuações naturais”e que “Água Natural: é a água obtida diretamente de fontes naturais ou por extração de águas subterrâneas. É caracterizada pelo conteúdo definido e constante de determinados sais minerais, oligoelementos e outros constituintes, em níveis inferiores aos mínimos estabelecidos para água mineral natural. O conteúdo dos constituintes pode ter flutuações naturais”. Além disso, a referida legislação fixa a identidade e as características mínimas de qualidade da água mineral natural e água natural.

A RDC № 173 de 13 de setembro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Industrialização e Comercialização de Água Mineral Natural e de Água Natural, apresenta em seu ANEXO II a Lista de Verificação das Boas Práticas para Industrialização e Comercialização de Água Mineral Natural e de Água Natural, constituindo importante ferramenta para a avaliação do processo de produção e comercialização das águas envasadas consumidas em Manaus.

A presente proposta de intervenção consiste na visitação e inspeção de cinco estabelecimentos produtores e comercializadores de águas minerais naturais e águas naturais na Cidade. A inspeção consistirá da aplicação da Lista de Verificação de Boas Práticas contemplada na RDC № 173/06 e na coleta de amostras de água para averiguação dos padrões mínimos de potabilidade.

Caso sejam encontradas inconformidades, serão lavrados os devidos termos, estabelecidos os prazos para adequações e será realizada nova inspeção. É com pesar que ao avaliar o Código Sanitário de Manaus percebemos que o item água mineral não foi contemplada em nenhum dos seus artigos, porém consideramos que o mesmo data de 1997 e o repasse das atribuições através do processo de pactuação decorre nos

últimos 5 (cinco) anos. Dessa forma, em uma possível revisão do mesmo, o grupo toma a iniciativa de participar e contribuir com a proposição de temas relacionados com o objeto água mineral, de forma mais especifica.

PERCURSO METODOLÓGICO - Etapas do Projeto

1ª fase: Planejamento

a) Identificar estabelecimentos com atividade de envase e/ou distribuição de água mineral para consumo humano (elaborar lista contendo nome, CNPJ, endereço)
b) Seleção de Roteiro de Inspeção contemplando a legislação pertinente (documentação, estrutura física, controle de qualidade da água, boas práticas de produção e distribuição).
c) Elaboração de cronograma de execução (responsabilidades e prazos)

2ª fase: Intervenção

a) Inspeção dos estabelecimentos, identificação das não conformidades, autuação e concessão de prazo pela VISA (Auto de Infração e Termo de Intimação)
b) Elaboração de Relatório Situacional.

3ª fase: Monitoramento

a) Nova inspeção para verificação das adequações exigidas e/ou manutenção das condições sanitárias satisfatórias.
b) Adoção de medidas cabíveis (multa, interdição) nos casos de descumprimento das exigências sanitárias.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto aplicativo foi pensado levando em consideração a grande lacuna existente entre o que é preconizado na legislação e o que é ofertado à população principalmente em se tratando de qualidade na prestação de serviços segundo dados colhidos no programa oficial de Vigilância da Água. A exposição do ser humano ao risco de contaminação deve ser gerenciado, se não pode ser eliminado. Nesta seara, o município de Manaus é desprovido de um sistema de tratamento de efluentes, considerando que grande maioria dos despejos são lançados no solo, e que não conseguem atender com eficiência as demandas da população. A solução até hoje utilizada em maior escala são os sistemas de tratamento do tipo isolados – fossa séptica e sumidouro, inclusive recomendado no Código Sanitário do Município Decreto 3910/1997. Esse sistema de tratamento é bem aceito em comunidade de baixos índices de densidade demográfica, o que não corresponde a densidade demográfica do município de Manaus, resultando indubitavelmente em contaminação do solo e das águas subterrâneas por esses dejetos, e não é incomum nos depararmos com esgotos a céu aberto nas sarjetas e sendo lançados nas galerias de águas pluviais em diversos locais da cidade.

Considerando todo esse cenário, observa-se um considerável consumo de água envasada, muitas vezes chamadas de Água Mineral, liquido que por ser facilmente comercializado e que deverá ser a forma em que vai ser usado abundantemente no período da Copa do Mundo, no estádio, hotéis, restaurantes e domicílios.

Partindo desta premissa, o grupo de trabalho (GAF II) optou por abordar o tema com a proposição de fiscalização com a finalidade de verificação da qualidade da água mineral envasada e comercializada em Manaus e que será consumida pela população no evento copa do mundo 2014 - Brasil.

Com as equipes de trabalho definidas, tomando a precaução em compor cada equipe com pelo menos um Especialista em Saúde Fiscal do DVISA - SEMSA identificaremos os estabelecimentos objeto das inspeções para realizar levantamento situacional das condições físicas sanitárias e ambientais da indústria levantando as condições de potabilidade da água através das análises dos laudos físico-química e microbiológica realizadas pelo laboratório público de referência além de identificarmos os constituintes oligo minerais que caracteriza como mineral além de procurarmos os metais inclusive pesados que porventura venham a existir.

GESTÃO DO PLANO

Segundo Silva (1997), a gestão de um serviço de abastecimento de água fundamenta-se em um conjunto de dados, sobre os quais se criam informações para que possam ser exercidas as tomadas de decisões e ações efetivas. As informações se traduzem normalmente em indicativos como: número de consumidores, tamanho da rede, volume de água produzido, volume consumido.

Esses indicativos podem fornecer valiosas informações para o diagnóstico do sistema sendo chamadas de “guias” ou indicadores de gestão. Apesar de ser uma ferramenta eficaz para diagnóstico, a falta de uma cultura e de um maior rigor, faz com que o esperado não seja o que queríamos ter. Neste sentido se propõe uma revisão dos indicadores já propostos, para que após uma análise crítica seletiva possam ser estabelecidos os usos efetivos de indicadores de gestão dos sistemas de abastecimento de água no Brasil.

Segundo Chianca(2001) A coleta sistemática de informações sobre as ações, as características e os resultados de um programa, e a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios, passíveis de serem defendidos publicamente, para determinar o valor, a qualidade, utilidade, efetividade ou importância do programa sendo avaliado em relação aos critérios estabelecidos, gerando recomendações para melhorar o programa e as informações para prestar contas aos públicos interno e externo ao programa do trabalho desenvolvido

Os sistemas de abastecimentos de água têm pôr finalidade o transporte e a distribuição de água desde sua captação até os pontos de consumo, com garantia da qualidade do produto, dos serviços e de sua continuidade.

Podem-se descrever os objetivos fundamentais do controle e exploração dos sistemas abastecimentos de água em:

* Controle do grau de aproveitamento dos recursos disponíveis (água, energia, capital, infraestruturas).

* Controle da qualidade de água consumida e do serviço prestado aos usuários (consumidores).

* Controle dos custos de operação e manutenção do sistema.

Segundo Rochera (1998) Os fatores envolvidos no cumprimento dos objetivos relacionados ao que se pretende gerenciar são muitos. Eles devem ser tratados de forma adequada na hora de analisar a situação do abastecimento para que possam guiar a sua gestão.

De acordo com ALEGRE (1997), muitas técnicas e ferramentas podem ser utilizadas para a avaliação do cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos como manuais, inventários, metas, orçamentos, etc. Porém uma das principais técnicas do controle de gestão baseia-se em indicadores que se propõe exprimir o nível de uma atividade em uma determinada área, durante um determinado período de tempo, permitindo, de forma simplificada, comparações e análises para a tomada de decisão.

É válido lembrar que o modelo de gestão é influenciado diretamente pela forma de prestação dos serviços adotada pelo município. Este trabalho está direcionado para toda rede regulada detentora de Alvará de Funcionamento que comercializa água em Manaus. O grupo formado por engenheiros, assistente social, nutricionista, veterinário, médico e jornalista foi dividido em quatro equipes e cada uma delas foi eleita para fazer a inspeção em um determinado estabelecimento.

As inspeções avaliaram as instalações físicas e processos que envolvem a produção e envase. Encontramos irregularidades como infiltração nas paredes da sala de injeção plástica, mau estado de conservação das superfícies das paredes, com falta de integridade, presença de corrosão nos equipamentos, ralos com grelhas desprovidas de dispositivos de fechamento e com sujidades impregnadas, laudos técnicos físico químicos e microbiológicos emitidos por terceirizado e o estabelecimento não possui laboratório próprio de controle de qualidade. As amostras são realizadas mensalmente. Os laudos são expedidios pelo CPRM. No momento da inspeção pudemos constatar outras irrgularidades como a Licença Sanitária emitida pelo Departamento de Vigilância Sanitária Municipal expirada, e a inspeção para a emissão da licença já havia sido realizada, porém a reinspeção com a finalidade de verificação do cumprimento do plano de ação ainda estava pendente. As não conformidades encontradas eram relativas a organização, pois havia materiais saneantes deixados em locais inapropriados como na esteira da produção, equipamentos de limpeza abandonados no salão de expedição, ausência de ralos com dispositivos de fechamento na sala de envase e ainda revestimentos inapropriados como papelão nas mesas de manipulação da mesa de

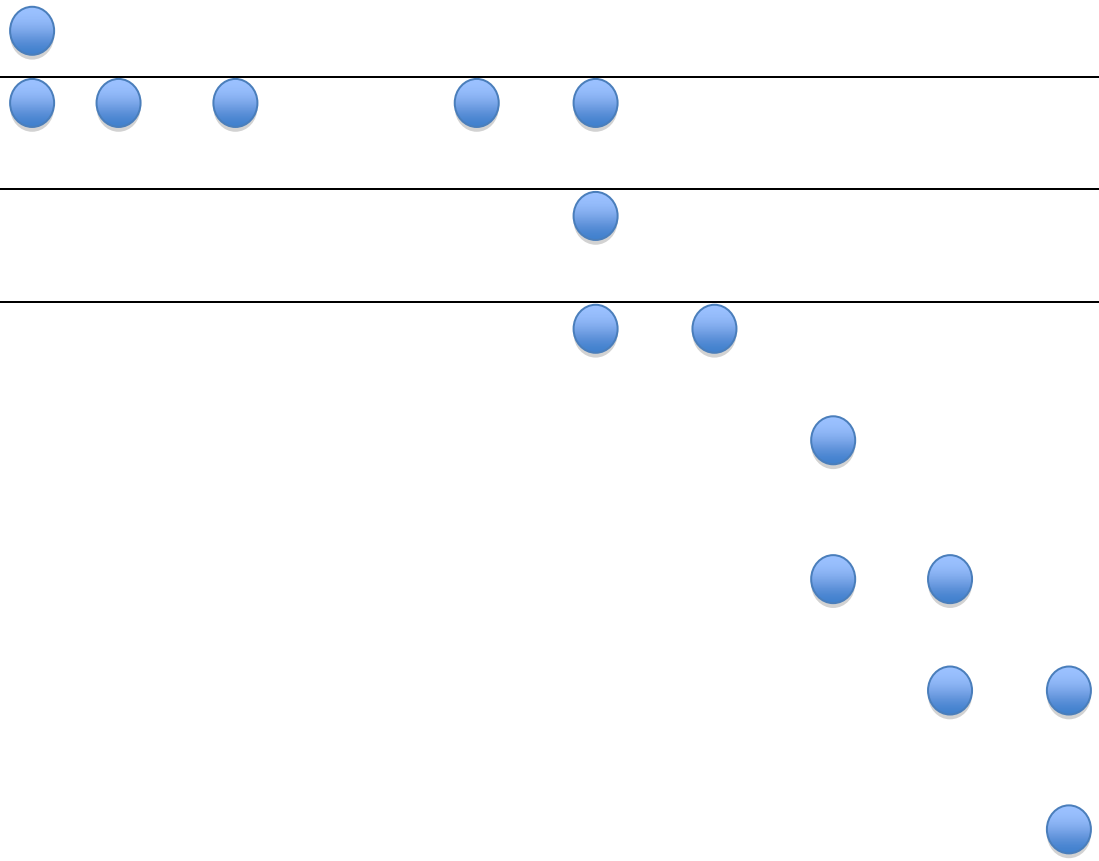
apoio em aço inox. A Distribuidora possui laboratório de controle de qualidade, faz analise de alguns parâmetros no laboratório como microbiológicos - coli termo tolerantes e fecais, e medições de pH, Condutividade, turbidez, de maneira que há um empenho por parte do estabelecimento em manter uma politica de qualidade em favor da melhoria no fornecimento do produto.

Em um único estabelecimento a documentação solicitada, com destaque para os laudos de qualidade físico-química e microbiológica, realizados mensalmente por CQLAB Consultoria e Controle de Qualidade; o último laudo foi emitido em março de 2014 com resultados satisfatórios. A análise da qualidade mineral é realizada a cada três anos pelo Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM); o laudo atual data de agosto de 2013 e classifica a amostra como “água mineralfluoretada, hipotermal na fonte”. As irregularidades encontradas foram: Licença Sanitária vencida há dois anos; presença de oxidação nas estantes metálicas da área de armazenamento das garrafas de água pós-envase; instalações sanitárias em más condições de higiene e limpeza; ausência de sabonete líquido, toalha descartável e tampa e pedal nas lixeiras dos banheiros; ausência de divisórias entre os chuveiros instalados nos vestiários masculinos e femininos; ausência de lavatório e barreira sujo/limpo na antecâmara da área de envase; paredes com superfícies irregulares, carecendo de renovação na pintura.

Anexo I

CRONOGRAMA

	Set/13	Out/13	Nov/13	Dez/13	Jan/14	Fev/14	Mar/14	Abr/14	Mai/14	Jun/14
Definição do Tema										
Elaboração do PA										
Apresentação do PA										
Ajuste do Tema										
Coleta de amostras										
Análise de dados										
Reinspeção e Adequações										
Apresentação do PA										



BIBLIOGRAFIA

http://www.meau.ufba.br/site/publicacoes/gestao-dos-servicos-de-abasteciemnto-agua-e-esgotamento-sanitario-no-estado-da-bahia, acessado em 12-01-2012;

Rochera, E.C: Propuesta de estructura de um sistema de indicadores de gestión, Conferencia 8 do curso “Optimizacion de La explotación de abastecimientos mediante indicadores de géstion”, Grupo mecânica de Fliodos, UniversidadPolitecnica de Valencia, Valencia-Espanha (1998);

Alegre, H., Baptista, J. M. Faria, A. L.: A General Framework of Performance Indicators in the Scope of Watersupply, IWSA, Workshop of Perfomance Indicators for Transmission and Distribution System, Lisbo, Portugal (1997).

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) №173 de 13 de setembro de 2006;

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) № 274 de 22 de setembro de 2005;

Decreto Lei № 7841 de 08 de agosto de 1945.

ALDAIZA MALTECA
ANA CAROLINA RODRIGUES AMORIM
DENISE MAIR DE MARCO E SOUZA
LUZIA MARIA BELO
MARCEL OLIVEIRA BATAIERO
NEIDE DA CRUZ
PEDRO LUIZ CHRISTE ROSCHEL
SHEILA CHAVES SERPA
VILMA REGINA CUOFANO BOMBONATTE

GESTÃO DO RISCO SANITÁRIO NO CONSUMO DE ALIMENTOS NA FESTA JUNINA DE MAUÁ/SP

São Paulo 2013-14

ALDAIZA MALTECA
ANA CAROLINA RODRIGUES AMORIM
DENISE MAIR DE MARCO E SOUZA
LUZIA MARIA BELO
MARCEL OLIVEIRA BATAIERO
NEIDE DA CRUZ
PEDRO LUIZ CHRISTE ROSCHEL
SHEILA CHAVES SERPA
VILMA REGINA CUOFANO BOMBONATTE

GESTÃO DO RISCO SANITÁRIO NO CONSUMO DE ALIMENTOS NA FESTA JUNINA DE MAUÁ/SP

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

São Paulo 2013-14

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Amorim, Ana Carolina Rodrigues; Bataiero, Marcel Oliveira Belo, Luzia Maria; Bombonatte, Vilma Regina Cuofano; Cruz, Neide da; Malteca, Aldaiza; Marco e Souza, Denise Mair de; Roschel, Pedro Luiz Christe; Serpa, Sheila Chaves.

Gestão do risco sanitário no consumo de alimentos na Festa Junina de Mauá/SP. São Paulo, 2014.
24 p.

Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária 2013-4 / Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
Orientadora: Rosemairy Norye Inamine.

1. Vigilância Sanitária 2. Risco em Saúde
3. Eventos de Massa 4. Gestão em saúde.
5. I. Título.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

O presente Projeto Aplicativo foi idealizado como ferramenta de apoio às ações de planejamento, organização, execução e avaliação da Festa Junina do município de Mauá/SP, propondo intervenção na gestão do risco sanitário inerente à manipulação de alimentos, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos produtos e serviços oferecidos nas estruturas temporárias do comércio de alimentos (barracas), por meio de requisitos constantes em edital de licitação, elaboração de Roteiro de Inspeção Simplificado, inspeções sanitárias durante o evento e avaliação dos indicadores de saúde gerados por dados coletados durante o processo.

Palavras Chave: Vigilância Sanitária; Risco em Saúde; Eventos de Massa; Gestão em saúde.

LISTA DE SIGLAS

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

BPMA – Boas Práticas de Manipulação de Alimentos

DTA – Doença Transmitida por Água e Alimentos

GAF-4 – Grupo Afinidade 4

GVISA2 – Curso de Gestão da Vigilância Sanitária segunda edição

OT – Oficina de Trabalho

OTPA – Oficina de Trabalho do Projeto Aplicativo

PA – Projeto Aplicativo

PES – Planejamento Estratégico Situacional

VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO 8
2 - JUSTIFICATIVA 9
3 - OBJETIVOS 11
3.1 – OBJETIVO GERAL 11
3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS 11
4 - MATERIAL E MÉTODO 12
5 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 14
6 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO 17
7 - RESULTADOS ESPERADOS 18
8 - REFERÊNCIAS 19
9 - ANEXOS 21

1 - INTRODUÇÃO

À época da colonização do Brasil, os portugueses introduziram em nosso país muitos aspectos da cultura europeia, dentre os quais, destacam-se as festas juninas, cuja origem remonta ao período pré-gregoriano, como uma festa pagã em comemoração às boas colheitas e a fertilidade da terra, coincidindo com o solstício de verão, no dia 24 de junho.

Também conhecidas como Joaninas, essas festas receberam esse nome para homenagear João Batista, primo de Jesus, que batizava as pessoas, segundo as escrituras bíblicas, purificando-as para a vinda do Salvador. Desta forma, passou a ser uma comemoração da igreja católica, onde são homenageados três santos: no dia 13 de Junho, Santo Antônio; no dia 24, São João; e no dia 29, São Pedro.

A despeito de ter origem europeia, os povos indígenas e os negros que viviam no Brasil não tiveram dificuldade em aceitá-las, até mesmo pela similaridade com as comemorações de suas culturas, deste modo as Festas Juninas foram sendo difundidas em todo o território nacional. As comidas típicas à base de milho tornaram-se presentes em razão de coincidir com a época das colheitas da safra de milho. Com esse cereal são desenvolvidas várias receitas, como bolos, caldos, pamonhas, bolinhos fritos, curau, pipoca, milho cozido, canjica, dentre outros(1).

Cabe ainda notar que, com o passar dos anos, as festas juninas ganharam outros símbolos característicos, como as fogueiras, considerando que as festas são realizadas no mês mais frio no hemisfério sul. Ademais, várias brincadeiras passaram a caracterizar a festa, como o pau de sebo, o correio elegante, os fogos de artifício, o casamento na roça, entre outros, com o intuito de animar ainda mais a festividade.

No estado de São Paulo, uma das Festas Juninas mais tradicionais acontece na cidade de Mauá, sede do município de Mauá, com uma população de, aproximadamente, 450.000 mil habitantes(2), localizando-se na região metropolitana da cidade de São Paulo e tendo limites com as cidades de Santo André, São Paulo, Ribeirão Pires e Ferraz de Vasconcelos.

Naquele município, a comemoração teve início em 1984 e tornou-se um marco dos festejos juninos do estado, tornando-se maior e mais tradicional com o passar dos anos, além de contar com a apresentação de grandes nomes da música popular e presença de milhares de residentes e moradores das redondezas.

Durante todo o mês de junho de 2014, será comemorada a 30ª edição do evento, que será organizado aos finais de semana (sexta, sábado e domingo) no estacionamento do Paço Municipal, contando com 40 barracas de comidas típicas, um parque de diversão, além dos shows e a presença de, aproximadamente, 25 mil pessoas por noite – ou seja, um evento de massa.

Salienta-se que a realização de eventos de massa não só é importante para o desenvolvimento econômico e social da região, seja por meio da geração de empregos e renda, mas também abre portas para iniciativas de qualificação profissional e de melhorias na prestação de serviços. Neste sentido, configuram-se como um momento em que as cidades podem aproveitar para se revitalizarem e se modernizarem nas áreas da gestão pública, infraestrutura e urbanismo[3].

Considerando este panorama, evidencia-se a necessidade de ofertar produtos e serviços seguros aos participantes, expectadores, trabalhadores, colaboradores e voluntários, representando um desafio para o setor saúde, e em especial, para a Vigilância Sanitária (VISA), demandando planejamento e convergência de esforços do setor público e privado.

2 - JUSTIFICATIVA

Os eventos de massa podem superar a capacidade de resposta da rotina dos serviços de vigilância sanitária e assistência à saúde do sistema local. Portanto, é necessário ofertar produtos e serviços seguros aos participantes, trabalhadores, colaboradores e voluntários, a fim de prevenir ou, ao menos, mitigar os riscos sanitários relacionados à alimentação, bem como preparar-se para responder imediatamente a situações imprevistas.

Neste contexto, a Vigilância Sanitária deve desenvolver estratégias específicas para o controle do comércio ambulante de produtos, em observância à legislação, incluindo ações de orientação aos responsáveis pelas estruturas temporárias. Ademais, a 30ª Festa Junina de Mauá/SP ocorrerá concomitantemente aos jogos da Copa do Mundo de 2014, que se realizarão no Brasil, sendo que o município está localizado em região próxima à Zona Leste da cidade de São Paulo, que será uma das cidades-sede da Copa do Mundo, região bastante populosa, com acesso facilitado pela existência do anel viário, que liga as duas cidades.

Sendo assim, o presente projeto será baseado no arcabouço teórico da gestão do risco sanitário (ou gerenciamento do risco sanitário), que tem os seguintes princípios [4]:

1. Avaliação de risco, conhecimentos científicos sobre os perigos e riscos em toda a extensão da cadeia de produção e consumo, os métodos de controle, os efeitos prejudiciais à saúde e os grupos da população vulneráveis ou expostos;
2. Gestão de risco, processo de decisão sobre as opções de gestão que deve contemplar as incertezas, as consequências, a viabilidade técnica, política e econômica, entre outros fatores; e

3. Comunicação de risco, difusão das informações às partes interessadas, de forma transparente, a fim de garantir a sua adequada participação e a gestão eficaz dos riscos.

Note-se que o conceito de perigo em alimentos foi definido pela Comissão do *Codex Alimentarius* como qualquer propriedade biológica, física ou química que possa tornar um alimento prejudicial para o consumo humano[5], podendo provocar Doença Transmitida por Água e Alimentos (DTA).

Na perspectiva de contribuir para a gestão do risco sanitário dos alimentos oferecidos aos participantes pelas barracas cadastradas para o evento, os integrantes do Grupo Afinidade 4 (GAF-4) da 2ª edição do curso de especialização em Gestão em Vigilância Sanitária (GVISA2), propuseram o presente Projeto Aplicativo (PA), idealizado, a partir de diversas Oficinas de Trabalho (OT), como ferramenta de apoio às ações de planejamento, organização, execução e avaliação da Festa Junina do município de Mauá/SP, propondo intervenção na gestão do risco sanitário inerente à manipulação de alimentos, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos produtos e serviços oferecidos nas estruturas temporárias do comércio de alimentos (barracas), por meio de requisitos constantes em edital de licitação, elaboração de Roteiro de Inspeção Simplificado, inspeções sanitárias durante o evento e avaliação dos indicadores de saúde gerados por dados coletados durante o processo.

3 - OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Prevenir/reduzir os danos à saúde relacionados ao consumo de alimentos comercializados nas barracas cadastradas para o evento, tendo como Projeto-Piloto a 30ª Festa Junina de Mauá/SP.

3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aprimorar a qualidade dos alimentos oferecidos nas barracas;
2. Aprimorar a prática de trabalho, por meio do oferecimento do Curso de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos – BPMA, a todos os manipuladores presentes nas barracas cadastradas para o evento;
3. Capacitar os manipuladores para reconhecer os riscos associados ao consumo dos alimentos oferecidos durante o evento;
4. Avaliar o desempenho das ações de gestão do risco sanitário nas barracas, por meio de inspeções sanitárias e apuração das possíveis denúncias a serem registradas;
5. Aprimorar instrumentos de aplicação e avaliação, para efetivar ações de monitoramento em eventos vindouros.

4 - MATERIAL E MÉTODO

A metodologia para elaboração do Projeto Aplicativo percorreu uma espiral construtivista de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), por meio de cinco Oficinas de Trabalho do Projeto Aplicativo (OTPA), segundo o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Note-se que o PES é uma metodologia de planejamento estratégico de governo que insere cenários futuros e incertos, desenvolvida pelo economista chileno Carlos Matus, no período de 1970 a 1973, e que possui os seguintes elementos básicos: planejamento, ator social, problema, situação, poder e triângulo de governo – projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo[6, 7 e 8].

Definindo de outra forma, o PES é um planejamento orientado por problemas mal estruturados e complexos, tratados nas suas múltiplas dimensões (política, econômica, social, cultural, etc), considerando a intersetorialidade dessas dimensões. São quatro os momentos do método: (i) explicativo, (ii) normativo, (iii) estratégico e (iv) tático-operacional [6, 7 e 8].

Neste contexto, diversas atividades do GVISA2, relacionadas ao tema Planejamento, contribuíram para a elaboração deste do Projeto Aplicativo, destacando-se as seguintes:

OTPA1: Identificando Problemas na Atenção à Saúde, na Gestão em Saúde e/ou na Educação na Saúde na Região.

Foi uma primeira abordagem do PA escolhido, relativo ao evento de massa da Festa Junina de Mauá. Discutiu a percepção do grupo sobre a realidade e os problemas identificados que causam desconfortos em relação ao atual contexto/conjuntura do cuidado à saúde na região. Cada participante elegeu três desconfortos, cada qual escrito em uma tarjeta, totalizando 27 tarjetas. Os desconfortos foram agrupados por afinidade, em macroproblemas, mas também poderiam ser tratados com a ferramenta “Árvore Explicativa de Problemas” ou outra ferramenta semelhante.

OTPA2: Priorizando e explicando o problema objeto do Projeto Aplicativo.

O GAF-4 agrupou os problemas por afinidade e classificou-os por prioridade para o PA: (i) falta de infraestrutura; (ii) intersetorialidade; (iii) falta cadastramento/burocratização; (iv) qualificação dos recursos humanos; (v) sistema de informação deficitário; (vi) o papel da VISA municipal. Depois disso definimos o enunciado do problema do PA. O que: consumo de alimento. Onde: festa junina de Mauá. Quem: vendedor de alimentos. Objetivo: melhoria

da qualidade dos alimentos. Enunciado: Gestão do risco sanitário no consumo de alimentos na festa junina de Mauá/sp[9,10].

OTPA3: Identificando Indicadores e Atores Sociais Relevantes.

Este é o Momento Explicativo ou de Análise Situacional do PA. Uma vez definido o enunciado do problema: Gestão do Risco Sanitário no Consumo de Alimentos na Festa Junina de Mauá/SP, em GAF-4 discutimos, elegemos e justificamos os cinco Indicadores de Saúde que serão utilizados no monitoramento e avaliação do PA: indicadores de estrutura, de processo e de resultado. Depois, elegemos os Atores Sociais Relevantes, utilizando a Matriz de Identificação e Relevância desenvolvida por Matus[6]. A apresentação do PA e o pôster foram discutidos em fórum de EAD.

OTPA4: Construção da Intervenção.

É o Momento Normativo do PA que, segundo Matus, é uma “aposta” em um conjunto de operações que deve gerar um “resultado visando alterar a situação do problema”. Em GAF-4 demos continuidade à construção do PA definindo operações e ações, iniciando a construção da proposta de intervenção e pactuando as ações. Para cada objetivo específico discutimos qual era a ação de intervenção. Para a Festa Junina de Mauá pactuamos os requisitos: (i) da Estrutura, (ii) da Procedência dos Alimentos e Bebidas, (iii) da Lista dos Alimentos, (iv) da Documentação, (v) da Paramentação, (vi) da Capacitação em Boas Práticas (módulo preparação e módulo evento) [7,8].

OTPA5: Revendo e dando continuidade à elaboração do PA.

Nesta OTPA5 verificamos a coerência e consistência do plano. Enquanto coerência se refere ao relacionamento entre partes, consistência se refere a um conceito interno ao plano. Fizemos uma revisão das etapas anteriores de elaboração, execução, monitoramento e avaliação. Elaboramos o Cronograma de Atividades, participantes, prazos e responsáveis para a conclusão do PA. Na etapa seguinte fizemos uma apresentação para os colegas em “Socialização dos PAs” [7,8,9].

5 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando que a intervenção da VISA em um evento de massa deve abranger as etapas “antes, durante e pós-evento”, ou seja, começar desde o planejamento e encerrar com a avaliação do evento, a VISA deverá elaborar um relatório com as recomendações, ações corretivas e preventivas, utilizando os indicadores de saúde e os registros de ocorrências para a melhoria do próximo evento de massa, numa espiral construtivista.

Sendo assim, a partir dos objetivos propostos neste PA, pactuamos os requisitos que devem constar em Edital de Licitação, especialmente no tocante à documentação, de modo a garantir a sua ciência pelos responsáveis pelas barracas e, consequentemente, a sua execução. São eles:

(i) Da Estrutura

- Equipamentos em boas condições de uso;
- Utensílios laváveis;
- Proteção de acrílico para os doces;
- Proibição de uso de utensílios de material não sanitário (ex. madeira, etc);
- Coletor de lixo com tampa e pedal e sacos de lixo.

(ii) Da Procedência dos Alimentos e Bebidas

- Alimentos de origem animal inspecionados pelo município, estado ou união[11];
- Bebidas destiladas com procedência;
- Alimentos de origem animal e bebidas destiladas sujeitas à comprovação de procedência por meio de Nota Fiscal;
- Alimentos deverão vir pré-preparados para as barracas;
- Transporte dos alimentos em isolox;
- Alimentos embalados em papel filme e acondicionados em recipientes fechados.

(iii) Da Lista dos Alimentos e Bebidas

- Definir a lista de alimentos, condimentos e bebidas destiladas, fermentadas e preparadas, de modo a considerar previamente o risco potencial de DTA.

(iv) Da Documentação

- Cadastro do responsável pela barraca na prefeitura;

- Cadastro afixado na barraca;
- Certificado de participação no curso de BPMA de cada pessoa presente na barraca;
- Crachás de identificação das pessoas da barraca.

(v) Da Paramentação a ser usada pelos presentes nas barracas

- Touca;
- Roupa limpa com manga;
- Avental impermeável;
- Sapato fechado.

(vi) Da Capacitação em Boas Práticas de Manipulação de Alimentos (dois módulos)

- Módulo de Preparação e Módulo do Evento
- Condições higiênico-sanitárias na preparação, conservação e transporte dos alimentos;
- Paramentação e conduta higiênica dos manipuladores;
- Conceito, riscos e exemplos de DTA[(5)];
- Ausência de pessoas não capacitadas pelo curso de BPMA.

Ademais, este PA apresenta os seguintes indicadores de saúde, que tem potencial para permitir a construção de uma série histórica para a comparação da evolução dos resultados da intervenção, bem como as justificativas para sua utilização:

Tabela 1 – Matriz de Identificação de Indicadores. GVISA, 2014.

NÚMERO	DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE	META
1.	Razão de agentes sanitários por "barracas" na festa junina de Mauá por final de semana	Número de agentes a por final de semana / Número de barracas	Secretaria de Governo VISA Municipal	Avaliar a capacidade de cobertura do evento por parte da VISA Municipal
2.	Percentual de manipuladores capacitados para boas práticas de manipulação de alimentos por final de semana	Manipuladores capacitados / Total de manipuladores *100	VISA Municipal	Capacitar todos os manipuladores no curso de boas práticas para manipuladores de alimentos
3.	Percentual de inspeções de vigilância sanitária na festa junina de Mauá	Nº inspeções / Total de barracas por final *100	VISA Municipal	Avaliar as ações de vigilância durante a realização do evento

4.	Percentual de atendimento às denúncias do evento	Nº denúncias procedentes atendidas / Nº denúncias recebidas *100	Disque denúncia (156) Secretaria da Saúde (0800) VISA Municipal (in loco)	Avaliar a eficiência das ações de visa no atendimento às denúncias
5.	Nº de denúncias procedentes do evento	Nº total de denúncias sanitárias recebidas no evento	Disque denúncia (156) Secretaria da Saúde (0800) VISA Municipal (in loco)	Avaliar a qualidade sanitária do evento para visitantes

Fonte: GAF-4

1. Razão de agentes sanitários por “barracas” na Festa Junina de Mauá por final de semana = Indica a força de trabalho de agentes sanitários que foi disponibilizada para as atividades por final de semana. Serve para melhorar o planejamento de eventos futuros e constatar se houve excesso ou falta;
2. Percentual de Manipuladores capacitados para as BPMA por final de semana = indica o alcance da capacitação, a meta é atingir 100%. Também será útil em eventos futuros, para que seja sempre melhorado anualmente;
3. Percentual de inspeções de vigilância sanitária na Festa Junina de Mauá = a inspeção serve para verificação da conformidade com o Roteiro de Inspeção (Anexo 1);
4. Percentual de atendimento às denúncias do evento = indicador da eficiência da VISA para a investigação de denúncias. Quanto maior esse número, mais eficiente foi o serviço de investigação da VISA. Servirá de comparação para os eventos futuros e poderá ser melhorado anualmente;
5. Nº de denúncias procedentes do evento = indica a qualidade sanitária do evento segundo a opinião dos visitantes, orienta a fiscalização para agir em casos de risco sanitário. Número absoluto, quanto menor for, menor o risco sanitário do evento sob a ótica dos visitantes. Servirá de comparação para os eventos futuros e poderá ser melhorado anualmente.

6 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Tabela 2 – Dados da Atividade. GVISA, 2014.

ETAPA	DADOS DA ATIVIDADE			
	ATIVIDADE	**PARTICIPANTES**	**PRAZO**	**RESPONSÁVEL**
1	Planejamento e Organização	GAF-4	27/05	TODOS
2	Elaboração do roteiro de inspeção	GAF-4	05/05	Sheila Chaves Serpa
3	Levantar nº de técnicos responsáveis pela capacitação	Município de Mauá	05/05	Sheila Chaves Serpa
4	Curso de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	Município de Mauá	Junho/2014	Aline Aparecida Silva
5	Datas de Realização dos Cursos	Município de Mauá	Junho/2014	Sheila Chaves Serpa
6	Inspeção as estruturas temporárias de comércio de alimentos	Município de Mauá (3 duplas de técnicos)	Junho/2014	Sheila Chaves Serpa
7	Avaliação dos resultados	Município de Mauá (3 administrativos)	07/07/14	Sheila Chaves Serpa

Fonte: GAF-4

7 - RESULTADOS ESPERADOS

- Construir, a partir dos dados coletados, os indicadores de saúde constantes da Matriz de Identificação de Indicadores;
- Documentar os resultados por meio de relatório, incluindo recomendações, ações corretivas e preventivas;
- Implementar mudanças na elaboração do Curso de BPMA;
- Induzir a presença de manipuladores capacitados pelo Curso de BPMA;
- Contribuir para a gestão do risco sanitário dos alimentos oferecidos aos participantes da 30ª Festa Junina de Mauá;
- Auxiliar na construção de projetos futuros, dentro do município, relacionando os resultados deste projeto piloto.

8 - REFERÊNCIAS

1. Barros J. Origem da Festa Junina. Equipe Brasil Escola. [acesso em 20 jul 2014]. Disponível em: http://www.brasilescola.com/datas-comemorativas/festa-junina.htm
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 20 jul 2014]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/histórico
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Operativo de Vigilância Sanitária para eventos de massa; 2014. [acesso em 20 jul 2014]. Disponível em: http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/cUkv
4. Figueiredo AVA, Miranda MS. Análise de Risco aplicada aos alimentos no Brasil: perspectivas e desafios. Ciência e Saúde Coiletiva; 2010. 16(Supl.4): 2251-2262. [acesso em 20 jul 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a24.pdf
5. Baptista P, Venâncio A. Manual 4: Os perigos para a segurança alimentar no processamento de alimentos. Guimarães: Forvisão – Consultoria em Formação Integrada Lda.; 2003. p. 10-16. [acesso em 20 mai 2014]. Disponível em: http://www.esac.pt/noronha/manuais/manual_4_perigos.pdf
6. Matus C. Método MAPP. Método ALTADIR de planificación popular. Maracaibo: Fondo Editorial Altadir, 2ª edición; 1998. [acesso em 23 mai 2014]. Disponível em:http://www.santacruz.gov.ar/salud/concursos/MATUS%20%20M%C3%A9todo%20MAPP.pdf
7. Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. (Série Desenvolvimento Local; Cadernos da Oficina Social, 3). [acesso em 23 mai 2014]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001709
8. Mattos RA. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Aug; 15 (5): 2327-2336. [acesso em 23 mai 2014]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a08.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. Diário Oficial da União 13 jun 2013. [acesso em 20 jul 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1139_10_06_2013.html

10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 49, de 31 de outubro de 2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências. Diário Oficial da União 1 nov 2013 [acesso em 10 dez 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0049_31_10_2013.pdf

11. Brasil. Lei nº. 7.889 de 23 de novembro de 1989. Dispõe sobre inspeção sanitária e industrial dos produtos de origem animal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 24 nov 1989. [acesso em 10 dez 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7889.htm

12. Padilha, PR. O "Círculo de Cultura" na perspectiva da intertransculturalidade; 2007. [acesso em 20 jun 2014]. Disponível em: http://siteantigo.paulofreire.org/pub/Institucional/PauloRobertoPadilhaArtigosIt0002/O_C%EDrculo_de_Cultura_na_persepectiva_intertranscultural_-_vers%E3o_final.pdf

9 - ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DE INSPEÇÃO DE BARRACAS DA FESTA JUNINA
(Baseado no roteiro de inspeção da Portaria CVS 05 de 09 de abril de 2013)

Higiene e Saúde dos Funcionários

1 – Os funcionários encontram-se aparentemente saudáveis, observadas as ausências de lesões cutâneas e de sinais e sintomas de infecções respiratórias e oculares.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

2 – Os funcionários apresentam-se asseados, com mãos limpas, unhas curtas, sem esmalte ou adornos.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

3 – Os uniformes dos funcionários apresentam-se limpos.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

4 – Os equipamentos de proteção individual (quando necessários) são utilizados.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

5 – Foram observados hábitos e comportamentos que evitam a contaminação dos alimentos, durante as atividades de produção.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

Higiene durante o fluxo de manipulação

6 – Embalagens, matérias-primas, ingredientes, alimentos preparados, que necessitam ou não de refrigeração ou congelamento são identificados, protegidos e armazenados adequadamente, de acordo com suas características e necessidades de localização, organização e controle de temperatura.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

7 – Os alimentos expostos ao consumo imediato encontram-se protegidos contra sujidades e/ou insetos.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

8 – O pagamento de despesas ocorre em local específico e reservado e o funcionário do caixa não manipula os alimentos.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

Higiene do ambiente

9 – Os procedimentos de higienização do ambiente e das instalações são adequados.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

10 – Os produtos saneantes são rotulados, adequados e armazenados separadamente dos alimentos.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

Qualidade da água

11 – Existe ponto de água potável adequadamente instalado, para higienização das mãos dos manipuladores, devidamente provido de papel toalha e sabonete líquido neutro.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

12 – O gelo utilizado para entrar em contato com alimentos e bebidas é produzido com água potável e manipulado com higiene.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

Manejo do lixo e esgoto

13 – Na área de produção, o lixo é depositado em recipientes com tampas acionadas por pedal.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

14 – Há um sistema de lançamento de esgoto adequado (área afastada das barracas).

( ) Sim ( ) Não ( )NA

Higiene dos equipamentos

15 – Equipamentos, utensílios e móveis são de fácil higienização, não transmitem substâncias tóxicas, odores ou sabores aos alimentos e têm as partes de maior risco protegidas, tais como motor, prensa, peça cortante, sucção, correia e outros.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

16 – Refrigeradores e *freezers* estão adequados às necessidades, quanto ao estado de conservação, higienização e controle de temperatura, assim como os volumes e as disposições dos alimentos naqueles equipamentos estão adequados.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

Campanhas Estaduais

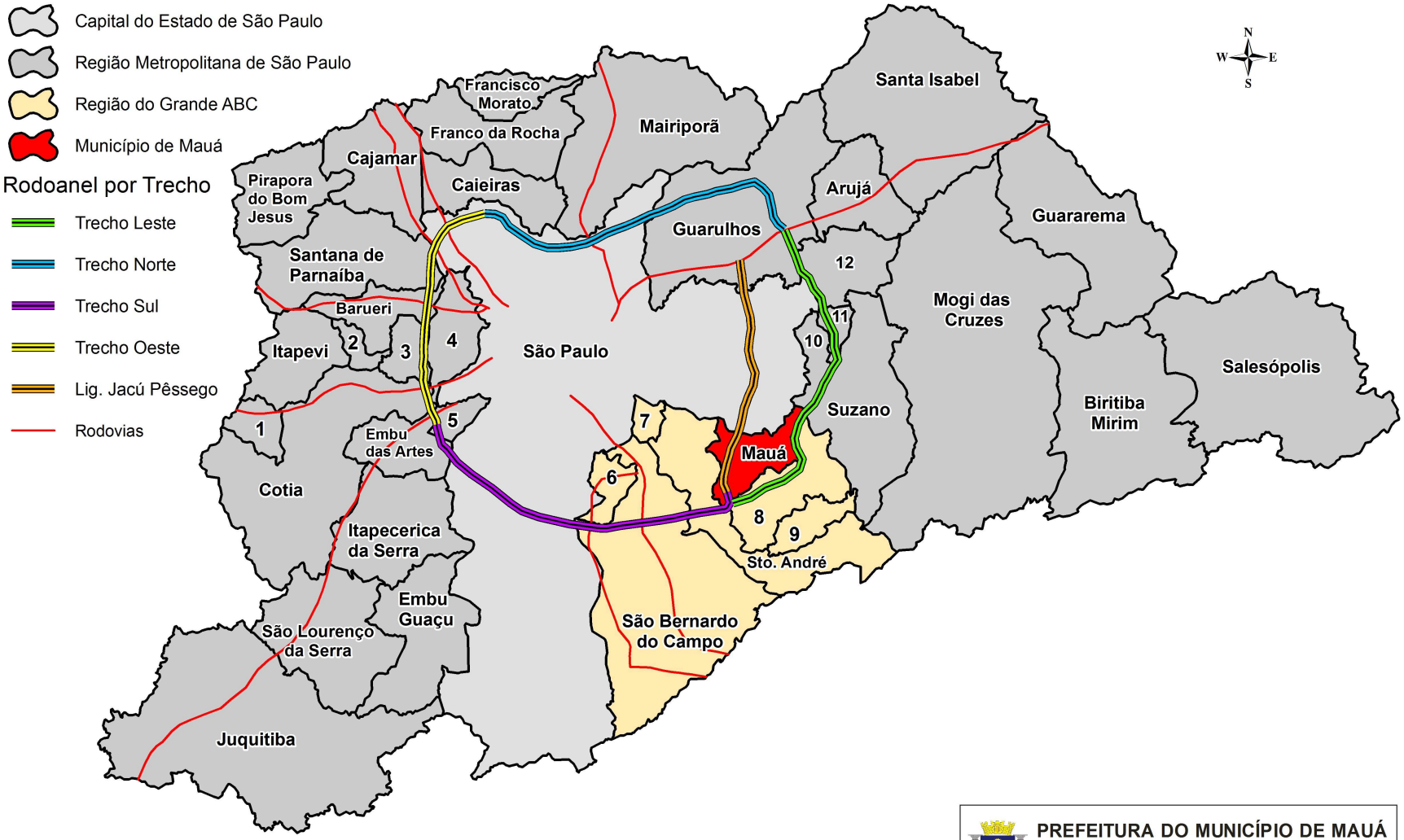
17 – A barraca está devidamente identificada com a placa de aviso de proibição do consumo de produtos fumígenos referente à campanha ambientes saudáveis e livres do tabaco conforme lei nº 13541 de 07 de maio de 2009.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

18 – A barraca esta devidamente identificada com a placa referente à campanha de prevenção ao consumo de álcool na infância e na adolescência, conforme lei nº 14.592 de 19 de outubro de 2011.

( ) Sim ( ) Não ( )NA

ANEXO 2 - MAPA DA REGIÃO



1	Vargem Grande Paulista	4	Osasco	7	São Caetano do Sul	10	Ferraz de Vasconcelos
2	Jandira	5	Taboão da Serra	8	Ribeirão Pires	11	POA
3	Carapicuíba	6	Diadema	9	Rio Grande da Serra	12	Itaquaquecetuba

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO URBANO - SPU
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO URBANO E INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS - CIEP

Fonte: Site da Prefeitura do Município de Mauá, S/D.

ANA VALÉRIA PIRES DE OLIVEIRA
ANA VIRGÍNIA COSTA DE MEDEIROS
ARESA DO NASCIMENTO ALBUQUERQUE JUSTINO
BENIZE FERNANDES DE LIRA
EDILZA MARIA DE ARAÚJO
GUSTAVO SOLANO
MARIA KALIANE SILVESTRE
NOELMA MARCINA NOGUEIRA DE SOUZA
POLYANNA DANTAS
VALÉRIA CUNHA

GESTÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA A PARTIR DE UMA ESTRATÉGIA DE PACTUAÇÃO E ATUAÇÃO INTERSETORIAL

Natal/RN
Junho-2014.

ANA VALÉRIA PIRES DE OLIVEIRA
ANA VIRGÍNIA COSTA DE MEDEIROS
ARESA DO NASCIMENTO ALBUQUERQUE JUSTINO
BENIZE FERNANDES DE LIRA
EDILZA MARIA DE ARAÚJO
GUSTAVO SOLANO
MARIA KALIANE SILVESTRE
NOELMA MARCINA NOGUEIRA DE SOUZA
POLYANNA DANTAS
VALÉRIA CUNHA

GESTÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA A PARTIR DE UMA ESTRATÉGIA DE PACTUAÇÃO E ATUAÇÃO INTERSETORIAL

Projeto Aplicativo Apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão em Vigilância Sanitária.
Orientador: José Antônio de Moura

Natal/RN
Junho – 2014.

DEDICATÓ RIA

Aos nossos pais e a **Deus**, principalmente, visto que, tantas vezes quisemos desanimar, mas a essência Dele dentro de nós, atuou como combustível capaz de nos impulsionar sempre na busca dos objetivos almejados. Senhor essa conquista é mais Tua do que nossa.

AGRADECIMENTOS

À Deus

Pela dádiva da vida, e por ter nos ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis.

Aos Facilitadores

Pela colaboração, paciência e seus conhecimentos repassados durante todo o desenvolvimento do trabalho, além da grande amizade formada.

Aos Pais

Por acompanhar o dia-a-dia desta luta, orientando a firmeza diante dos obstáculos, sempre com carinho e suas bençãos;

Aos esposos (a)

Que mesmo nas horas tristes das despedidas e da ausência, manteve sempre constante seu amor, estímulo, carinho, dedicação e ombro amigo, armas importantes que deram grande significado a esta vitória;

Aos Colegas

Pela paciência, pelo sorriso, abraço, pela mão que sempre esteve estendida quando mais precisávamos. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

EPÍGRAFE

"Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem a abertura ao risco e a aventura do espírito."

Paulo Freire, 2008.

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

PNH – Política Nacional de Humanização

PES – Planejamento Estratégico Situacional

RN – Rio Grande do Norte

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Pesquisa

GAF – Grupo Afinidade

OTPA – Oficina de Trabalho Projeto Aplicativo

SUVISA – Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária

URSAP – Unidade Regional de Saúde Pública

SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto

RESUMO

O PA abordou a Gestão em Vigilância Sanitária - VISA a partir de uma Estratégia de Pactuação e Atuação Intersetorial no intuito de diminuir a fragmentação do processo de trabalho da VISA no município de Alexandria/RN, utilizando como referência o planejamento estratégico situacional, a intersetorialidade e a gestão por resultados. Além da pesquisa bibliográfica foi construído uma Matriz Decisória para seleção e priorização de problemas, e utilização de planilhas para a gestão por resultados no primeiro quadrimestre de 2014. Com o objetivo de melhor avaliar e acompanhar as atividades e ações realizadas pela VISA local, buscou-se discutir as ações de VISA junto aos atores sociais envolvidos e construindo pactuações e articulações, usando como espaço a Câmara Municipal de Vereadores de Alexandria. A discussão das ações de forma integrada, aliada a utilização do PES, promoveu um avanço nas articulações e resolutividade. Os resultados demonstram as vantagens na utilização de uma gestão integrada, onde se obteve 94,87% de realização plena do que foi elencado no Plano de Ação, além da conquista no espaço na Câmara Municipal e blog da VISA, sendo verificada a diminuição de situações problemas pendentes e proporcionando um novo olhar sobre o processo de trabalho em Vigilância Sanitária.

SUMÁRIO

1	**CONTEXTUALIZAÇÃO**	**08**
2	**OBJETIVOS**	**09**
2.1	Objetivo Geral	**09**
2.2	Objetivos específicos	**09**
3	**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**	**10**
3.1	A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde	**10**
3.2	Fragmentação do Processo de Trabalho	**11**
3.3	Intersetorialidade	**14**
3.4	O Planejamento Estratégico Situacional - PES	**16**
3.5	Gestão por Resultados	**19**
4	**PROCESSO DE ESCOLHA E DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO APLICATIVO**	**21**
4.1	Abrangência	**21**
4.2	Percurso metodológico e ferramentas utilizadas	**21**
4.3	Referencial Empírico	**22**
4.4	Atores Envolvidos	**25**
4.5	Estratégia de Ação	**26**
5	**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**	**29**
6	**DIFICULDADES E FACILIDADES**	**30**
7	**CONTINUIDADE DO PROJETO APLICATIVO (DESAFIOS)**	**31**
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	**32**
	ANEXO	**34**

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente trabalho aborda a intersetorialidade no intuito de diminuir a fragmentação dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária do município de Alexandria/RN, apresentando como referência o planejamento estratégico situacional e a gestão por resultados. A metodologia utilizada consistiu na pesquisa bibliográfica, tipo exploratório descritivo, considerando a Gestão por Resultados ser uma estratégia de gestão centrada no desempenho para o desenvolvimento e na melhora sustentável dos resultados. A utilização da gestão por resultados pela Vigilância Sanitária do município de Alexandria possibilitará a construção de indicadores de estrutura, processo e resultado, a partir dos quais os processos de trabalho da equipe poderão ser avaliados e monitorados. Tendo em vista a complexidade na área de vigilância sanitária tem sido apontada como um grande desafio para os gestores, pois demanda a articulação de um amplo conjunto de conhecimentos, competências e habilidades para coordenar um projeto de intervenção que de fato possa proteger e promover a saúde da população. Entender a natureza, o objeto e o processo de trabalho da vigilância sanitária possibilita ao gestor assumir efetivamente um poderoso instrumento para as estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, e com competência de caráter prioritário por sua natureza preventiva, devendo atuar na melhoria de qualidade de vida da população. Suas ações estão voltadas para a prevenção, diminuição e eliminação dos riscos à saúde da população. Como política pública, não difere das outras e deve buscar o aperfeiçoamento através de uma atuação eficaz, planejada, evitando a sobreposição de ações ou ausência delas.

Descritores: Planejamento Estratégico Situacional, Intersetorialidade, Gestão por Resultados, Vigilância Sanitária, Fragmentação do Processo de Trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Diminuir a fragmentação dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária do município de Alexandria/RN.

2.2 Objetivos específicos

- Permitir melhor avaliação e acompanhamento de todas as atividades e ações realizadas na rotina do trabalho da VISA;
- Reforçar a busca da atuação Intersetorial, através de articulações e pactuações com outros setores e instituições de forma sustentável e permanente;
- Alcançar resultados integrados nas ações de VISA, promovendo impactos positivos nas condições de vida na população local.

GESTÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA A PARTIR DE UMA ESTRATÉGIA DE PACTUAÇÃO E ATUAÇÃO INTERSETORIAL

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde

O SUS (Sistema Único de saúde) 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 (LUCCHESE, 2001).

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 (LUCCHESE, 2001).

O Sistema Único de Saúde no Brasil vem, ao longo de um curto período de tempo experimentando avanços significativos no que se refere à consolidação de um modelo de atenção à saúde reorientada para as necessidades de saúde individual e coletiva. E, neste âmbito a Vigilância Sanitária se depara com um enorme desafio de pensar as novas bases de intervenção por parte da vigilância à saúde e da produção social da saúde como paradigma e práticas sanitárias necessárias ao atendimento integral, universal e equânime das necessidades dos grupos sociais bastantes heterogêneos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A Vigilância Sanitária (VISA) também pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, 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 (LUCCHESE, 2001).

A Vigilância Sanitária tem múltiplas dimensões, e sua ação eficaz depende de projetos que assegurem seu desenvolvimento nestas várias dimensões. Assim, a Vigilância é uma organização, e, neste sentido, faz parte do SUS – uma rede de pessoas, equipamentos, recursos -, com autoridade legal para intervir sobre ambientes e sobre o setor produtivo, sendo, de fato, a principal responsável por transformar em prática social o artigo 6°, parágrafo 1°, da Lei 8080/90 (CAMPOS, 2001).

A Vigilância Sanitária é também um conjunto de conhecimentos (uma parte da Saúde Coletiva) sobre a produção de saúde e de doenças. É também um conjunto de regras (procedimentos técnicos) consideradas potentes para assegurar saúde às pessoas; uma organização com poder legal, e um campo de conhecimento especializado, ao mesmo tempo (CAMPOS, 2001).

A vigilância sanitária constitui também um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde, pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos – e relacionados com suas necessidades básicas -, e pela necessária interação com a sociedade, função que é exigida para o adequado gerenciamento do risco sanitário (LUCCHESE, 2001).

3.2 Fragmentação do Processo de Trabalho

A fragmentação do trabalho em saúde envolve vários fatores dentre eles, destacam-se: o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar resultantes de um novo trabalho, com um novo olhar, uma nova forma de organização, constituindo-se um desafio no trabalho das Vigilâncias Sanitárias, inclusive no que concerne á consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Romper com esta fragmentação é buscar um trabalho multidisciplinar ou mesmo interdisciplinar, sendo este um desafio na área da saúde (LUZ, 2009).

A fragmentação do trabalho em saúde é resultante entre outros aspectos da fragmentação das disciplinas que compõem as diversas profissões que atuam no campo da saúde, por outro lado, os diversos saberes que se conjugam para formar um novo conhecimento, um novo fazer (LUZ, 2009).

Nesse contexto, Luz, 2009 menciona que:

> O trabalho multiprofissional consiste no estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sendo resultantes de uma soma de “olhares” e métodos provenientes de disciplinas ou práticas, sejam normativas ou discursivas, colocadas pelos próprios

> profissionais. As dificuldades encontradas para que se tenha um trabalho multiprofissional e interdisciplinar são muitos, principalmente se considerarmos a necessidade de romper com uma prática ainda fragmentada, fruto da formação disciplinar, bem como da própria forma como o trabalho na área da saúde tem se estruturado.

De acordo com Pinho e Motta 2006, “o trabalho em equipe multidisciplinar “surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços”. Um fator que tem influenciado na reorganização do trabalho em saúde é a própria Política Nacional de Humanização (PNH)”.

O trabalho em saúde possui características que devem ser consideradas, principalmente ao se pensar na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, por ser um trabalho reflexivo, que depende da colaboração de saberes distintos como o científico, o técnico, os sociais e os provenientes de dimensões éticas e políticas. É um trabalho marcado também pela complexidade e diversidade profissional, dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço e da dinâmica (LUZ, 2009).

Outras características do trabalho em saúde de acordo com Motta, 2008 são:

> A heterogeneidade devido à variedade dos processos de trabalhos coexistentes e; a fragmentação conceitual, do pensar e fazer, da técnica (pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho entre as categorias profissionais). Por fim, o trabalho em saúde é marcado por subjetividades, pelas relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e entre esses e o usuário de forma bastante significativa.

O trabalho em vigilância Sanitária (VISA) apresenta especificidades que o diferem de outros tipos de trabalho na área da saúde, em relação ao objeto, as formas de trabalho e elementos que compõem os seus processos de trabalho, e se insere no espaço regulatório do Estado, como serviço público estatal, com atribuições indispensáveis de controle sanitário de processos, ambientes e da produção e consumo de bens e serviços de interesse da saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

O Autor Supracitado, 2010, relata que:

> Os instrumentos ou meios de trabalho para o controle sanitário são construções sociais, tal como o direito, para ordenar conflitos ou instrumentalizar políticas e expressão material do caráter seletivo do Estado nas ações de vigilância sanitária, no seu papel regulador e disciplinador das relações sociais produção-consumo. Os produtos de interesse da vigilância sanitária necessitam atender a condições especiais para serem ofertados no mercado, mas como bens sociais necessários à reprodução da sociedade; essas condições são dadas a partir

> da avaliação e análise dos riscos que portam esses objetos e dos atributos requeridos, tais como qualidade, eficácia e segurança.

A noção de risco é estruturante para a vigilância sanitária, pois a VISA centra na proteção da saúde. O controle de fatores de risco é fundamental à proteção da saúde, no entanto é insuficiente para abarcar o propósito da vigilância sanitária, dado que essas ações têm um espectro para além da doença ou dos agravos e inclui, além da proteção contra os riscos reais e potenciais, ações de promoção da saúde, qualidade de vida e construção da cidadania, pela garantia dos direitos dos cidadãos a produtos e serviços de qualidade (SOUZA; COSTA, 2010).

Como menciona Souza; Costa, 2010.

> Embora fundamentais como instrumentos de trabalho e base para a imposição de um conjunto de condicionalidades, as "normas jurídicas e técnicas e seus dispositivos não são suficientes", e devem ser compreendidos como uma construção social, expressão material de um processo que envolve negociações e pactuações entre interesses diversos, que não se extinguem nem se encerram com eles.

Para Pinho e Mota, 2006, uma das competências mais discutidas e valorizadas pelas organizações é o trabalho em equipe:

> O trabalho em equipe é apontado como estratégia para promover novas visões do trabalho, no sentido de equacionar processos em que cada membro possa dimensionar suas ações, avaliando sempre sua participação enquanto integrante da equipe e priorizando a comunicação para uma avaliação contínua do trabalho.

Pensar no trabalho em equipe é repensar os papéis, as relações de poder e os conteúdos já instituídos, com vistas a superar a inércia das instituições. Para tanto, a comunicação tem papel fundamental nas relações estabelecidas, buscando a articulação deste diversos profissionais em suas áreas específicas.

Diante disto, Riccardi et al., 2009 comentam que:

> Alertam que o mundo contemporâneo está exigindo isso. A capacidade de se trabalhar em equipe torna-se um dos requisitos exigidos pelos serviços de saúde, a competição e o individualismo dão lugar a posturas mais cooperativas, responsáveis e participativas. Trabalho em equipe é definido como um conjunto de ações que exige coparticipação, comunicação e interação efetiva de seus membros, expressando assim um significado de trabalho conjunto e de extrema importância.

Para que um trabalho em equipe seja efetivado de modo multiprofissional alguns aspectos precisam ser elencados, tais como: reconhecer o perfil profissional e as funções e responsabilidades de cada um dos atores envolvidos, compartilhar informações, discutir os procedimentos e condutas almejando a resolução dos problemas no conjunto da estrutura e organização do trabalho.

Para isso, a negociação e o estabelecimento da comunicação se faz necessário, o que representa a construção de uma ética reflexiva sobre as decisões e os atos que se realizam nos serviços de saúde.

Outro aspecto, diz respeito às atividades práticas, que mesmo ocupando os mesmos espaços, não são discutidas de forma conjunta entre os próprios profissionais da Visa e nem sequer com os outros profissionais da saúde, o que dificulta o agir dos profissionais no sentido do trabalho coletivo, multiprofissional.

Muitos são os desafios para que efetivamente se tenha um trabalho em equipe de forma articulada, e, neste sentido, deve-se pensar na formação dos profissionais da VISA, os espaços de trabalho, de atuação que é bastante ampla, a definição de limites e da autonomia profissional, além do desenvolvimento de competências de se trabalhar em equipe, e o caminho para superar este enorme desfio é de se desconstruir e reconstruir os processos de trabalho das VISAs.

3.3 Intersetorialidade

De acordo com Machado 2011, “as ações intersetoriais permitem certa superação da fragmentação de conhecimentos e das estruturas sociais, apontando um novo arranjo para intervenção e participação para resolução de questões amplas e complexas”.

A intersetorialidade pode ser construída através de processos organizados e coletivos, e de ações deliberadas que pressupõem o respeito à diversidade e as particularidades dos atores envolvidos. Este processo exige a interação permanente entre os diferentes segmentos, pois interfere na produção social e subjetiva produzindo efeitos sobre os modos de ser e de atuar dos trabalhadores, usuários e organizações.

É importante ressaltar que este resultado não implica necessariamente na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que possa somar na agregação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir. Trabalhar envolvendo diversos setores e ações é uma nova prática social,

reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático; é, portanto uma estratégia democratizadora.

Entender a intersetorialidade como estratégia democratizadora, onde se compartilham saberes e poderes diversos, para enfrentar problemas distintos e dar uma resposta a uma necessidade ou situação, é um enorme desafio, tendo sempre o significante “construção”, pois, o processo intersetorial é construído, e o seu empoderamento não é espontâneo.

Junqueira 1999, argumenta que:

> A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social.

Portanto, a intersetorialidade ainda se estabelece como um processo desafiante a ser exercido, pois implica, necessariamente em efetivar articulações entre os setores envolvidos e a sociedade.

A intersetorialidade envolve a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências reconhece-se claramente que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores de enfrentar problemas concretos. São as questões concretas que mobilizam as pessoas; são elas que criam o espaço possível de interação e de ação.

Junqueira 1999, argumenta ainda que:

> A intersetorialidade associa a idéia de “integração, de território, de eqüidade, enfim, de direitos sociais”, referindo-se " à população e aos seus problemas, circunscritos a um território ou região da cidade ou do município." Dessa maneira, instaura-se um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que passa a articular saberes e experiências no âmbito do planejamento, da execução e avaliação das ações, porque se constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Os espaços da intersetorialidade são lugares de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas formas de agir que não se encontram estabelecidas

ou suficientemente experimentadas. Talvez por isso seja um conceito fácil de falar, mas pouco utilizado: falamos muito e fazemos pouco! Há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro; ou que já percorreram caminhos já esgotados setorialmente, ou que nunca foram pensados na esfera setorial.

O percurso é sinuoso, cheio de novidades. Mas, também incompleto, com imperfeições e desafios! Precisa ser inventado e reinventado. Conviver com a incerteza e não ter respostas não é um caminho fácil, envolve confusão e sofrimento, porém envolve o prazer da descoberta de novas saídas. Saídas que não necessariamente resolvem o problema, mas que implicam na acumulação de forças e apontam possibilidades de enfrentamento e de resultados parciais, palpáveis e perceptíveis.

3.4 O Planejamento Estratégico Situacional - PES

O Planejamento Estratégico Situacional - PES foi idealizado por Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados.

Para Artmann, 1993 o enfoque do Planejamento Estratégico Situacional – PES;

> Surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartido, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específica e sua solução dependem, muitas vezes, de

recursos extras setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação. (ARTMANN, 1993; ARTMANN, AZEVEDO & SÁ, 1997).

Para o autor supracitado, 1993 relata que:

> Um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população. Um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. Este é um ponto muito importante na abordagem matusiana que significa que um problema nunca é “solucionado” definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas.

O planejamento estratégico na administração pública municipal constitui uma inovação, abordada pelos estudos na área de modernização da gestão, pouco se conhecendo sobre o seu impacto no processo de gestão. De maneira geral, o Planejamento Estratégico tem sido aplicado por administrações locais, com o objetivo de realizar o chamado “marketing das cidades”, propiciando condições de competição para a atração de investimentos (SILVA, 2008).

Para Huertas 1996, afirma que:

> O planejamento como uma ferramenta de governo, operando em sistemas complexos, sendo assim possível conhecer a realidade e escolher como fazer planejamento por intermédio de alguns modelos. O PES permite situar o sujeito que planeja dentro da realidade que vai receber os efeitos do planejamento, e não mais fora dela, como no caso do planejamento normativo. A realidade que o planejamento pretende alcançar não possui comportamento previsível, não se submetendo a uma lei rígida, bem como o comportamento dos demais atores geralmente muda de modo diferente daqueles imaginados pela racionalidade do plano. Os recursos são escassos, os valores são diversos, as formas de encarar os fatos são diferentes, os interesses são muitos e os critérios de eficácia e eficiência não são uniformes.

No planejamento não podemos recusar a idéia que existem conflitos, que se contrapõem ao nosso desejo de mudança, esta oposição é realizada por outros indivíduos com diferentes visões e opiniões, que podem aceitar a nossa proposta de futuro no todo ou em parte, ou simplesmente recusar esta possibilidade. (MATUS, 1993).

Em sua essência, o planejamento está associado a mudanças e estas a conflitos de interesse entre os agentes – internos e externos – à administração pública. O processo de planejamento envolve a definição de prioridades que podem provocar

tanto a adesão quanto à oposição sistemática de um ou vários atores. Em outras palavras, planejar implica na identificação dos agentes interessados, além da definição de mecanismos de articulação dos mesmos, visando à consecução de objetivos e a estratégia (forma) de alcançá-los.

Para Matus 1993, comenta que:

> Planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, esta se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto.

Um dos grandes problemas para qualquer governo é o da fragmentação de políticas públicas, isto é, a aplicação de políticas que são desenvolvidas sem coordenação. As limitações de recursos por que passam as administrações públicas, implicam em estabelecer critérios mais precisos de priorização das diversas políticas, com o objetivo de racionalizar gastos, o que torna mais problemática a fragmentação de políticas públicas (OSZLAK, 1980).

Segundo Corrêa, 2007;

> A estratégia de entrelaçar o planejamento estratégico à gestão pública por resultados garantiu ao governo que os diversos servidores envolvidos em todo o policy cicle estariam individualmente incentivados a contribuir para que o Estado saísse de um quadro de projetos de governo não implementados e chegasse a um cenário de desenvolvimento integrado do estado, para, futuramente, alcançar um cenário econômico.

O Planejamento Estratégico Situacional, durante todo o Projeto aplicativo, tende a reavaliações, quantas vezes, for necessário, através de reuniões técnicas, já que o PES é tipo de planejamento dinâmico entre atores que participam em todo o momento do processo e de sua formulação, através de discussões, com objetivo de avaliar o nível de interesses políticos, das possibilidades econômicos no decorrer da aplicação; da efetiva participação e do controle social no processo; relevância para os envolvidos; capacidade de governança, compromisso e força motivadora dos gestores e entre si e de seus participantes, como também, de viabilidades das ações, tendo, como instrumento de ação a Planilha Gestão por Resultados.

A definição de prioridades ocorre por meio da análise situacional, que permite identificar, formular e priorizar os problemas, abordados de acordo com as condições de saúde e os aspectos da gestão. O diálogo entre os diferentes atores, suas posições

e análises contextualizadas devem se refletir nos problemas descritos, para que o exercício de formular consensualmente os planos de ação se apresente como uma oportunidade política favorável, uma vez que as ações governamentais devem ser conduzidas pela direcionalidade, superando o imediatismo da mera conjuntura.

Como relata Ministério da Saúde, 2014: Visando à organização de intervenções e à produção de resultados sobre uma determinada realidade, o PES constitui-se em quatro etapas:

- Momento explicativo: identificação e descrição dos problemas de acordo com dados objetivos, mas levando também em conta a percepção dos atores sobre os problemas analisados. Nesta etapa, a identificação das causas e o levantamento de quais podem ser consideradas nós críticos – centros práticos de ação, oportunos à ação politica, de acordo com a viabilidade;
- Momento normativo: definição de objetivos a serem alcançados e resultados a serem entregues, no qual se prevê as estratégias e ações necessárias à realização, levando-se em conta a analise politica, econômica e social;
- Momento estratégico: analise dos recursos necessários sejam eles econômicos, administrativos ou políticos, a partir da qual deve-se intervir para se alcançar os resultados esperados;
- Momento tático operacional: programação da implementação das propostas, incluindo: cronograma, atores responsáveis e outros participantes na execução, a fim de garantir a efetividade e a eficácia de todo o processo.

Faz-se necessário, ainda, prever os momentos de análise das informações prestadas acerca da evolução das metas propostas e revisão do plano, assegurando a visibilidade do processo aos atores envolvidos, e a capacidade gerencial de adaptação aos novos contextos, que podem surgir de situações imprevistas. (Ministério da Saúde, 2013).

3.5 Gestão por Resultados

O modelo de Gestão por Resultados é uma das principais recomendações para uma boa Gestão Pública. Isso decorre do argumento de ser este modelo apropriado a, simultaneamente, focar na efetividade ou no que de fato interessa ao cidadão e a sociedade, flexibilizar a condução dos processos e assim remediar a disfunção relacionada ao apego exacerbado às normas e procedimentos, e propiciar mais da eficiência e responsabilidade (GOMES, 2009).

Dessa forma, a Gestão por Resultados pode-se entender como o ciclo que começa com o estabelecimento dos resultados almejados, a partir dos objetivos de governo; monitora e avalia o desempenho da organização ou da política pública a partir do alcance desses resultados; e retroalimenta o sistema de gestão, propiciando ações corretivas decorrentes dessa avaliação (GOMES, 2009).

Segundo Serra, 2008:

> A Gestão para Resultados é um marco conceitual cuja função é a de facilitar às organizações públicas a direção efetiva e integrada de seu processo de criação de valor público, a fim de otimizá-lo, assegurando a máxima eficácia, eficiência e efetividade de desempenho, além da consecução dos objetivos de governo e a melhora contínua de suas instituições.

De acordo com Serra, 2008, são objetivos da Gestão por Resultados são:

- Oferecer elementos de informação, conhecimento e intervenção aos responsáveis pela administração pública que lhes permitam controlar e maximizar o processo de criação de valor a fim de atingir o melhor resultado possível a respeito do que se espera da ação de governo;
- Contribuir à melhoria da capacidade de prestar contas das autoridades e das organizações públicas para assim permitir que a sociedade, os órgãos de controle e a comunidade possam avaliar sua gestão;
- Ajudar à alocação descentralizada de objetivos e responsabilidades bem como à avaliação do desempenho das atividades desenvolvidas.

Estes objetivos acarretam a integração de vários conceitos e ferramentas administrativas, tais como: controle de gestão, administração por objetivos, gestão estratégica, gestão de desempenho, avaliação e monitoramento, medição de resultados. Trata-se, portanto, de um instrumento de gestão política e gerencial cujo alvo é o conjunto de resultados que o governo legitimamente deseja alcançar.

Como relata Gomes, 2009;

> A Gestão por Resultados é uma nova forma de gestão pública e este modelo representa valores de eficiência e de democracia. De eficiência, na medida em que supõe que não só a clareza da definição dos objetivos e a sua operacionalização em resultados permite que toda a organização se oriente em sua direção, mas também que a flexibilidade no tocante aos recursos e aos processos proporcione uma adequação mais racional aos fins visados

4 PROCESSO DE ESCOLHA E DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO APLICATIVO

4.1 Abrangência

Considerando a importância do trabalho da Vigilância Sanitária no gerenciamento do risco inerente aos processos, serviços e produtos, selecionamos para execução do Projeto Aplicativo o município de Alexandria/RN, devido à atuação incipiente e frágil da VISA municipal. Apesar de todo esforço dos atores que compõem a VISA municipal, percebe-se ainda fortemente a fragmentação do processo de trabalho da VISA e a falta de articulação desta com outros setores da saúde, o que leva a necessidade de se implantar ações que viabilizem a redução desta fragmentação, permitindo integrar as ações, ainda que realizadas por diferentes profissionais nas diversas áreas onde perpassa a VISA.

O Município de Alexandria/RN situa-se na microrregião de Pau dos Ferros/RN e mesorregião do Oeste Potiguar, localizando-se a uma distância de 369 quilômetros a Oeste da capital do estado, Natal. Ocupa uma área de 381,202 km², sendo que apenas 1,2984 km² estão em perímetro urbano. Possui uma densidade populacional de quase 32.35 habitantes por Km quadrado. Sua população segundo o IBGE no ano de 2012 foi de 13.878 habitantes, onde 6.891 são do sexo feminino e 6.616 do sexo masculino, sendo então o 39º mais populoso do estado e segundo de sua microrregião.

O município conta com três funcionários que atuam na VISA, sendo dois fiscais sanitários de nível médio e outro superior, apenas um deles e concursado, e uma Enfermeira que atua na Coordenação. Com relação às ações da VISA são realizadas os seguintes procedimentos: recebimento, atendimento e resolutividade de denúncias; cadastramento de estabelecimentos sujeitos à fiscalização, inspeções sanitárias em serviços de alimentação; atendimentos às demandas de outros setores e instituições e atividades educativas para o setor regulado.

4.2 Percurso metodológico e ferramentas utilizadas

O presente projeto será aplicado na Vigilância Sanitária do Município de Alexandria/RN, por técnicos do respectivo setor, no período de janeiro a abril do corrente ano.

A metodologia utilizada consistiu na pesquisa bibliográfica, tipo exploratória descritiva, pois esta oferece subsídios para a discussão de problemas já existentes,

como também permite explorar novas questões, além da construção da Matriz Decisória para seleção e priorização de problemas, culminando na utilização de planilhas para a gestão por resultados.

A Gestão por Resultados é uma estratégia de gestão centrada no desempenho para o desenvolvimento e na melhora sustentável dos resultados. É usada para melhorar a tomada de decisão, e inclui ferramentas práticas como: planejamento estratégico, programação e execução, monitoramento e avaliação dos resultados.

A incorporação da prática do monitoramento e avaliação nas rotinas de trabalhos da Vigilância Sanitária é fundamental para a criação de um ambiente sustentável da gestão pública por resultados. São esses dois procedimentos que permitem a revisão e o redesenho constante das peças necessárias para incrementar o resultado das políticas públicas, atendendo os requisitos da eficiência e eficácia da gestão pública, além de fomentar um aprendizado interno e externo contínuo, fortalecendo um senso crítico, visando à melhoria da gestão na área de Vigilância Sanitária.

A utilização da estratégia de gestão por resultados pela Vigilância Sanitária do município de Alexandria enfatiza a atuação intersetorial, tendo em vista que muitas das ações a serem executadas prescindem de articulações e pactuações com outros setores e instituições de forma sustentável e permanente.

4.3 Referencial Empírico

O referencial empírico foi elaborado a partir da construção de matriz decisória para seleção e priorização de problemas durante atividade do Grupo Afinidade 4 (GAF4)- OTPA2: “Priorizando e explicando o problema objeto do Projeto Aplicativo”, realizada em dois momentos: revisão do conceito e classificação de problemas e priorização de problemas.

Os problemas podem ser simples ou complexos, de difícil ou fácil solução e costumam ter duas formas de classificação: quanto à complexidade e quanto à posição na organização.

Em relação à complexidade, os problemas estruturados são mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções geralmente consensuais, já os problemas quase estruturados são aqueles mais complexos, geralmente tem muitas causas (multicausais) nem sempre fáceis de serem todas identificadas, e nem sempre têm propostas consensuais para sua solução.

Quanto à posição na organização, os problemas intermediários são os vividos no cotidiano da organização e que causam interferência na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados, ao passo que os problemas finais são os vividos diretamente pelos usuários da organização.

Nessa complexa realidade os problemas geralmente são mais complexos (quase estruturados) e o planejamento que se orienta por problemas deve preferencialmente trabalhar com problemas finais, já que nossa finalidade última é superar as dificuldades dos usuários e não apenas da organização.

Os problemas selecionados pelo grupo GAF4 foram ordenados, através da utilização da matriz decisória para seleção de problemas, estabelecendo-se inicialmente valores (alto, médio, baixo) relativos à importância que conferimos à resolução de cada um dos problemas elencados e o interesse (positivo, negativo, neutro) do grupo para mudar esta realidade.

Quadro 1- Matriz decisória para seleção de problema, segundo valores e interesses dos problemas (revisão do conceito e classificação de problemas)

PROBLEMA	**VALOR**	**INTERESSE**
Falta de infraestrutura física e funcional (RH, Legal, veículos e insumos)	Alto	-
Falta de Capacitação permanente dos profissionais de Vigilância Sanitária	Médio	-
Gestor não valoriza, nem tão pouco prioriza a importância das ações de Vigilância Sanitária	Alto	-
Comunicação insuficiente em Vigilância Sanitária	Alto	+
Processo de trabalho fragmentado com pouca	Alto	+

efetividade das ações e falta de compromisso dos técnicos e gestores		

Após esta etapa, foram selecionados os problemas que apresentaram valor alto e interesse positivo, conferindo-lhes pontuação de 0 a 10.

Quadro 2 – Pontuações obtidas para os problemas de alto valor e interesse positivo.

PROBLEMAS SELECIONADOS	**PONTUAÇÃO (0 A 10)**
Comunicação insuficiente em VISA	9,5
Processo de trabalho fragmentado com pouca efetividade das ações e falta de compromisso dos técnicos e gestores	10

Na etapa de priorização dos problemas foi utilizada a Matriz decisória para priorização de problemas, conforme descrito no Quadro 3, sendo preenchidas as colunas referentes a importância, urgência e capacidade de enfrentamento dos problemas selecionados.

A importância do problema foi classificada como muito alta, alta, média, baixa ou muito baixa. Para urgência na solução do problema convencionou-se uma pontuação para os dois problemas selecionados, cuja soma dos pontos atribuídos a cada um deve totalizar 50 pontos. O critério de capacidade de enfrentamento referiu-se ao controle do grupo sobre os recursos necessários e relevantes para resolver o problema, convencionando-se na classificação “dentro” da capacidade o caso em que o grupo tem controle de todos os recursos, “fora” quando sem controle de nenhum dos recursos e “parcial” quando há controle de parte dos recursos.

A partir do resultado obtido na matriz decisória de priorização concluímos que o problema objeto do presente Projeto Aplicativo refere-se ao “Processo de trabalho fragmentado, com pouca efetividade das ações e falta de compromisso dos técnicos e gestores”.

Quadro 3 - Matriz decisória para priorização de problemas

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	ORDEM DE PRIORIDADE
Comunicação insuficiente em VISA	ALTO	20	Parcial	2
Processo de trabalho fragmentado com pouca efetividade das ações e falta de compromisso dos técnicos e gestores	MUITO ALTO	30	Parcial	1

4.4 Atores Envolvidos

Através da Oficina de Trabalho do Projeto Aplicativo 3 – OTPA3 foram definidos os atores sociais segundo suas motivações e interesses com relação à implementação de propostas concretas de intervenção, definidas no presente Projeto Aplicativo. Os atores sociais de maior relevância para a aplicabilidade deste projeto são os seguintes:

- Prefeito do município de Alexandria/RN;
- Vereadores da Câmara municipal de Alexandria/RN,
- Secretários municipais de Saúde, Educação, Agricultura, Obras, entre outros;
- Técnicos e Gestores da Vigilância Sanitária (SUVISA, VI URSAP e Alexandria/RN);
- Coordenadorias de Vigilância em Saúde e Atenção Básica;
- SAAE – Serviço de Abastecimento de Água e Esgoto;
- Setor Regulado;

- Ministério Público;
- Conselho Municipal de Saúde;

A articulação entre estes atores possibilitará a minimização da fragmentação no processo de trabalho na Vigilância Sanitária, favorecendo a intersetorialidade e descentralização das ações, promovendo impactos positivos nas condições de vida da população local.

4.5 Estratégia de Ação

Considerando a escolha do município de Alexandria/RN para a execução deste trabalho realizou-se uma viagem com destino ao referido município no período de 14 a 16 de Abril/2014, com o objetivo de melhor avaliar e acompanhar as atividades e ações realizadas na rotina do trabalho da VISA local, conforme utilização das planilhas mensais da Gestão por Resultados. Outro importante objetivo consistiu em buscar a atuação Intersetorial de forma sustentável e permanente, através de articulações e pactuações com os atores sociais envolvidos, além de outros setores e instituições.

Tendo em vista que grande parte das ações encaminhadas pela VISA, permaneciam com pendências por prescindirem de atuações intersetoriais, foi realizada audiência no plenário da Câmara Municipal de Vereadores, espaço democrático de participação popular. Na referida audiência, apresentou-se aos atores sociais convidados as ações que a VISA desenvolve no município, ressaltando a importância da intersetorialidade para resolução e atendimento às demandas existentes, tendo em vista que as estruturas setorializadas tendem a tratar os problemas de forma fragmentada, com os serviços executados solitariamente.

A intersetorialidade proposta aos atores sociais, aliada ao planejamento da VISA, permite a articulação das ações e serviços de forma integrada promovendo impactos positivos nas condições de vida na população local.

Após o término da apresentação da proposta, os atores presentes ressaltaram a importância da Intersetorialidade para que essas ações de VISA logrem êxito, sendo pactuada a participação mensal da VISA no plenário da Câmara Municipal de vereadores para apresentar o andamento das atividades e reforçar junto aos demais setores quanto à necessidade de ações integrais.

Além disso foi criado o Blog Vigilância Sanitária de Alexandria/RN que constitui um novo meio de comunicação promovendo assim a construção de canais de diálogo

entre a VISA, setores envolvidos, setor regulado e a população, contribuindo para a transformação das práticas e efetividade das ações de vigilância sanitária.

Fotos da Viagem ao município de Alexandria/RN – Em busca da intersetorialidade

Apresentação da Proposta de Intervenção do na Câmara Municipal de Vereadores – Alexandria / RN

5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional durante todo o Projeto aplicativo tende a reavaliações, quantas vezes forem necessárias, através de reuniões técnicas, já que o PES é tipo de planejamento dinâmico, entre atores, que participam em todo o momento do processo e de sua formulação, através de discussões, com objetivo de avaliar o nível de interesses políticos, das possibilidades econômicos no decorrer da aplicação; da efetiva participação e do controle social no processo; relevância para os envolvidos; capacidade de governança, compromisso e força motivadora dos gestores e entre si e de seus participantes, como também, de viabilidades das ações.

O Plano de Ação do nosso projeto aplicativo se consolidou no decorrer do primeiro quadrimestre do ano de 2014 como um instrumento gerencial e base para todas as ações e tomadas de decisão (ver anexo).

Os resultados obtidos ao final deste período demonstram claramente as vantagens de uma gestão planejada e intersetorial, onde se obteve 94,87% de realização plena do que foi elencado no Plano de Ação como demonstrado no gráfico 01.

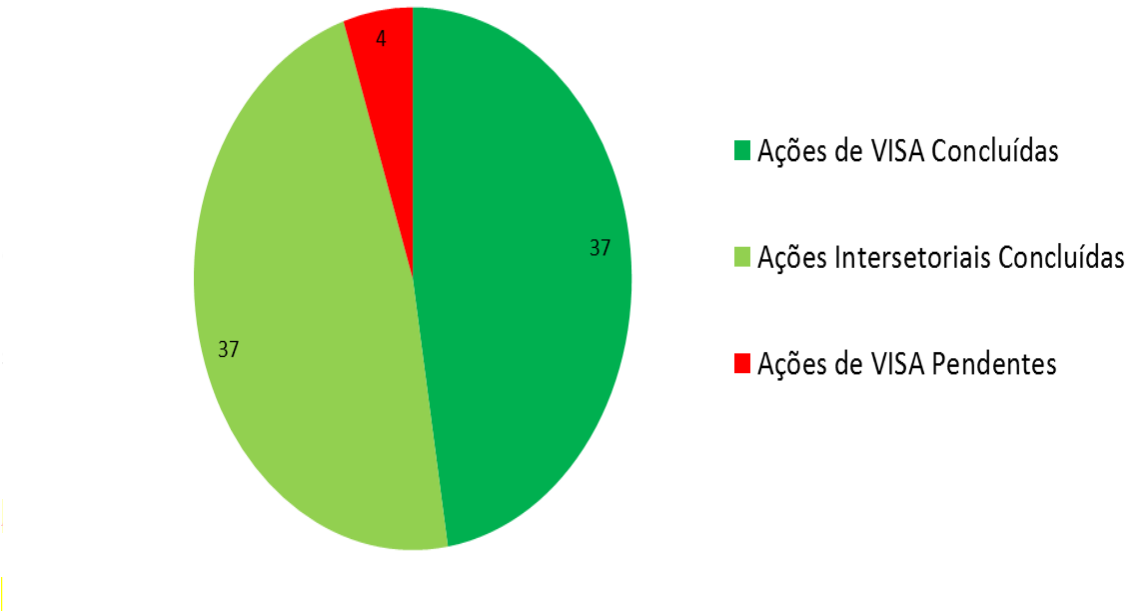


Gráfico 01: Ações de Vigilância Sanitária do Município de Alexandria/RN, conforme status da Planilha de Gestão por Resultados – Janeiro a Abril/2014

Considerando o gráfico exposto pode-se observar que das ações concluídas 50% delas exigiam a intersetorialidade o que ressalta a importância da participação de

outros atores na resolução dos problemas de VISA. A planilha de gestão por resultados utilizada como instrumento de avaliação das ações realizadas permite a visualização do alcance dos objetivos e metas planejadas, a exemplo das pactuações e ações intersetoriais em saúde e fortalecendo as ações de VISA.

Diante do avanço no planejamento e execução das ações a partir da implantação do projeto aplicativo uma importante conquista da vigilância sanitária municipal foi a disponibilização por parte da Câmara Municipal de Vereadores de um espaço mensal na pauta do legislativo para discutir as ações e demandas da vigilância sanitária e buscar parcerias com outros setores e secretarias do governo municipal.

6 DIFICULDADES E FACILIDADES

Como em todo trabalho em equipe surgem várias dificuldades, tais como: o grupo ser constituído por técnicos de diferentes municípios, falta de compromisso de alguns especializandos em comparecer aos encontros pactuados para construção do Projeto Aplicativo, dificuldades de consensuar as ideias expostas, considerando que os encontros do Grupo Afinidade 4 (GAF4) ocorriam nas últimas semanas típicas dos encontros presenciais, tornando-se então o tempo reduzido para a execução das atividades em relação aos demais grupos.

Desde o primeiro encontro do GAF4, o grupo já havia consensuado a fragmentação do processo de trabalho como sendo o grande problema que a Vigilância Sanitária enfrenta nos dias atuais, nesse contexto optou-se por abordar a problemática da Comunicação em Vigilância Sanitária. A partir de então, foi explorado o subtema: Comunicação em VISA nos eventos de massa, pelo fato de que todo município brasileiro contemplar este tipo de evento, seja em maior ou em menor proporção, sejam eles: carnaval, carnaval fora de época, festa de padroeiro, emancipação política, vaquejada, festa junina, dentre outros.

Era considerado um tema instigante e ao mesmo tempo fácil de ser aplicativo. A cada novo encontro, foram realizadas discussões e pesquisas de artigos científicos sobre o tema em questão, com encaminhamentos das atividades por parte de cada membro do Grupo Afinidade.

Existia à época material suficiente para o desenvolvimento do PA, porém na segunda oficina de trabalho do Projeto Aplicativo – OTPA2 foi elaborada a Matriz decisória para seleção e priorização de problemas e, em consequência disto, foram apontadas as aspirações e inquietudes referentes ao dia a dia laboral dos atores,

sendo a proposta do projeto aplicativo conduzida à priorização do tema: PROCESSO DE TRABALHO FRAGMENTADO, COM POUCA EFETIVIDADE DAS AÇÕES E FALTA DE COMPROMISSO DOS TÉCNICOS E GESTORES.

Diante da mudança no tema, as pesquisas, construções e discussões foram reiniciadas, o que nos causou certo desconforto e atraso no direcionamento da proposta do Projeto Aplicativo.

7 CONTINUIDADE DO PROJETO APLICATIVO (DESAFIOS)

O planejamento, a execução e o monitoramento / avaliação constituem os passos iniciais da gestão por resultados, proposta como estratégia adotada para o alcance da intersetorialidade. O grande desafio a partir de sua aplicabilidade pela equipe de Vigilância Sanitária consiste em reconhecer os resultados que não estiverem sendo alcançados, buscar parcerias com setores envolvidos, identificar as variáveis e causas que possam interferir no alcance dos resultados e agir corretamente, quando possível, sobre as variáveis e causas de forma a construir os resultados objetivados.

Este Projeto Aplicativo promoveu a otimização do serviço, fomentando a intersetorialidade com outros órgãos, sejam públicos ou privados, diminuindo a fragmentação do processo de trabalho da Vigilância Sanitária no âmbito municipal com outras instituições. Com perspectivas de um novo olhar dos profissionais de saúde da VISA no Município de Alexandria, sobre a importância do trabalho em equipe, consequentemente, desenvolvimento e melhoria das práticas de saúde na VISA local, de forma eficaz e eficiente nos resultados das ações demandadas pela VISA.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARTMANN, E. **Esquema Operativo do Planejamento Estratégico para o Nível Local**. Revista do DAPS/ENSP, 1993.

ARTMANN, E. ; AZEVEDO, C.S.; & SÁ, M.C. **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 13(4):723-740, out-dez, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão de todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde - Secretaria Executiva** – Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** / **Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa** – Departamento de Articulação Interfederativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2013**.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 Resultados e Perspectivas / Ministério da Saúde - Secretaria Executiva** – Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – 4ª ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. V. S. **Vigilância Sanitária: Responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde.** Disponível em: anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_ texto01.pd. Acesso em: 05/06/2014 às 15:52.

CORRÊA, I. M. **Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 41 (3), p.487-504, maio/jun 2007.

GOMES, E. G. M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. São Paulo: EAESP/FGV, 2009, 187 p.

HUERTAS, Franco. **O método PES: entrevista com Matus**. São Paulo: Editora FUNDAP,1996.

JUNQUEIRA, L. A. P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** São Paulo. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004.

LUCCHESE, G. **A vigilância sanitária no sistema único de saúde**. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, organizador. Cadernos de textos da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA; 2001. p.53-69 Disponível em: www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf. Acesso em 23 mai 2014 às 14:50.

LUZ, M. **Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática**. Saúde Soc. 2009 Abr-Jun,18 (2)304 -11.

MACHADO, L. A. **Construindo a intersetorialidade**. 2011. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com, acesso em 21/03/2014 às 18:20.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MOTTA, L. B; CALDAS, C. P; ASSIS, M. **A formação de profissionais para a atenção integral á saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ**. Ciência saúde coletiva. 2008 Ago 13 (4):1143-51.

OSZLAK, O. **Políticas públicas e regimes políticos: reflexão a partir de algumas experiências latino-americanas**. Revista de estúdios CEDES vol. 3 n. 2, Buenos Aires, pp. 5-58, 1980.

PINHO, M. C.**Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**.Ciências & Cogitação.2006.3 (8):68-87.

RICCARDI, Annie Lilian K.et al.**O trabalho em equipe por meio de editor de texto coletivo**.Novas tecnologias na Educação.v,7,n.3,dez.2009.

SERRA, Alberto. **Modelo aberto de gestão para resultados no setor público**/ Alberto Serra; tradução de Ernesto Montes-Bradley y Estayes. - Natal, RN: SEA RH/RN, 2008. 140 p. Tradução de: Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público. Originalmente apresentado ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), Caracas, 2007.

SILVA, S. V. et al. **O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público – A Contribuição de Carlos Matus**. 2008. Disponível em: http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf, acesso em 10/03/2014 às 15:20.

SOUZA, Gisélia; Alves; COSTA, Edná. **Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 15, num. 3, novembro, 2010, PP. 3329-3340 Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva – Brasil.

ANEXO

1- Planilha do quadrimestre das ações desenvolvidas na Vigilância Sanitária de Alexandria/RN).

GESTÃO POR RESULTADOS										
Nº AÇÃO	ORIGEM AÇÃO	INSTRUM LEGAL	AÇÃO	SETORES ENVOLVIDOS	SETOR RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO DA AÇÃO	DATA INÍCIO AÇÃO	DATA FINAL AÇÃO	MEMORIAL DESCRITIVO DA AÇÃO	STATUS	CODIFICAÇÃO STATUS AÇÃO
										CONCLUÍDA
										ENCAMINHADA
										PENDENTE

CÉLIS NADINE FRANÇA DE SOUZA
EDINEUSA BELARMINO DE LIMA
GLAUCIA DE LOURDES GAIVA
HILDA RODRIGUES
JOSÉ GONÇALO DE FIGUEIREDO FILHO
MARIA INÊS DOS SANTOS
MARIA JOSÉ M. DO AMARAL
OBERDAN FERREIRA COUTINHO LIRA
WANDERLINO DE ARRUDA

IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES BASILARES DE GESTÃO DE RISCOS NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE AÇÕES REGULATÓRIAS NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO.

Cuiabá/MT
2014

CÉLIS NADINE FRANÇA DE SOUZA
EDINEUSA BELARMINO DE LIMA
GLAUCIA DE LOURDES GAIVA
HILDA RODRIGUES
JOSÉ GONÇALO DE FIGUEIREDO FILHO
MARIA INÊS DOS SANTOS
MARIA JOSÉ M. DO AMARAL
OBERDAN FERREIRA COUTINHO LIRA
WANDERLINO DE ARRUDA

IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES BASILARES DE GESTÃO DE RISCOS NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE AÇÕES REGULATÓRIAS NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO.

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

Facilitador: Victor Pagnosi Pacheco

Cuiabá/MT

2014

Dedicatória

Dedicamos à vigilância sanitária das esferas municipais, estaduais e federal, nossa motivação principal neste projeto.

Agradecimento

A Deus em primeiro lugar por todas as oportunidades que nos concedeu para que pudéssemos concluir com êxito esse projeto.

Aos nossos gestores por nos ter oportunizado a vaga para nos inserirmos nessa qualificação.

Aos colegas do grupo pelo aprendizado em conjunto, com a prática e vivência de todos.

RESUMO

O presente trabalho trata-se da construção do Projeto Aplicativo do Curso de Especialização em Gestão de Vigilância Sanitária do Hospital Sírio Libanês, cuja metodologia adotada para a construção do projeto, baseou-se no planejamento estratégico situacional proposta por Carlos Matus. O principal objetivo do plano é implantar as diretrizes basilares de gestão do risco nas ações regulatórias da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso (VISA), com proposição de cinco ações, que visam as seguintes expectativas de resultados: melhoria da capacidade de gestores e técnicos de VISA em gerenciar a rotina do trabalho do dia-a-dia; implantação do programa de qualificação em gestão de risco para os técnicos e gestores de VISA; revisão dos processos de trabalho das ações regulatórias da VISA sob a ótica da gestão de risco; avaliação da efetividade das ações regulatórias implementadas e já executadas; implementação no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SVS) o módulo suporte, monitoramento e avaliação das ações regulatórias adequadas a gestão de risco. Para acompanhamento e controle da execução dessas ações, foram definidos indicadores que serão monitorados durante e após a execução do projeto. Realizou-se estudo de viabilidade que se compôs na análise em 4 eixos: Estratégico,Técnico, Econômico Financeiro e influência de Atores, o qual atingiu a pontuação de 78,84 numa escala de 0 a 100 sendo, portanto, considerado um plano factível. Para garantir a institucionalização e continuidade foi deliberada como estratégia a definição de duas equipes organizacionais, responsáveis pela gestão do plano, bem como a publicação do aceite pelo gestor da Vigilância em Saúde de Mato Grosso em diário oficial para, desta forma, viabilizar a execução técnica e financeira do projeto em questão.

Palavras chave: Gestão de Risco; Planejamento; Rotina de Trabalho.

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 7
2. OBJETIVOS 9
   - OBJETIVO GERAL 9
   - OBJETIVOS ESPECIFICOS 9
3. FUNDAMENTAÇÃO 10
4. PERCURSO METODOLÓGICO 13
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 16
6. GESTÃO DO PLANO 199
7. REFERÊNCIA 28

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A discussão do papel gerencial para as atividades atinentes ao campo da Vigilância Sanitária necessita de uma breve contextualização do processo de evolução da condução política nesta área.

A Vigilância Sanitária (VISA) constitui-se em um importante espaço de intervenção na saúde das populações. Suas funções e seus instrumentos lhe conferem a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e interesse sanitário às demandas sociais de saúde e às necessidades do Sistema Único de Saúde (SIQUEIRA, 2001).

Por ser uma área crítica da relação Estado e Sociedade, a VISA lida com grandes conflitos de interesses econômicos e políticos. Sua tarefa de mediador do interesse de certos segmentos sociais e o interesse coletivo a leva a intervenções, não só na área de saúde pública, mas também na área econômica ao auditar a qualidade de serviços de saúde, produtos, ambiente e relações de trabalho. (LUCCHESE, 2001).

Risco é um conceito central e de importância significativa nos saberes e práticas de VISA (COSTA, 2009). A vigilância sanitária utiliza-se de vários instrumentos para intervenção e prevenção de riscos, entre eles a fiscalização, que consiste na verificação da aplicação das normas sanitárias para detecção de irregularidades, as quais podem ser um *marcador* para ocorrência de risco à saúde (CZERESNIA, 2004).

A finalidade do gerenciamento do risco sanitário no âmbito da VISA é fundamental, pois sugere a prevenção como ferramenta básica para diminuí-lo ou minimizá-lo por meio de ações interligadas para promover a saúde da população (CORRÊA, 2009).

No Brasil o conceito de gerenciamento de risco na área de saúde hospitalar foi introduzido em 2001, por meio do Projeto Hospitais Sentinela. Tratou-se de um projeto implementado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em cerca de cem hospitais distribuídos pelo país, representando a primeira política pública brasileira a inserir o gerenciamento de risco no setor hospitalar. O processo de gerenciamento de risco inserido nos hospitais permitiu a adoção de medidas de valorização da qualidade da atenção em saúde e a gerência racional de insumos e equipamentos médico-hospitalares (Tecnovigilância), a vigilância de medicamentos

(Farmacovigilância), de hemocomponentes (Hemovigilância), bem como a vigilância de produtos saneantes (Kuwabara, Évora & Oliveira, 2010; ANVISA, 2004).

O controle do risco sanitário no Brasil possui uma lacuna nas ações de comunicação do risco. Em parte devido a um vaco no que se refere à parametrização dos dados, que por conseqüência dificulta a estruturação de indicadores que reflitam a realidade do risco. De outra parte esta lacuna também possui uma ligação com o caráter coercivo, que direciona o trabalho do setor para a fiscalização.

Segundo HOPKIN , 2010 *in* CAVALCANTE, 2013, a prática do gerenciamento de risco é necessária não apenas para a tomada de decisão estratégica, mas também para a entrega eficaz de projetos e programas de trabalho, bem como em relação a operações de rotina da organização.

O processo de gerenciamento de risco não pode ocorrer de forma isolada. Ele precisa do apoio de uma estrutura interna da organização. Os principais componentes de uma estrutura bem sucedida de gerenciamento de risco são a estrutura de comunicações e informação, a gestão de risco global estratégica definida pela organização (estratégia) e o conjunto de diretrizes e procedimentos que foram estabelecidos (HOPKIN , 2010 *in* CAVALCANTE, 2013).

Considerando que o papel da Vigilância Sanitária é intervir nos riscos à saúde, é fundamental que suas ações estejam no foco do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA, 2007). Dessa maneira, o Projeto Aplicativo (PA) elaborado está baseado nas suas diretrizes para que haja maior eficácia das ações propostas.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Implantar as diretrizes basilares de Gestão do Risco nas ações regulatórias na Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fase I - Preparação

- Melhorar a capacidade de técnicos e gestores de VISA em gerenciar a rotina do trabalho do dia a dia;
- Padronizar os principais processos de trabalho de ações regulatórias da VISA;

Fase II – Qualificação e Readequação dos Processos de Trabalho

- Implantar o programa de qualificação em gestão de risco para os técnicos e gestores de VISA;
- Rever os processos de trabalho das ações regulatórias da VISA sob a ótica da gestão de risco;

FASE III- Avaliação de Esforço e Efetividade do Projeto Aplicativo

- Avaliar a Efetividade das ações regulatórias implementadas e já executadas;
- Implementar no SVS o módulo suporte, monitoramento e avaliação das ações regulatória adequadas a gestão de risco.

3. FUNDAMENTAÇÃO

Para elaboração do Projeto Aplicativo – PA foram elencados os problemas percebidos pelos alunos no seu ambiente de trabalho.

Dagnino (2009) descreve “problema” como uma “situação-problema”, na qual um determinado problema está relacionado a uma dada situação em um determinado momento. Pode ser: uma ameaça, uma oportunidade, um obstáculo. Pode ser classificado quanto: ao tempo (atuais ou potenciais), à governabilidade (baixo controle, controle total ou fora de controle), à abrangência (federal, estadual, municipal, local, específico) e à estruturação (estruturado ou quase estruturado). Um “problema” só existe quando uma situação adversa se torna foco de interesse de um ator social, por produzir um “mal estar” claramente percebido.

Vilasbôas (2004), descreve que “problema” pode ser definido como algo considerado fora dos padrões de normalidade no que se refere aos riscos à saúde, às formas de adoecimento e morte na população e à organização e funcionamento do sistema de saúde.

Para discutir e selecionar o problema ou os problemas em um grupo, segundo Dagnino (2009), é necessário o cuidado para que não haja distorção da situação vivida pelos atores. Após a formulação e o levantamento dos problemas, baseado nos princípios já descritos, deve-se partir para a explicação da situação problema, fazendo a distinção entre causas, descrição e consequências.

O próximo passo, então, é construir um modelo explicativo de uma determinada situação ou um problema, elencando as causas, diferenciando-as e indicando se são fluxos, acumulações ou regras.

É construída a “Árvore de Problemas”, segundo Souza (2010), que tem sido utilizada em diversos segmentos da sociedade, inclusive no meio corporativo, sendo utilizada como ferramenta de grande importância para avaliação de impacto de mudanças, embora ainda haja grande lacuna a ser preenchida para que se possa promover mudanças de várias naturezas, sejam, conjunturais, estratégicas, de mercado, financeiras, tecnológicas etc.

Após a elaboração da Árvore de Problemas, é necessário estabelecer os “nós críticos”, pois, a equipe envolvida deve construir uma síntese rigorosa, seletiva e precisa, com base em nós explicativos concisos e monitoráveis. Os critérios para a seleção dos problemas mais críticos, chamados de “nós críticos”, são: serem centros práticos de ação, podendo atuar prática, efetiva e diretamente sobre os mesmos; terem impacto sobre os problemas declarados, se resolvidos e serem politicamente

viável. Os “nós críticos” selecionados indicam os centros onde se deve dar a ação de gestão sobre a situação. (DAGNINO, 2009)

Após a seleção dos nós críticos, deve ser elaborado um Plano de Ação que visa corrigir os problemas de maior ênfase. Carlos Matus propõe o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para Matus, “O Plano é o produto momentâneo do processo pelo qual um ator seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos”. (MATUS, 1993). O enfoque do PES vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como a saúde, a educação e planejamento urbano, por exemplo, (ARTMANN, 2000).

O autor define a sociedade organizada como um jogo social, baseada na diversidade de interesses. Esse jogo social necessita de um planejamento que articule técnica com política, com objetivos e os meios para alcançá-los. Para isso, deve-se prever e definir estratégias, através da comunicação entre os diversos atores sociais.

Na problemática do risco, o conhecimento é a ferramenta inicial para pensar em qualquer intervenção que possa minimizá-lo para garantir segurança às pessoas e aos lugares. É preciso conhecer o problema (O que é? Onde está? Qual sua magnitude? Quem atinge? e, Em que tempo?) seja do ponto de vista da ciência, seja através da percepção das pessoas expostas a ele (GONDIM, 2008).

O conceito de risco diz respeito à probabilidade de incidir sobre o indivíduo ou o coletivo um efeito adverso, por um agente (químico, físico, biológico e outros), processos industriais, tecnologia ou processo natural. No campo da VISA, os fatores de risco são entendidos como os componentes críticos dos acontecimentos, fatos ou coisas que possam vir a aumentar o risco à saúde do indivíduo e da coletividade. Estes riscos quando concretizados geram aumento da demanda de serviços, mortes, sofrimento, baixa produtividade e prejuízos econômicos, conforme Costa (2009).

Uma vez que o principal objetivo da Vigilância Sanitária é garantir a segurança sanitária de produtos e serviços oferecidos à população, o conceito de risco é o principal referencial teórico de suas ações. A Vigilância Sanitária é definida como conjunto de intervenções voltadas para o controle de causas e riscos sanitários (CZERESNIA, 2001). Para dar respostas efetivas, necessitam do diálogo constante, participação de diferentes atores sociais e compreensão do que seja RISCO.

Segundo Costa (2009), a Vigilância Sanitária conforma um campo singular de articulações complexas entre o domínio jurídico-político e o médico-sanitário, englobando atividades de natureza multiprofissional que demandam conhecimentos de diversas áreas do saber. Dessa maneira, podemos refletir que vigilância sanitária tem por finalidade a proteção dos meios de vida, ou seja, a proteção dos meios de satisfação de necessidades fundamentais, enfim o gerenciamento do risco.

O gerenciamento de risco é uma ação de orientação político-administrativa que pondera as alternativas de políticas e seleciona a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação de risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide como abordar o risco avaliado e se ele pode ser aceitável. O conjunto de ações deve ser capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos, podendo restringir direitos individuais para o bem da coletividade e defesa do interesse público (LUCCHESE, 2001).

No atual cenário político, social e econômico, em que as fronteiras ficam mais difusas e a lógica econômica do mercado internacional por muitas vezes se impõe como regra para a instalação e orientação do processo produtivo no país, os riscos sanitários são cada vez mais complexos e diversos. Por outro lado, em países como o Brasil, a realidade quase crônica de desigualdade social continua a promover riscos relacionados à pobreza e a processos produtivos próprios da periferia econômica. À vigilância sanitária compete à gestão dos riscos sanitários consequentes dessa realidade complexa, assim, sua responsabilidade pública se torna uma questão fundamental na proteção e promoção à saúde da população. (MARQUES, 2005).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A técnica aplicada foi árvore de problemas que originou os problemas causa que foram levados até a matriz de priorização e que gerou a escolha do problema “Não utilização do gerenciamento de risco como base para desenvolver as ações de VISA”.

Após a eleição do problema pelos critérios - importância, urgência e capacidade de intervenção - o grupo decidiu voltar à árvore de problemas e detalhá-la, buscando a causa do problema em questão (Figura 1).

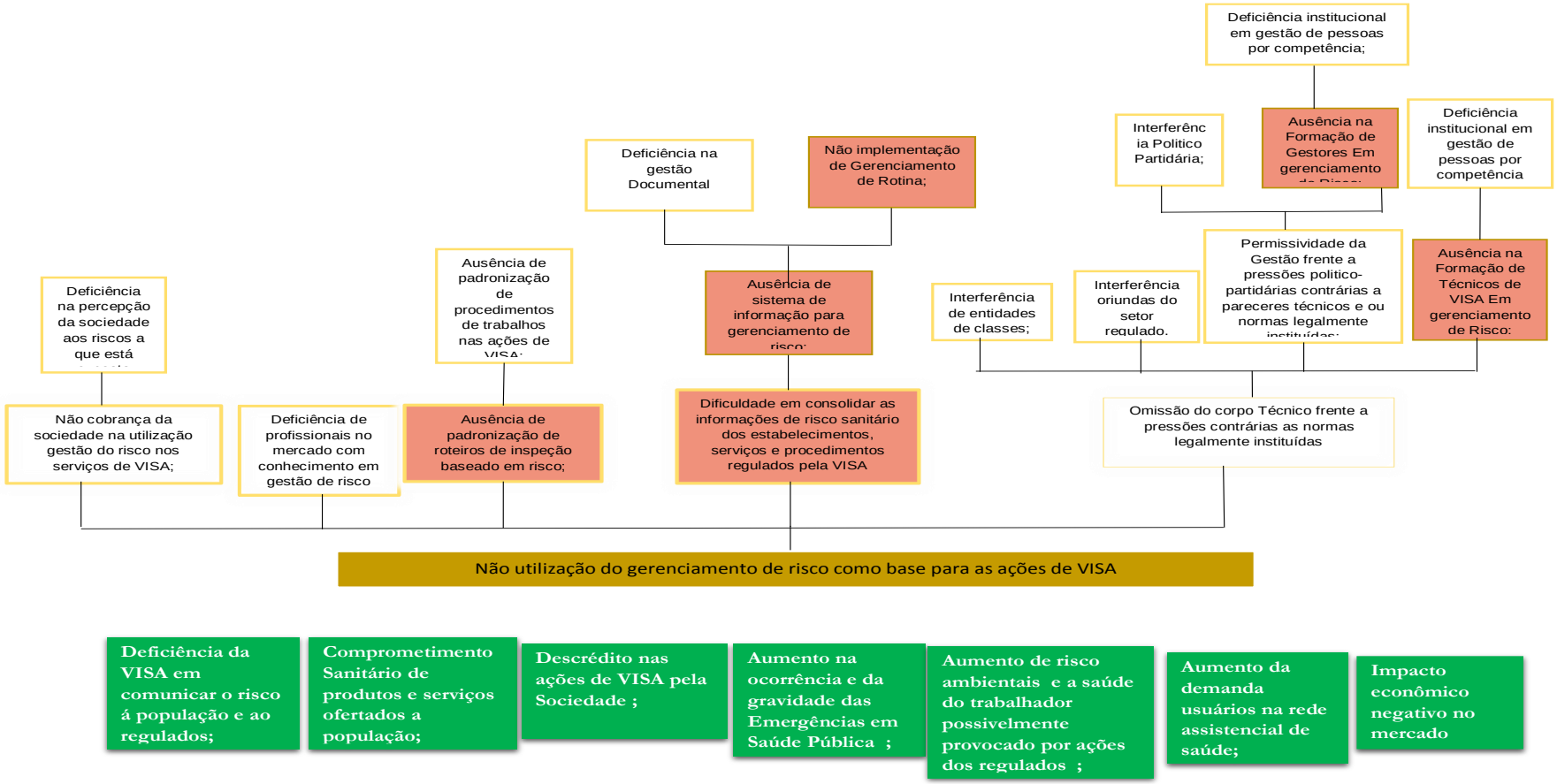


Figura 1 – Árvore Explicativa do Problema “Não utilização do gerenciamento de risco como base para as ações de VISA”.

Após extensa discussão foi encontrado cinco causas de primeiro nível, sete de segundo nível, cinco de terceiro nível e um problema terminal.

O grupo propôs diversas ações para resolução dos problemas em todos os níveis, transportando-os para uma matriz. As ações elaboradas foram distribuídas aos componentes do Grupo Afinidade 02 para que fosse avaliado em pesquisa de evidência e reprodutibilidade institucional, utilizando o Plano Diretor Vigilância Sanitária (PDVISA), como base para a elaboração das ações propostas. Cada componente, após pesquisa, apresentou sua proposta de metodologia e indicador para controle de execução da ação.

Posterior à primeira apresentação do projeto aplicativo aos demais grupos afinidade e facilitadores, consideradas as sugestões dos mesmos, houve revisão e priorização dos problemas causa devido a sua extensão e governabilidade. Os problemas priorizados estão em destaque na Figura 1 acima apresentada.

5. **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

5.1 – AÇÃO: REVER OS PROCESSOS DE AÇÃO REGULATÓRIA DE VISA

Problema Causa: Ausência de padronização de procedimentos de trabalhos nas ações de VISA;

Atividades:

- Identificar os processos de trabalho das ações regulatórias da VISA;
- Definir critérios e eleger os processos a serem trabalhados;
- Padronizar os processos das ações regulatórias;
- Oficializar os processos padronizados.

Resultados Esperados: Procedimentos de trabalho das ações regulatórias da VISA padronizados

Responsáveis: Gerente da Área de Fiscalização

Outros Atores: Profissionais de VISA

Prazo: 180 dias

5.2 - AÇÃO: IMPLANTAR O MÉTODO BÁSICO DE GERENCIAMENTO DE ROTINA NA VISA;

Problema Causa: Não implementação de Gerenciamento de Rotina

Atividades:

- Convidar um especialista em gerenciamento de rotina para qualificar a equipe e multiplicadores;
- Qualificar os técnicos e gestores da instituição envolvidos no projeto;
- Conduzir a construção das ferramentas (formulários, check-list, etc.) e produtos (relatório, mapa de negócios, perfil de técnicos, etc) necessários para a implantação do gerenciamento de rotina dos processos regulatórios de VISA;
- Instituir equipe de melhoria continua para detecção de anomalias, correção de padronização e avaliação da efetividade dos processos.

Resultados Esperados:

- Técnicos e gestores da instituição qualificados em gerenciamento de rotina;
- Implantação de Equipe de melhoria continua instituída.

Responsáveis: Coordenador de VISA

Outros Atores: Diretor (a) e Coordenador (a) pedagógico (a) da Escola de Saúde Pública MT.

Prazo: 120 dias

5.3 - AÇÃO: IMPLANTAR PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO EM GESTÃO DE RISCO PARA OS TÉCNICOS E GESTORES EM VISA

Problema Causa: Ausência na Formação de Técnicos e Gestores de VISA em gerenciamento de Risco;

Atividades:

- Convidar um especialista em gerenciamento de risco para qualificar a equipe de multiplicadores;
- Qualificar os técnicos e gestores da instituição envolvidos no projeto;
- Instituir equipe para acompanhar a gestão de risco dos processos de ação regulatória.

Resultados Esperados: Técnicos e gestores da instituição qualificados em gerenciamento de risco; e Equipe técnica em gestão de risco instituída.

Responsáveis: Coordenador de VISA

Outros Atores: Diretor (a) e Coordenador (a) pedagógico (a) da Escola de Saúde Pública MT**.**

Prazo: 120 dias

5.4 - AÇÃO: REVER OS ROTEIROS DE INSPEÇÃO DE VISA SOB A ÓTICA DA GESTÃO DE RISCO.

Problema Causa: Ausência de padronização de roteiros de inspeção baseado em risco

Atividade:

- Identificar os roteiros de inspeção da VISA dos processos priorizados na primeira fase;
- Adequar / padronizar os roteiros de inspeção;
- Oficializar os roteiros padronizados.

Resultados Esperados: Roteiros de inspeção de VISA revisados e padronizados

Responsáveis: Gerente da Área de Fiscalização

Outros Atores: Profissionais de VISA

Prazo: 120 dias

5.5 - AÇÃO: DAR SUPORTE À IMPLANTAÇÃO DO MÓDULO DE GESTÃO DE RISCO PARA AS AÇÕES REGULATÓRIAS DE VISA

Problema Causa: Ausência de sistema de informação para gerenciamento de risco.

Atividade:

- Sugerir a contratação de serviço de desenvolvimento do modulo de gestão de risco no SVS/MT;
- Parametrizar ferramentas necessárias ao desenvolvimento do modulo de gestão de risco;
- Acompanhar e avaliar o módulo de gestão de risco implantado no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.

Resultados Esperados:

- Módulo de gestão de risco implantado no Sistema de Informação

Responsáveis:

- Superintendente de Vigilância em Saúde MT

Outros Atores

- Secretário de Saúde de Estado
- TI (Tecnologia de Informação)

Prazo: 270 dias

6. GESTÃO DO PLANO

6.1 Cronograma

Ano / Meses	2014				2015				
	Maio/ junho	Julho/ Agosto	Setembro/ Outubro	Novembro/ Dezembro	Janeiro/ Fevereiro	Março/ Abril	Maio/ junho	Julho/ Agosto	Setembro/ Outubro
Elaboração do projeto aplicativo.									
Rever os processos de ação regulatória de visa sob a ótica da gestão de risco;									
Implantar o método básico de Gerenciamento de rotina na VISA;									
Rever os roteiros de inspeção de VISA sob a ótica da gestão de risco.									
Implantar programa de qualificação em gestão de risco para os técnicos e gestor em VISA;									
Dar suporte à implantação do módulo de gestão de risco para as ações regulatórias de VISA									

6.2 Quadro de Indicadores para Monitoramento

AÇÃO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE	FORMULA	FONTE
5.1	% de processos de trabalho de ações regulatórias padronizados;	Esse indicador mede percentual dos processos de trabalhos das ações regulatórias padronizadas e em execução nas ações regulatórias de Vigilância Sanitária do estado de Mato Grosso	Bimestral	Nº estabelecimento padronizados x 100 **/** Nº de processos de trabalhos de ações regulatórias.	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
5.2.1	% de gestores qualificados em gerenciamento de rotina;	Esse indicador mede o percentual de gestores e técnicos de vigilância sanitária qualificados em gerenciamento de rotina nos processos de trabalhos voltados para as ações regulatórias da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso.	Bimestral	Nº de gestores qualificados em gerenciamento de rotina x 100**/**Nº total de gestores VISA-MT	Lotacionograma da Secretaria de estado de Saúde Estadual/Vigilância em Saúde e Sanitária
5.2.2	% de técnicos qualificados em gerenciamento de rotina;	Esse indicador mede o percentual de gestores e técnicos de vigilância sanitária qualificados em gerenciamento de rotina nos processos de trabalhos voltados para as ações regulatórias da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso.	Bimestral	Nº de técnicos qualificados em gerenciamento de rotina x 100**/**Nº total de técnicos VISA-MT	Lotacionograma da Secretaria de estado de Saúde Estadual/Vigilância em Saúde e Sanitária
5.3.1	% de gestores qualificados no introdutório de gestão de risco;	Esse indicador mede o percentual dos gestores de vigilância Sanitária qualificados nos temas introdutórios ligados a gestão do risco sanitário.	Bimestral	Nº de gestores qualificados x 100 / Nº total de gestores da VISA-MT	Lotacionograma da Secretaria de estado de Saúde Estadual/Vigilância em Saúde e Sanitária
5.3.2	% de técnicos qualificados no introdutório de gestão de risco;	Esse indicador mede o percentual dos técnicos de vigilância Sanitária qualificados nos temas introdutórios ligados a gestão do risco sanitário	Bimestral	Nº de técnicos qualificados x 100 / Nº total de técnicos da VISA-MT	Lotacionograma da Secretaria de estado de Saúde Estadual/Vigilância em Saúde e Sanitária
5.4	% processos de trabalho de ações regulatórias padronizados e adequados a gestão de risco;	Esse indicador mede percentual os processos de trabalhos nas ações regulatória em Vigilância Sanitária padronizadas e adequadas sob a ótica da gestão de risco.	Bimestral	Nº % processos de trabalho de ações regulatórias padronizados e adequados a gestão de risco x 100/ Nº total de processos de trabalho padronizados em VISA	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

5.5.1	% de ações regulatórias com todas as fases de execução geridas integralmente pelo sistema SVS	Esse indicador mede as ações regulatórias com todas as fases de execução geridas integralmente pelo Sistema Estadual de Vigilância Sanitária em determinado período no âmbito do Estado de Mato Grosso.	Mensal	Nº ações registradas integralmente pelo sistema SVS x 100 / Nº total de ações realizadas no período X	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
5.5.2	% ações regulatórias realizadas sob a ótica de gestão de riscos em estabelecimentos pós intervenção regulatória da VISA	Esse indicador mede as ações regulatórias realizadas sob a ótica de gestão de riscos, atendidas as normas e rotinas vigentes.	Semestral	Nº de ações regulatórias realizadas sob a ótica de gestão de riscos em estabelecimentos pós intervenção regulatória da VISA x 100 / Nº total de ações realizadas no período.	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

6.3 Estratégia de Institucionalização

A estratégia para institucionalização do projeto será a publicação em diário oficial do aceite do projeto pelo gestor da vigilância em saúde estadual e da portaria denominando o gerente de projeto e os responsáveis por cada ação.

6.4 Estudo de Viabilidade

Eixo	Descrição	0 -25	26 - 50	51 - 75	71 - 100	Score
Viabilidade estratégica = 91,94	•adequação ou contribuição aos objetivos estratégicos traçados no planejamento estratégico da organização, se o projeto for corporativo;				x	85,55
	• adequação ou contribuição aos objetivos estratégicos da área ou unidade de negócio, se o projeto for tático ou operacional;				x	98,33
Viabilidade Técnica = 60,66	• existência de conhecimento e tecnologia necessários para a realização do projeto.		x			35,76
	• adequação às leis e normas, tanto do estado e país onde o projeto será realizado, como às normas internas da própria organização.				x	85,55
Viabilidade de econômica Financeira = 89,27	• existência de fontes de financiamento disponíveis e acessíveis no mercado, para assegurar os recursos financeiros necessários para a realização do projeto.				x	91,11
	• disponibilidade de recursos financeiros suficientes para realizar o projeto e manter o produto/serviço do projeto operando.				x	94
	• o fluxo de desembolso do projeto é factível.				x	80
	• o retorno esperado com o produto/serviço do projeto é adequado ao investimento realizado no projeto.				x	92,11
Viabilidade Atores = 73,5	Interesse do Gestor da SES/MT		x			32,77
	Interesse do Gestor da Vigilância em Saúde - MT				x	83,33
	Interesse dos Técnicos de VISA			x		64
	Interesse do Regulado			x		65,55
	Interesse da Sociedade				x	81,11
Viabilidade do Projeto = 78,84						

6.5 Recursos

MATERIAL	VALOR PADRAO		AÇÃO 5.2		AÇÃO 5.3		AÇÃO 5.4		AÇÃO 5.5			
	QUANTIDADE	PREÇO	QUANTIDADE	PREÇO	QUANTIDADE	PREÇO	QUANTIDADE	PREÇO	QUANTIDADE	PREÇO	QUANTIDADE	PREÇO
Canetas esferográficas	1 caixa	R$ 38,92	1	R$ 38,92		R$ -		R$ -		R$ -	1	R$ 38,92
Borrachas para escrita a lápis branca,			1		2	R$ -		R$ -		R$ -	3	R$ -
Lápis	1 caixa	R$ 24,11	1	R$ 25,11	1	R$ 24,11		R$ -		R$ -	2	R$ 49,22
Quadro branco,	unidade	R$ 149,63	1	R$ 149,63		R$ -		R$ -		R$ -	1	R$ 149,63
Caneta marcador para quadro branco (memo board)	unidade	R$ 4,63	10	R$ 46,30	5	R$ 23,15	5	R$ 23,15		R$ -	20	R$ 92,60
Cola branca líquida ou bastão	unidade	R$ 3,34	4	R$ 13,36	4	R$ 13,36	4	R$ 13,36		R$ -	12	R$ 40,08
Grampeador,	1 um	R$ 17,35	1	R$ 17,35		R$ -		R$ -		R$ -	1	R$ 17,35
	1 um	R$ 77,40	1	R$ 77,40		R$ -		R$ -		R$ -	1	R$ 77,40
Lembrete e post-it	1 pct	R$ 2,34	10	R$ 23,40	5	R$ 11,70	5	R$ 11,70		R$ -	20	R$ 46,80
Etiqueta	1 pct	R$ 3,23	7	R$ 22,61	9	R$ 29,07		R$ -		R$ -	16	R$ 51,68

Pastas com elástico	1 pct	R$ 26,57	7	R$ 185,99	10	R$ 265,70	R$ -	R$ -	17	R$ 451,69
Copos descartáveis						R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
Papel A4,	1pct	R$ 20,35	5	R$ 101,75	10	R$ 203,50	R$ -	R$ -	15	R$ 305,25
Bandeja para papéis	1		1	R$ 1,00		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 1,00
Crachá para ident. material plástico c/ presilha ou clipes fixos ou removível			70	R$ 70,00	90	R$ -	R$ -	R$ -	160	R$ 70,00
Envelopes;	1 pacote	R$ 14,90	2	R$ 29,80	2	R$ 29,80	R$ -	R$ -	4	R$ 59,60
Estiletes;			1	R$ 1,00		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 1,00
Pen-drive,	1	R$ 32,90	10	R$ 329,00	20	R$ 658,00	R$ -	R$ -	30	R$ 987,00
CD		R$ 48,70		R$ 48,70		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ 48,70
Tesouras,	1		4	R$ 4,00		R$ -	R$ -	R$ -	#REF!	R$ 4,00
Extrator de grampos	1		6	R$ 6,00		R$ -	R$ -	R$ -	#REF!	R$ 6,00
Fita adesiva,	1	R$ 2,70	10	R$ 27,00		R$ -	R$ -	R$ -	#REF!	R$ 27,00
Fita PVC,	1PCT	R$ 13,45	3	R$		R$	R$	R$	3	R$

				40,35		-	-	-		40,35
Suporte e papel sulfite para flip chart;				R$ -		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
marca texto	1	R$ 2,39	10	R$ 23,90		R$ -	R$ -	R$ -	10	R$ 23,90
Pasta de arquivo,				R$ -		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
Perfurador para papel;	1	R$ 39,80	3	R$ 119,40		R$ -	R$ -	R$ -	3	R$ 119,40
	1	R$ 15,10	1	R$ 15,10		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 15,10
Tonner	1	R$ 100,00	3	R$ 300,00		R$ -	R$ -	R$ -	3	R$ 300,00
Clipes de aço niquelado ou trançado;	caixa	R$ 2,41	3	R$ 7,23		R$ -	R$ -	R$ -	3	R$ 7,23
Bloco para rascunho				R$ -		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
Mouse		R$ 28,90		R$ 28,90		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ 28,90
Notebook	1	R$ 3.950,00	3	R$ 11.850,00	1	R$ 3.950,00		!	4	R$ 15.800,00
Televisão	1	R$ 2.899,00	1	R$ 2.899,00		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 2.899,00

Projetor Multimídia (Data show)				R$ -		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
Caixa amplificadora		R$ 58,23	2	R$ 116,46		R$ -	R$ -	R$ -	2	R$ 116,46
Impressora		R$ 567,00	1	R$ 567,00		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 567,00
Internet				R$ -		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
Veículo		R$ 54.000,00	1	R$ 54.000,00		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 54.000,00
Máquina fotográfica,		R$ 369,40	3	R$ 1.108,20		R$ -	R$ -	R$ -	3	R$ 1.108,20
Aluguel de espaço	1		1	R$ 1,00		R$ -	R$ -	R$ -	1	R$ 1,00
Hospedagens,	560		280	R$ 200,00	280	R$ 200,00	R$ -	R$ -	560	R$ 400,00
Fornecimento de Alimentação	1			R$ 30,00		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ 30,00
	1			R$ 18,00		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ 18,00
	1			R$ 30,00		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ 30,00
Garrafão de Água Mineral	1			R$ -		R$ -	R$ -	R$ -	0	R$ -
Locação de auditório,		R$ 450,00	1	R$ 450,00	1	R$ 450,00	R$ -	R$ -	2	R$ 900,00

	R$ 73.022,86	R$ 5.858,39						**R$ 78.929,46**
CURSO 40 hs	BASE	HOSPEDAGEM	ALMOÇO	JANTAR	COFFE	AEREO	TERRESTRE	
	30 TECNICOS	R$ 15.750,00	R$ 7.350,00	R$ 7.350,00	R$ 2.520,00			R$ **32.970,00**
	10 GETORES	R$ 5.250,00	R$ 2.450,00	R$ 2.450,00	R$ 840,00			**R$ 10.990,00**
	40(GESTOR E TECNICO)	R$ 21.000,00	R$ 9.800,00	R$ 9.800,00	R$ 3.360,00			**R$ 43.960,00**
	40(GESTOR E TECNICO)	R$ 21.000,00	R$ 9.800,00	R$ 9.800,00	R$ 3.360,00			**R$ 43.960,00**
	VALOR TOTAL	R$ 63.525,00	R$ 29.645,00	R$ 29.645,00	R$ 10.164,00			**R$ 132.979,00**

7. REFERÊNCIAS

– BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. 1 Ed. Brasília, ANVISA, 2007;

– CAMPOS, V. F.. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. DG, 1998;

– CAVALCANTI, A. C. F. (2013). Gerenciamento de risco nas aquisições públicas do setor de saúde: estudo de caso de um hospital da rede sentinela.

– CZERESNIA, D. Risco Epidemiológico e Vigilância Sanitária. *In:* Seminário Temático da ANVISA, 10, Brasília, 2001. "As várias faces do conceito de risco em VISA".

– CORREA, C.A. Gestão do Risco Sanitário no Brasil e a responsabilidade da ANVISA. Dissertação de Mestrado, Brasília-DF, 2009;

– COSTA, E. A. Temas da vigilância sanitária. Vigilância Sanitária, p. 11, 2009;

– DAGNINO, R. Curso de Gestão Estratégica Pública - MÓDULO I. Salvador, Bahia, INGÁ, 2009;

– DE SETA, M. H, PEPE, V. L. E, OLIVEIRA, G. O. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 282, 2006;

– FIGUEIREDO, C. R.. Equipamentos elétricos e eletrônicos. – Brasília: Universidade de Brasília, 2009.102 p;

– FREITAS, O. Administração de materiais. / Olga Freitas. – Brasília: Universidade de Brasília, 2007.77 p;

– GONDIM, M.G. "O território e o processo saúde-doença" – Coleção Educação Profissional de Docência em Saúde: a formação e o trabalho do ACS. 266 p, 2007 – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz;

– HOPKIN, 2010 in CAVALCANTE, A.C.F.; MARTENS, C.D. Gerenciamento de Risco nas aquisições públicas: uma análise empírica de um hospital da Rede Sentinela. Rio de Janeiro, 2013.

– LUCHESE, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil, [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001;

– MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos

serviços de saúde: uma revisão da literatura. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 765-776, 2007;

– MARQUES, M.C. Vigilância Sanitária – Teoria e Prática - Da Gestão ao Risco Sanitário. São Paulo. USP, 2005;

– MATO GROSSO. Manual de classificação de materiais e serviços para o sistema de aquisições governamentais – SAD MT – Maio/2006 – Disponível em: https://aquisicoes.sad.mt.gov.br/sgc/pub/sgc/documentos/MTO. - Acesso em 16 de abril de 2014;

– MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Saúde do Trabalhador;

– MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA, 1993. Em especial pp.71-80 e 199-221;

– O'DWYER, G.; DE SOUZA REIS, D. C.; DA SILVA, L. L. G.. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3351-3360, 2010;

– SÃO PAULO. Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo - Coordenação da Administração Financeira Contadoria Geral do Estado – Disponível em: < https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeoLei131/.../LC_131_Receitas, Acesso em 16 de Abril de 2014;

– SILVA, F. J. Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador: Apostila 1 – conceitos básicos. 2012. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - Cuiabá, 2012. 37 páginas;

– SIQUEIRA, J.C.M. Gestão em Vigilância Sanitária – Cadernos de Saúde nº 4. Belo Horizonte: Coopemed, 2001. 129p;

– SOUZA, B.C.C. Revista de Ciências Gerenciais. Volume 14, nº 19. 2010. P. 89-106;

– VILLAS BOAS, B. M.F. Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico. 3. Ed. Campinas, SP : Papirus, 2004;

– VILASBOAS, Q.A.M. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR, 2004;

ANTONIO CLÁUDIO FARIA MACHADO
ANTONIO MANOEL RODRIGUES DA SILVA
FERNANDO DA COSTA FERREIRA
ISABELLA GIESTA CARRIÇO VITAL
KÁTIA ALVES
MARTA VARELLA SERAPIÃO
RENATA RUBIM DE ARAÚJO FIGUEREDO
ROSANE COHEN

IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO DE GESTÃO DE DENÚNCIAS PÚBLICAS PARA OS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2014

ANTONIO CLÁUDIO FARIA MACHADO
ANTONIO MANOEL RODRIGUES DA SILVA
FERNANDO DA COSTA FERREIRA
ISABELLA GIESTA CARRIÇO VITAL
KÁTIA ALVES
MARTA VARELLA SERAPIÃO
RENATA RUBIM DE ARAÚJO FIGUEREDO
ROSANE COHEN

IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO DE GESTÃO DE DENÚNCIAS PÚBLICAS PARA OS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Projeto Aplicativo, proposto ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação de Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientadora: Leila Maria Mattos de Farias

Co-Orientadora: Daniele Moreth

Rio de Janeiro

2014

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

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

Autores: Antonio Cláudio Faria Machado, Antonio Manoel Rodrigues da Silva, Fernando da Costa Ferreira, Isabella Giesta Carriço Vital, Katia Alves, Marta Varella Serapião, Renata Rubim de Araújo Figueredo, Rosane Cohen.

Implantação de Instrumento de Gestão de Denúncias Públicas para os Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Rio de Janeiro, 2014.

32p.

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

I.Ministério da Saúde. II.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III.Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. IV.Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V.Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Implantação de Instrumento de Gestão de Denúncias Públicas para os Municípios do Estado do Rio de Janeiro.

G333

RESUMO

A organização do Sistema Único de Saúde define em lei o papel e a abrangência da Vigilância em Saúde. A vigilância sanitária tem múltiplas dimensões, e sua ação eficaz depende de projetos que assegurem seu desenvolvimento nestas várias perspectivas. O princípio do SUS quanto à descentralização das ações de saúde deve ser aplicado levando em conta o fato de que os municípios não podem ser tratados como iguais e prevalecer apenas o estatuto constitucional da autonomia; suas desigualdades estruturais devem ser consideradas. Tal afirmativa justifica o necessário apoio dos entes estadual e federal para que as ações desenvolvidas pelas vigilâncias sanitárias municipais sejam fortalecidas.

A denúncia é um instrumento da cidadania que promove resultados positivos. A Vigilância Sanitária está inserida no Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, que determina a segurança contra os riscos provocados por produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos. A experiência demonstra a crescente e qualificada participação da comunidade, notificando as irregularidades sanitárias presenciadas, traduzindo um crescente exercício de direitos e deveres.

O projeto aplicativo se dedica a contribuir para integrar a participação da sociedade às ações das vigilâncias sanitárias locais, através da sistematização do gerenciamento de denúncias, de forma a ampliar os espaços para expressão dos anseios do cidadão, oferecer efetividade às respostas e auxiliar os municípios que não tenham condições organizativas para promover a ampliação do canal de comunicação com os munícipes, oferecendo a cooperação técnica científica e administrativa necessária para que o município possa assumir, plenamente, os encargos que legalmente lhe são atribuídos. O PES foi a metodologia adotada para realização deste projeto aplicativo. Os dados foram obtidos no Setor de Denúncia DGPVS/SUVISA/SES/RJ, onde foi verificado que parte considerável das denúncias recebidas nos últimos quatro anos estavam relacionadas às ações de competências dos municípios.

SUMÁRIO

1. Introdução 6

2. Objetivos 9

3. A Apuração de Denúncias na Vigilância Sanitária 10

4. Metodologia 14

4.1 O Planejamento Estratégico Situacional (PES) 14

4.1.1 Momento Explicativo 15

4.1.2 Momento Normativo 16

4.1.3 Momento Estratégico 16

4.1.4 Momento Tático-Operacional 17

4.2 Percurso Metodológico 17

5. Resultados 21

6. Análises e Comentários 23

Referências 27

1 – INTRODUÇÃO

Várias ameaças são impostas diariamente à saúde do individuo e ao ambiente. A autorregulação do setor produtivo não é suficiente para garantir os interesses sanitários da coletividade. O reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo de produtos e serviços é gradativamente potencializada pela assimetria das informações, o que justifica a obrigatoriedade de regulação das práticas do mercado no interesse da saúde.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) define em lei o papel e a abrangência da Vigilância em Saúde (BRASIL, 1990a). A Vigilância Sanitária (VISA) tem múltiplas dimensões, e sua ação eficaz, depende de projetos que assegurem seu desenvolvimento nestas várias perspectivas. Novas formas de soluções para os complexos e concretos desafios hoje colocados para os que vivem e trabalham na VISA, mostrando-se uma busca árdua e constante.

Muitos pesquisadores consideram a VISA como uma das ações em saúde de maior complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta afirmação está embasada na forma de organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 1999), em três níveis (federal, estadual e municipal), suas múltiplas fontes de informações, as parcerias que incluem a sociedade civil e o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) (BRASIL, 1990). Como se não bastasse, e para torná-la ainda mais complexa, a vigilância sanitária possui como característica o fato de que, em geral, as suas ações são permanentes fontes de conflito entre aqueles que promovem danos à saúde e os que sofrem estes danos.

Nesse contexto, verifica-se que a natureza jurídica da Vigilância Sanitária não pode ficar contida aos limites de polícia administrativa, apenas disciplinando e restringindo direitos e liberdades. A Vigilância Sanitária necessita ser proativa, envolvendo os vários segmentos da sociedade, entre eles, os consumidores, em atenção à responsabilidade de preservar os interesses da saúde pública.

Para tanto, devemos lembrar que a mesma possui como missão a proteção e promoção à saúde, zelando para que os ambientes, produtos e serviços tenham segurança sanitária e estejam disponíveis com qualidade para a população. Deve ainda, precipuamente, garantir a participação de todos e estimular o fortalecimento da educação sanitária, criando canais para maior interação com a sociedade, de forma que o cidadão possa acompanhar a atuação da VISA, através de sugestões, críticas e elogios. Dessa maneira, é necessário que sejam feitos todos os esforços para alcançar a parceria efetiva com a população para o êxito de seus objetivos.

Nesse contexto, a parceria com a sociedade pode e deve ocorrer de forma organizada, através de canais de diálogo que atuam como intermediários entre o Estado e os cidadãos, ou individualmente, através da participação direta, apontando os atos de violação à saúde pública.

Em razão da impossibilidade de se fazer presente em todos os lugares a um só tempo, e a necessidade de priorizar seu caráter preventivo, é indispensável para a vigilância sanitária, ampliar os canais de comunicação, na busca do reconhecimento pela população e a conseqüente melhoria da qualidade dos produtos e serviços de saúde. Ainda sobre esta questão, Rezende (1979, *apud* COSTA, 2000) afirma que a informação e educação sanitária desempenham crucial importância para a efetividade das ações de Vigilância Sanitária, para gestão e comunicação dos riscos sanitários, tanto pela relação intrínseca com a democratização da informação técnico-científica, quanto pelo caráter pedagógico que desfruta a administração.

Segundo Lucchese (2006), é preciso considerar o fato de que há uma imensa disparidade de tipos, portes, riqueza e estrutura de municípios. São realidades tão distintas em termos geográficos, demográficos, culturais, sociais e econômicos que, muitas vezes, não comportam comparações ou julgamentos baseados em parâmetros comuns, muito menos políticas iguais para todos eles. Esses dados reforçam a afirmação sobre a diversidade de problemas que essas unidades enfrentam e refletem a dificuldade de estruturar um atendimento eficiente e rápido à população, que busca uma resposta eficaz.

Tal fato contribui para comprometer a estruturação de um serviço incisivo à gestão inadequada dos recursos financeiros que são disponibilizados aos municípios para o desenvolvimento das ações de VISA e pactuadas pelos próprios gestores na CIB – Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Ainda segundo Lucchese (2001), a grande maioria dos municípios tem ainda uma estrutura precária para realizar as ações de VISA. O Piso Assistencial Básico/Vigilância Sanitária7 (PAB/VISA), da ANVISA e do SNVS, que reforça o município como a instância executora das ações locais de Vigilância Sanitária, dispondo-lhe de recursos financeiros é mal gerenciado. Por vezes, os municípios, inclusive, desconhecem os recursos que recebem do PAB/VISA, o que indica que a articulação entre as três esferas de governo é precária. Esses embaraços prejudicam a estruturação do serviço e comprometem a resposta adequada ao cidadão e à sociedade.

É óbvio que para um país desenvolver e chegar a um patamar razoável de desenvolvimento humano é necessário que a população também participe

conscientemente e esteja disposta a mudar padrões de comportamento que comprometam o bem comum. Para isso, é preciso investir em educação para que as gerações futuras finalmente desenvolvam consciência social e senso crítico.

Nesse cenário, a denúncia é um instrumento da cidadania que promove resultados positivos, pois facilita a participação da comunidade no sistema, notificando as irregularidades sanitárias presenciadas e se traduzindo em um crescente exercício de direitos e deveres.

2 – OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto aplicativo é criar um instrumento para o gerenciamento das denúncias, a ser implementado pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de acordo com suas especificidades, de forma a ampliar os espaços para expressão dos anseios do cidadão e oferecer efetividade às respostas a eles fornecida.

Em outras palavras, o projeto se dedica a contribuir para integrar a participação da sociedade às ações das vigilâncias sanitárias locais, através da sistematização do gerenciamento de denúncias. Seu foco principal são os municípios que não tenham condições organizativas para promover a ampliação do canal de comunicação com os munícipes, oferecendo a cooperação técnica científica e administrativa necessária para que o município possa assumir, plenamente, os encargos que legalmente lhe são atribuídos.

3 – A APURAÇÃO DE DENÚNCIAS NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As ações de Vigilância Sanitária, em razão da necessidade de acompanhar as estratégias do mercado para promover o consumo, com uma grande variedade de serviços e informações dirigidas aos consumidores, tornaram-se complexas. Tal complexidade é oriunda dos numerosos conflitos de interesse a que estão expostas, seja por parte do poderio econômico, seja por razões sociais (com a proliferação da economia informal), e dos limites e incertezas do conhecimento científico, que fundamenta o desenvolvimento de novas tecnologias. De acordo com Costa (1999, *apud* COSTA, 2003), tornou-se imperativo, no mundo contemporâneo, reconhecer a vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo e estabelecer variados instrumentos para proteger sua saúde e incolumidade econômica.

No Brasil, as ações de Vigilância Sanitária sempre estiveram presentes no dia a dia, mas com pouca visibilidade junto à população, e até mesmo, para alguns gestores que se habituaram a identificar o serviço com uma ação puramente de polícia administrativa ou burocrático-cartorial. A falta de destaque da Vigilância Sanitária nas políticas públicas de saúde, a pouca atenção governamental à área, entre outros determinantes relacionados ao baixo estágio de desenvolvimento científico e tecnológico, concorrem para o aprofundamento do fosso que se estabeleceu entre a estrutura dos serviços de Vigilância Sanitária e as demandas por suas ações, seja em nível das necessidades de saúde ou do segmento produtivo (COSTA, 2000).

Historicamente o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, foi definido através da Portaria Ministerial MS 1.565, de 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994), que estabeleceu as bases para a descentralização das ações da VISA no âmbito do SUS. A criação da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, propiciou a intensificação das relações entre as esferas de governo e a formalização de compromissos visando a obtenção de resultados específicos nesta área (WERNECK *et al.*, 2006).

O princípio do SUS quanto à descentralização das ações de saúde deve ser aplicado levando em conta o fato de que os municípios não podem ser tratados como iguais e prevalecer apenas o estatuto constitucional da autonomia, ou seja, suas desigualdades estruturais devem ser consideradas. Tal afirmativa justifica o necessário apoio dos entes estadual e federal para que as ações desenvolvidas pelas vigilâncias sanitárias municipais sejam fortalecidas.

Constitucionalmente, o município pode, igualmente, impor normas e padrões sanitários. Seus limites são os patamares mínimos fixados pela legislação estadual e

federal. Em caso de violação da lei ou risco iminente à saúde, pode, também, como medida de vigilância sanitária, interditar locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde. Assim, dependendo da habilitação do município –“ Gestão Plena da Atenção Básica" ou "Gestão Plena do Sistema Municipal" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), e, ainda, de acordo com o próprio contrato que o liga ao SUS, o gestor terá sob sua responsabilidade uma relação de estabelecimentos, produtos e serviços sujeitos à inspeção. Pode o município exigir níveis de segurança e salubridade mais rigorosos que o estado e a União, exercendo controle sobre os processos tecnológicos envolvidos em cada atividade produtiva.

Com o avanço do processo de descentralização, é natural que os municípios assumam a execução das ações de VISA sob a coordenação da ANVISA e dos órgãos estaduais. Tal controle, voltado à garantia da qualidade e da segurança dos produtos e serviços, abrange os ambientes, os processos, os insumos e as tecnologias a eles relacionados.

Por envolver objetos de características múltiplas e complexas, as ações de VISA podem gerar diferentes demandas de reclamações, denúncias ou requerimentos; contudo a população pode não dispor da informação necessária para direcionar corretamente estes pedidos. Tal situação vai ao encontro da precária padronização dos procedimentos de gerenciamentos das demandas, agravando ainda mais a situação.

Um passo importante dado nessa direção foi a criação dos sistemas de ouvidorias públicas com o objetivo de promover a defesa dos interesses dos cidadãos. Em 1986, foi criada a primeira Ouvidoria Pública brasileira, na cidade de Curitiba-PR. A partir disso, o conceito difundiu-se tanto em instâncias estatais quanto em empresas privadas. O segmento de ouvidorias encontrou ambiência para se desenvolver graças à Constituição Cidadã de 1988 e ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90).

Outro passo legal importante para as ouvidorias no Brasil foi a Emenda Constitucional nº 19/1998 (art. 37, § 3º), que incluiu a importância de disciplinar a participação do usuário na administração pública direta e indireta. Um dos aspectos desse parágrafo foi regulamentado recentemente pela Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/11).

De toda forma, há de se especificar a denúncia, dentre as atividades de ouvidoria, no apontamento de falhas de produtos e serviços de interesse à saúde.

As denúncias, no âmbito da vigilância sanitária, são acusações contra o descumprimento de normas sanitárias, preceitos legais e princípios éticos estabelecidos. A maioria delas gera fiscalizações in loco, para apuração e adoção de medidas cabíveis, no âmbito da VISA e encaminhamento para outros órgãos fiscalizadores (Conselho Profissional, Ministério Público, Delegacia do Consumidor, Auditoria SUS, etc).

Outra referência importante para a VISA é o Código Penal, que define os crimes contra a saúde (artigos 267 a 285), e a Lei n° 6.437/77 (BRASIL, 1977), que trata das infrações sanitárias. As denúncias encaminhadas à Vigilância Sanitária podem envolver infração, crime ou ambos.

Atualmente a busca em reduzir barreiras burocráticas é uma realidade no processo de modernização da administração pública. É necessária a ampliação da qualidade dos serviços, objetivando controle do procedimento, simplicidade de acesso e agilidade na resposta ao solicitante. Em outras palavras, busca-se alcançar uma estratégia eficiente de gerenciamento de denúncias; um recurso para desenvolver um processo de trabalho adequado e funcional, que possa contribuir para elevar a qualidade dos serviços municipais.

Diante disso e com base na informação produzida no Setor de Denúncia SDEN/DGP/SUVISA/SES/RJ, constatamos que uma grande parcela das notificações recebidas na Superintendência Estadual de Vigilância Sanitária (SUVISA/SES/RJ) corresponde à dificuldade da população dos diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro, apresentar diretamente suas reclamações, denúncias e demais requerimentos às Vigilâncias Sanitárias Municipais. Essa situação se faz presente em pequenos municípios ou em grandes centros urbanos.

O relato da experiência do setor aponta que, ao receber a notificação do munícipe, seja presencial, por meio telefônico, carta ou correio eletrônico, essa narrativa vem acompanhada das dificuldades em formalizar sua manifestação junto às vigilâncias sanitárias locais. Os contratempos descritos são inúmeros, desde a ausência do aparelho telefônico para o atendimento e/ou a indisponibilidade de um número telefônico direto para o contato, até a obrigatoriedade da presença física do reclamante para registro da manifestação, passando também pela ausência de espaço físico adequado para manutenção da privacidade e sigilo, pelas falhas no treinamento dos recursos humanos disponíveis e pela desatenção à situação notificada e a incerteza de que sua denúncia terá tratamento imparcial.

Os cidadãos têm dificuldades em saber qual órgão do SNVS deve conduzir a apuração da denúncia e, muitas vezes, somente após passar pelo atendimento da

ANVISA, da SUVISA/SES/RJ, descobrem que a ação demandada é de competência da VISA local.

Tal situação fica explícita quando se levantam os dados acerca das denúncias recebidas nos últimos quatro anos. Nesse período, parte considerável do número de denúncias recebidas pelo setor em questão estavam relacionadas às ações de competências já descentralizadas aos municípios. Ou seja, seus munícipes deveriam diretamente demandar o órgão fiscalizador local, quando identificassem prejuízo na exposição à venda de produtos ou na prestação de serviços com alto grau de nocividade ou periculosidade no mercado, além da prevenção e repressão aos acidentes de consumo.

Segundo Rezende e Santos (2012), a situação em questão se agrava, uma vez que a sociedade chegou à exaustão, as pessoas pouco confiam nos serviços públicos, na eficiência do sistema jurídico do país e na imparcialidade e na punição de funcionários públicos e políticos corruptos. Os autores afirmam ainda que o desinteresse em atender as normas exigidas pela Vigilância Sanitária vai além da falta de recursos financeiros dos comerciantes e consumidores ou mesmo da desinformação acerca de educação sanitária e legislação. Para tais autores, o problema envolve questões culturais como a certeza da impunidade das infrações e a descrença da sociedade em relação a competência e honestidade da política no Brasil.

Nesse sentindo, justificamos o presente projeto aplicativo (PA), a ser desenvolvido no Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária, no qual propomos a elaboração de um instrumento voltado às vigilâncias sanitárias municipais, cuja proposta de intervenção visa fomentar a comunicação e a visibilidade entre estas e seus munícipes, com ênfase na organicidade do gerenciamento das denúncias e no incremento da celeridade e acessibilidade. Tal proposta de intervenção objetiva ainda o fortalecimento da cidadania, a promoção da justiça e a realização da equidade.

Vale salientar que traremos à luz o relato de descontentamento do denunciante frente à precária qualidade na prestação de serviço de alguns órgãos de vigilâncias sanitárias municipais do Estado do Rio de Janeiro, na apuração de denúncias e na resposta das mesmas aos reclamantes.

Cabe ressaltar também que o problema identificado compromete a missão da instituição Vigilância Sanitária em sua parceria com a sociedade, que consiste em dar garantia de participação e estimular o fortalecimento da educação sanitária, revelando-se, desse modo, como uma questão chave para o desenvolvimento e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4 – METODOLOGIA

O projeto aplicativo em questão fundamentou-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES), método elaborado por Carlos Matus (ARTMANN, 2000), cuja abordagem multidimensional possibilita a construção de planos de intervenção para problemas complexos e multidisciplinares.

Para facilitar a compreensão, este capítulo será dividido em duas partes. Em um primeiro momento, será apresentado o método em si, de forma a evidenciar sua proposta e características. Em seguida, será exposto, de maneira breve, como o PES foi utilizado neste projeto aplicativo, ou seja, o percurso metodológico utilizado no desenvolvimento deste projeto.

4.1 – O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

O Planejamento Estratégico Situacional é um método de planejamento voltado a investigação de problemas complexos e multissetoriais, para os quais não há solução previamente definida ou normatizada. De acordo com Matus (1994a), a abordagem do problema abrange as múltiplas dimensões (política, econômica, social, cultural, etc) que o mesmo possui e sua multissetorialidade, trazendo à luz suas causas e a facilitando a proposição de soluções. Pois, ainda segundo este autor, tais soluções dependem, na maioria dos casos, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação, uma vez que as causas dos problemas não se limitam a um setor ou área específicos.

Outro ponto positivo deste método, conforme sugerem Artmann et al (1997), é a ampliação do conceito de planejamento. No PES, o planejamento está intimamente ligado à ação e seus resultados, uma vez que envolve os aspectos organizacionais, gerenciais e tático-operacionais necessários a avaliação e modificação dos problemas observados.

Tal método pode ser dividido em quatro momentos distintos: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional; os quais serão abordados a seguir. É válido ressaltar que as ferramentas metodológicas utilizadas em cada momento são específicas, mas podem ser retomadas em momentos diferentes, quando necessário (MATUS, 1994 a e b).

4.1.1 - Momento Explicativo

O Momento Explicativo é aquele no qual os problemas, sobre os quais se pretende intervir, são selecionados e analisados. A seleção ocorre através da relevância dada pelo ator social para cada situação desconfortável ou inadequada existente em sua realidade. Selecionados os problemas, inicia-se a investigação dos mesmos através da construção de indicadores ou descritores que os definam com clareza.

Os indicadores e descritores podem ser qualitativos ou quantitativos e objetivam delimitar o problema, sem que o mesmo se confunda com suas causas, consequências ou outras inadequações existentes e a ele interligadas. Para verificar se os descritores cumprem o seu objetivo, pode-se observar se respondem de forma afirmativa à pergunta: o problema é eliminado se as cargas negativas forem eliminadas. Matus (1994) ressalta que descritores caracterizam o problema através de sintomas que os definem e que, se bem construídos, resultam em indicadores aptos a avaliar os impactos do plano de ação.

Em seguida, dá-se continuidade à análise dos problemas através da elaboração de uma rede de causalidade simplificada, na qual se hierarquizam as causas observadas de acordo com sua influência para a ocorrência dos problemas. Nesta parte da análise, é necessário que se verifique a governabilidade do ator social sobre as causas atribuídas a cada problema, ou seja, qual o nível de controle do ator social sobre o problema. As causas situadas no espaço de governabilidade são aquelas controladas pelo ator do plano (ator social); as localizadas no espaço de fronteira se referem àquelas diretamente relacionadas com o problema mas controladas por outros atores; e as causas situadas no espaço fora do problema são aquelas que se relacionam a causas que condicionam o problema mas não fazem parte dele diretamente, sendo causas também de outros problemas. Deve-se salientar que a análise de governabilidade será retomada mais adiante, no Momento Estratégico, de maneira mais aprofundada.

Dentre as causas observadas, são eleitas aquelas que serão os pontos de enfrentamento do problema, ou seja, aquelas que serão utilizadas como base para a elaboração das propostas de ação. Tais causas serão, então, denominadas nós críticos. A seleção dos nós críticos é realizada a partir da observação de três quesitos: grau de impacto da mudança gerada por uma ação sobre tal causa, possibilidade de intervenção sobre esta causa e adequação política da intervenção sobre esta causa.

Neste momento, os nós críticos passam pela mesma análise feita anteriormente com o problema principal: constroem-se descritores e indicadores, que mais tarde servirão como norteadores da avaliação dos resultados, e se verifica o grau de governabilidade dos atores sobre as variáveis dos nós críticos.

Torna-se necessário evidenciar que, em alguns casos, o ator social principal não possui a governabilidade necessária para intervir diretamente sobre um nó crítico, dificultando tal intervenção. Nesses casos, a negociação com outros atores que controlem variáveis importantes na situação em questão e a construção de solução criativas é fundamental (ARTMANN, 2000) para que a análise e o plano de ação proposto não sejam limitados.

4.1.2 - Momento Normativo

O segundo momento presente no método PES abrange a elaboração de propostas de ação em diferentes cenários. Neste momento, é elaborado o plano de ação para modificar a situação atual (situação problema), incluindo as ações/operações necessárias para a realização de tal mudança.

A referência para a construção do plano de ação (ou de intervenção) são os nós críticos previamente selecionados. Para cada nó crítico devem ser elaboradas uma ou mais operações relacionadas às propostas de intervenção sobre os nós. Cada operação, por sua vez, compreenderá uma ou mais ações, ações estas que devem expressar com maior detalhamento as mudanças propostas pelo plano e devem ser baseadas nos descritores do nó crítico a que se relacionam. É importante salientar que cada operação deve apresentar produtos e resultados determinados, os responsáveis pelas ações, os recursos predominantes empregados e o tempo de realização definidos. Todos esses aspectos devem ser determinados considerando-se o contexto ou cenário do plano, uma vez que a situação desejada não se configura somente a partir das ações do ator eixo, mas de inúmeras condições que podem ser consideradas através de uma análise de tendências e a partir da ação de outros atores.

É necessário ressaltar ainda que os produtos podem ser definidos como os efeitos imediatos da aplicação de cada operação ou ação, enquanto os resultados correspondem ao impacto produzido pelas ações na situação objeto de análise e são relacionados aos descritores do problema. Tanto produtos como resultados são relativos a situação específica, não podendo ser analisados ou executados fora do contexto original através do qual foram elaborados.

4.1.3 - Momento Estratégico

O Momento Estratégico é aquele em que se analisa a viabilidade do plano de ação proposto. Para tanto, realizam-se simulações de cenários, utilizando-se as diversas dimensões que o mesmo possui (política, econômica, cognitiva, organizacional, etc).

Este momento pode ser dividido em duas etapas. Na primeira etapa, realiza-se uma análise da motivação dos atores em relação às operações do plano: se estes são

favoráveis ao plano e qual o nível de adesão ao mesmo. Nesta análise registra-se o interesse dos atores nas operações, através de uma escala de sinais (a favor: +, contra: - e indiferente: 0) e uma de valores (alto interesse: A, médio interesse: M e baixo interesse: B). A segunda etapa corresponde a uma análise de controle dos recursos necessários a implementação das operações e ações do plano de ação proposto, mais precisamente aqueles recursos controlados por atores que as rejeitam. Esta análise é aplicada a todas as operações e ações de conflito, ou seja, aquelas identificadas na primeira etapa com o sinal negativo (-).

Ao final das duas etapas, é possível construir uma trajetória estratégica, que permita ao ator social principal evitar desgaste e acumular poder, combinando, da melhor maneira possível, operações consensuais e conflitivas, o que facilitaria a implementação de cada uma das ações e operações do plano. Cabe ressaltar a importância deste momento, visto que, na maioria das situações, o ator principal não controla todos os recursos necessários para a realização do plano, o que pode resultar em um plano que não seja implementado.

4.1.4 - Momento Tático-Operacional

O último momento do PES é voltado a implementação e gestão do plano de ação proposto. Neste momento é realizado o monitoramento e a avaliação do plano, de maneira a assegurar que os resultados das ações tenham impacto nos problemas selecionados, criando situações mais favoráveis que a situação inicial.

De acordo com Matus (1994), o monitoramento adequado deve ser realizado nos descritores do problema e dos nós críticos; durante a implementação das operações considerando recursos, produtos e tempo; nos processos de aprovação de ações, alocações de recursos e designação de responsabilidades; nos diversos cenários onde as ações são implementadas; nas estratégias implementadas, etc. Para tanto, e conforme afirma este autor, pode-se utilizar um Sistema de Monitoramento e Avaliação do Plano, que coletará e registrará as informações necessárias a esta fase. Torna-se importante salientar que a coleta, registro e utilização de informação referente a situação em questão e os aspectos nela envolvidos é fundamental em todos os momentos do Planejamento Estratégico Situacional.

4.2 – PERCURSO METODOLÓGICO

Para a construção deste projeto aplicativo, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, ou seja, seguiu-se o roteiro previamente evidenciado, passando pelos momentos existentes. É necessário ressaltar, no entanto, que as atividades

relativas ao momento Tático-Operacional não foram realizadas, uma vez que o projeto ainda não foi posto em prática. Dessa maneira, serão descritas a seguir as atividades realizadas durante a formulação do projeto.

Inicialmente, cada componente do grupo apresentou três situações julgadas inadequadas ou desconfortáveis a sua prática profissional. Tais situações foram agrupadas em macroproblemas, os quais foram utilizados para a construção de uma Matriz Decisória, conforme evidenciado na figura 1 (a seguir).

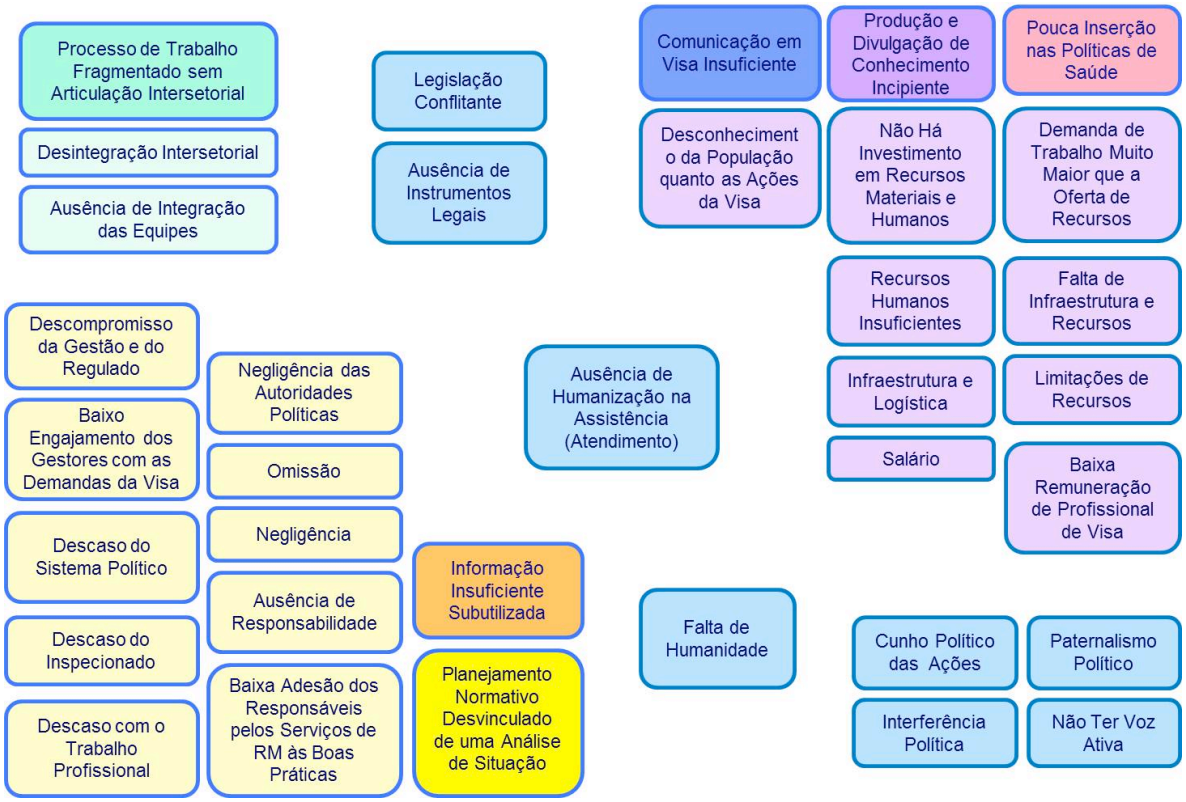


Figura 1 – Nuvem de idéias

A partir da análise dessa nuvem, foi possível escolher um problema central (Processo de trabalho fragmentado e sem articulação na apuração de denúncias pela VISA), cujas causas e consequências foram investigadas, gerando, como resultado uma Árvore Explicativa de Problemas (Figura 2, a seguir). Além da árvore de problemas, foram construídos descritores, com o objetivo de descrever o problema. Os descritores construídos são evidenciados na tabela 1 (a seguir).

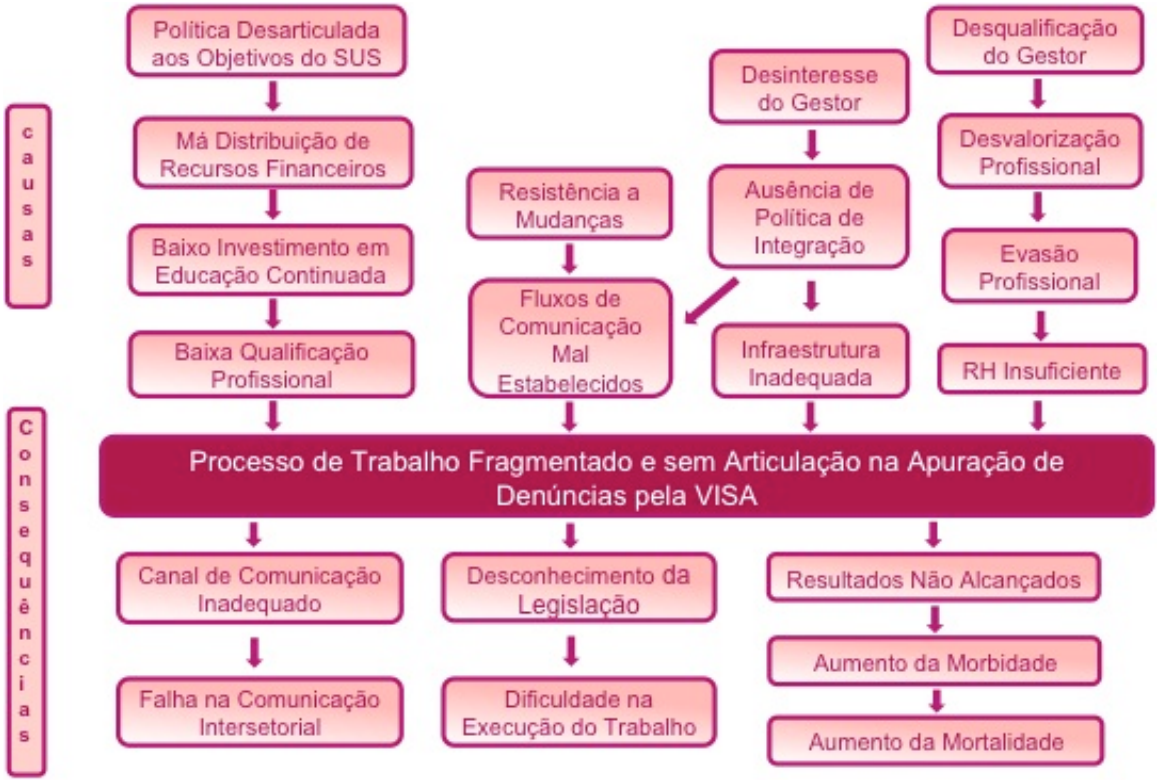


Figura 2 – Árvore Explicativa de Problemas

Ano/referência	Notificações recebidas no setor de SDEN/SUVISA/SES	Encaminhamentos aos municípios
2010	734	245 (33%)
2011	690	260 (38%)
2012	564	278 (49%)
2013	720	329 (46%)

Tabela 1 – Descritores

Dando continuidade a análise, foram identificados três nós críticos na Árvore Explicativa de Problemas, quais sejam: a) Fluxos de comunicação mal estabelecidos entre as Visas municipais e os munícipes, b) Insuficiência de recursos humanos nas Visas e c) Insuficiência de infraestrutura nas Visas para realização e apoio de suas atividades. Considerando-se a governabilidade dos componentes do grupo e a possibilidade política de implementação de ações e proposição de mudanças, selecionou-se o nó crítico “a” (Fluxos de comunicação mal estabelecidos) como nó

principal. Tal nó serviu de base para a construção dos indicadores evidenciados posteriormente (Tabela 2).

INDICADORES	
N° denúncias municipais enc. às VISAs X 100 N° denúncias totais no período	N° denúncias enc. às VISAs (apuradas) X 100 N° denúncias totais enc. às VISAs

Tabela 2 – Indicadores Utilizados

Findo o Momento Exploratório, inicia-se o Momento Normativo com a elaboração do Plano de Ação, plano este composto por um conjunto de operações desenhadas para alterar o nó crítico selecionado. Deve-se ressaltar que para a construção do plano de ação foi necessário determinar o resultado esperado para o plano, bem como os recursos, os prazos necessários e os responsáveis pela implantação das ações.

Em seguida, realizou-se a análise de viabilidade do plano de ação proposto, caracterizando o Momento Estratégico. Nesta análise, verificou-se somente a motivação dos atores em relação às operações do planos, uma vez que não foi identificada nenhuma operação ou ação de conflito que tornasse necessária a análise de controle de recursos.

Torna-se preciso evidenciar que, durante a construção deste projeto aplicativo, houve necessidade, em alguns momentos, de revisar etapas anteriormente realizadas, de maneira a propor operações e ações viáveis e que, realmente, pudessem trazer melhorias a situação investigada.

5 - RESULTADOS

Os resultados obtidos com a aplicação do PES estão expressos no plano de intervenção (ação) proposto para alterar o nó crítico escolhido. Tal plano apresenta as operações que serão realizadas e os recursos, prazos e atores necessários a implementação das mesmas, conforme evidenciado na Tabela 3 (a seguir).

Resultados Esperados	Atividades Necessárias	Responsável (eis)	Demais participantes (outros atores)	Prazos	Recursos
Ampliação das respostas efetivas aos munícipes referente ao processo de denúncia.	OP 1 – Realizar reuniões intersetoriais para o planejamento das ações	•Componentes do grupo •Núcleo de planejamento	Superintendente da VISA Estadual	30 dias	•Políticos •Humanos •Materiais
	OP 2 – Realizar Diagnóstico situacional do processo de denúncia dos Municípios	•Componentes do grupo •Coordenadores das VISAS municipais	Núcleo de planejamento	90 dias	•Políticos •Humanos •Materiais
	OP 3 - Elaboração de material informativo para as VISAS	•Área de comunicação da SES •Componentes do grupo	Núcleo de planejamento	90 dias	•Humanos •Materiais •Financeiros
	OP 4 - Divulgação do instrumento de orientação para os Municípios, por regiões, por meio de reuniões	•Componentes do grupo •Núcleo de planejamento •Coordenadores das VISAS municipais	Representantes das VISAS Municipais	120 dias	•Humanos •Materiais •Financeiros •Políticos
Nó Crítico	Fluxos de comunicação mal estabelecidos entre as Vigilâncias Sanitárias Municipais e os Munícipes, no Estado do Rio de Janeiro				
Solução	Fomentar melhoria no fluxo de comunicação entre cada Vigilância Sanitária Municipal e seus Munícipes, durante o processo de denúncia				

Tabela 3 – Plano de Ação

Esse plano tem o objetivo de fomentar a melhoria no fluxo de comunicação, em especial no processo de denúncia, entre cada núcleo de Vigilância Sanitária Municipal do Estado do Rio de Janeiro e seus munícipes. Para tanto, propõe-se a criação de um instrumento de gerenciamento de denúncias que possa auxiliar e normatizar os procedimentos realizados em cada um dos municípios do estado em questão. Tal instrumento seria constituído de material informativo, treinamentos e suporte técnico fornecido aos profissionais das VISAS municipais.

Cabe salientar que todos os momentos existentes no PES apresentam resultados específicos. No entanto, neste item, optou-se por evidenciar somente o resultado do projeto aplicativo: o plano de intervenção a ser proposto a Superintendência Estadual de Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro.

6 – ANÁLISES E COMENTÁRIOS

A partir das análises realizadas e das ações propostas, acredita-se que o instrumento de gerenciamento proposto possa mitigar o descontentamento vivenciado pelos munícipes e alterar, mesmo que de forma inicial, a realidade das vigilâncias sanitárias municipais. Não temos a pretensão de modificar e aprimorar totalmente a comunicação entre as Visas municipais e os munícipes, pois entendemos que uma solução definitiva depende de um contexto maior, o qual não temos governabilidade para modificar.

Entendemos que a estruturação de um instrumento para o gerenciamento das denúncias, único e gerido de acordo com as melhores práticas de mercado, acarretará em uma série de benefícios para o cidadão, para os municípios e para o Estado.

Para o cidadão, os principais benefícios seriam: a melhoria e simplificação da comunicação com o órgão público (a prefeitura), significando rápido acesso aos serviços ofertados e demandados; o conhecimento dos serviços prestados pela Vigilância Sanitária; etc. Em relação aos municípios, pode-se dizer que os benefícios passam pela melhoria do relacionamento do órgão público com o cidadão; maior transparência em relação aos serviços prestados; aumento da eficiência na aplicação dos recursos públicos com o serviço de atendimento telefônico prestado à população; identificação das principais demandas do cidadão através de base centralizada de informações e de forma rápida, possibilitando o direcionamento de ações e/ou investimentos para melhoria da qualidade de vida da população; e maior controle dos processos de atendimento e prestação de serviços, possibilitando a avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos diferentes órgãos. O Estado, por sua vez, teria algumas de suas funções de gerenciamento e avaliação da ações municipais facilitada e reduziria as demandas municipais que erroneamente chegam a sua égide.

A análise de viabilidade do plano proposto forneceu uma resposta muito positiva, na medida que evidenciou o interesse de todos os atores na implementação das ações nas quais estavam envolvidos, conforme apresentado nas tabelas 4, 5 (a e b) e 6 (a seguir). Não foram observadas operações conflitantes, o que também indica um cenário positivo para a sua implementação. Esta análise evidenciou ainda que os recursos necessários e os recursos disponíveis são semelhantes, o que tornou desnecessária a elaboração de Estratégias de Viabilidade.

Conjunto de Atores Sociais	Operação 1 (OP 1)		Operação 2 (OP 2)		Operação 3 (OP 3)		Operação 4 (OP 4)	
	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor
Componentes do Grupo	+	A	+	A	+	A	+	A
Superintendente da VISA Estadual	+	A						
Núcleo de Planejamento	+	A	+	A	+	A	0	A
Coordenadores das VISAS Municipais			+	A			+	A
Área de Comunicação da SES					0	A		
Representantes das VISAS Municipais							+	A

Legenda: (A) – Alto, (M) – Médio, (B) - Baixo, (+) - A favor, (0) - Indiferente, (-) - Contra

Tabela 4 – Matriz de Motivação dos Atores

Tipo de Recurso	Operação 1 (OP 1)			Operação 2 (OP 2)		
	Componen.do Grupo	Superint. VISA Estadual	Núcleo de Planej	Componen. do Grupo	Coord. VISAS Municipais	Núcleo de Planej
Econômico	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Não se Aplica	Baixo
Poder	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Alto	Baixo
Conhecimento	Alto	Médio	Baixo	Alto	Alto	Médio
Capacidade Organizativa	Médio	Baixo	Alto	Alto	Alto	Alto

Tabela 5a – Matriz de Recursos Críticos das Operações 1 e 2

Tipo de Recurso	Operação 3 (OP 3)			Operação 4 (OP 4)			
	Componen. do Grupo	Área Comun. SES	Núcleo de Planej	Componen. do Grupo	Núcleo de Planej	Coord. VISAS Municipais	Repres. VISAS Municipais
Econômico	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Não se Aplica	Baixo
Poder	Alto	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Baixo
Conhecimento	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto	Médio	Baixo
Capacidade Organizativa	Médio	Alto	Baixo	Alto	Alto	Não se Aplica	Baixo

Tabela 5b – Matriz de Recursos Críticos das Operações 3 e 4

Operações / Atividades	Atores Mais Importantes			Capacidade de Rejeição dos Atores		
	Componen. do Grupo	Superint. VISA Estadual	Coord. VISAS Municipais	Componen. do Grupo	Superint. VISA Estadual	Coord. VISAS Municipais
Realizar reuniões intersetoriais para o planejamento das ações	A Favor	A Favor	A Favor	Baixo	Baixo	Baixo
Realizar diagnóstico situacional do processo de denúncia dos Municípios	A Favor	A Favor	A Favor	Baixo	Baixo	Baixo
Elaboração de material informativo para as VISAS	A Favor	A Favor	A Favor	Baixo	Baixo	Baixo
Divulgação do instrumento de orientação para os Municípios, por regiões, por meio de reuniões	A Favor	A Favor	A Favor	Baixo	Baixo	Baixo

Tabela 6 – Síntese de Análise de Viabilidade

É necessário ressaltar que a utilização dos dados utilizados nesse projeto, oriundos do Setor de Denúncias da Superintendência Estadual de Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro (SDEN/DGP/SUVISA/SES/RJ), foi autorizada por esta mesma superintendência.

Referências

ALCANTARA, A. Sensibilização da Equipe Multiprofissional para o Trabalho do Grupo de Gerenciamento de Riscos em Saúde. 2011. 21p. Monografia (Especialização), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Cartilha de Vigilância Sanitária: Cidadania e Controle Social. Brasília, 2002. 56p.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ GVIMS/ GGTES. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. 56p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, v.5)

ARTMANN, E. Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). 1993. 228p. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

ARTMANN, E., AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C., 1997. Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: análise comparada de duas experiências. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.723-740, out-dez/1997.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um Instrumento a Favor da Visão Multissetorial. *Cadernos da Oficina Social 3*. Rio de Janeiro: Fiocruz fev/2000. p.98-119. Disponível em http://www6.ensp.fiocruz.br/ repositorio/sites/default/files/arquivos. Acesso em 02 de dezembro de 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à Legislação Sanitária, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L6437.htm. Acesso em: 02 de dezembro de 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal, 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8078.htm. Acesso em: 09 de março de 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm. Acesso em: 09 de março de 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 27 de janeiro de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm. Acesso em: 09 de março de 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, 18 de novembro de 2011. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis. Acesso em: 02 de dezembro de 2013.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária, Saúde e Cidadania. Belo Horizonte: Núcleo de Saúde Coletiva, FAMED/UFMG, p. 13-27, 2000.

COSTA, E. A. Políticas de Vigilância Sanitária: Balanço e Perspectivas. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001.

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde. In: ARANHA; M.I. (Org.). *Direito Sanitário e Saúde Pública.* Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde, 2003, Coletânea de textos, v.1, cap. 8, p. 179-206.

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. Avaliação de Programa de Atenção à Saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.907-923, 2002. Disponível em http://www.redalyc.org/pdf/630/63011569022.pdf. Acesso em 09 de março de 2014.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. A Gestão em Vigilância Sanitária In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1, 2001, Brasília: ANVISA, 2001.(Caderno de Textos).

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. A Gestão da Vigilância Sanitária In: DE SETA, M. H.; PEPE, V.L.E. ; O'Dwyer, G. (Org.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.195-217. ISBN: 85-7541-099-7.

DE SETA, M. H. A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: Uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. 2007. 176p. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

DE SETA, M. H.; REIS, L. G. C. As Vigilâncias do Campo da Saúde, o Risco como Conceito Fundamental e a Caracterização dos seus Processos de Trabalho. In: DE SETA, M.H.; REIS, L. G. C.; DELAMARQUE, E.V. (Org.). *Gestão da Vigilância Sanitária à Saúde.* Brasília, 2010. p.219-262.

DUARTE, A.J.C.; TEIXEIRA, M.O. Trabalho e Educação na Saúde: Um olhar na Vigilância Sanitária. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO em CIÊNCIAS, 7, 2009. Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2009. Disponível em: http://www.posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viienpec/pdfs/1157.pdf. Acesso em 25 de abril de 2014.

GABIROTTI, V.: HENNINGTON, E.A.: SELLI, L. A Contribuição dos Trabalhadores na Consolidação dos Serviços Municipais de Vigilância Sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n.22, p. 1043-1051, Mai/2006.

GAMA, M.E.V.F. Vigilância Sanitária: Um modo de agir e pensar. 2010. 47p. Monografia (Especialização), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

GUEDES, I.A.; CÂNDIDO, G.A. Modernização Administrativa no Setor Público: Utilização de tecnologias de gestão e de informação para o gerenciamento do conhecimento. *Revista Gestão.Org*, Recife, v. 6, n. 2, p.158-173, Jun/2008.

LADEIRA, L. C. O desafio do Gerenciamento Informacional no Setor Público: Lições aprendidas do GERAES no Governo do Estado de Minas Gerais. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2, 2009. Brasília. Anais... Brasília: 2009. Disponível em: http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/ 123456789/34 ?mode=full. Acesso em 25 de abril de 2014.

LUCCHESE, P.R. A Vigilância Sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 99-112.

LUCCHESE, G. Globalização e Regulação Sanitária. 2001. 245 p. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCCHESE, G. A internacionalização da regulamentação sanitária. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200016&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 14 de março de 2014.

LUCCHESE, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA; M.H., PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA G.OD (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 33-47.

MATUS, C. O Plano como Aposta. Ferreira, F.R.C (Trad). S˜åo Paulo: São Paulo em Perspectivas, v. 5, n. 4, p. 28-42, out-dez/1991.

MATUS, C. El PES en la Practica. Caracas, Fundación Altadir,1994 a.

MATUS, C. Guia de Análisis Teórico. Curso de Governo e Planificação. Caracas, Fundación Altadir, 1994 b.

MENTE, J.F. Modelo Ergonômico de Gestão Participativa em Segurança e Saúde Ocupacional. 2007. 135p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Programa de Pós -Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.565 de 26 de agosto de 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt1565_26_08_1994.html. Acesso em 02 de dezembro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 2.203 de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 1/96) e redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em 02 de dezembro de 2013.

NETO, A. J. F. Da Competência de Estados e Municípios em Matéria de Segurança Sanitária. Aspectos Tecnológicos. Revista de Direito Sanitário. v. 2, n. 1, p. 88-101, Mar/2001.

RANGEL-S, M. L. Comunicação em Vigilância Sanitária. In: COSTA, E. A. (Org). *Vigilância Sanitária: temas para debate*. Salvador: EDFBA, 2009, p.153-170.

RANGEL-S, M. L. Risco, Cultura e Comunicação. In: COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. (Org.). *Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e Diretrizes para uma Política.* Salvador: Edufba, 2007.

RANGEL-S, M. L.; COSTA, E. A.; MARQUES, T. Risco, Vigilância Sanitária e Comunicação: Subsídios para uma Política de Proteção e Promoção da Saúde. In: COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. (Org.). *Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e Diretrizes para uma Política*. Salvador: Edufba, 2007.

RESENDE, A.H.V.; SANTOS, R.A. Principais Dificuldades Enfrentadas no Setor de Vigilância Sanitária Municipal. In: I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIA EM GESTÃO, EDUCAÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO (CIEGESI), I Encontro Científico Do PNAP/UEG, 22-23/Junho, 2012, Goiânia. Anais eletrônicos… Goiânia: 2012, p. 634-648.

SÁ, M.C.; ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico em Saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.) *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: OPAS, 1994, p.19-44.

SÁ, M.C.; PEPE, V.L.E.. Planejamento Estratégico. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz , 2000, pp 197–232.

SILVA, L.A.: SANTOS, J.N. Concepções e Práticas do Trabalho e Gestão de Equipes Multidisciplinares em Saúde. In: CONGRÈS TRANSFORMARE, 2, 2012. Paris. *Anais*... Paris, 2012.

SIQUEIRA, P. S. C., GOMI, E. S., Uma Metodologia de Planejamento Estratégico Baseada em Inteligência Competitiva. In: III SIMPÓSIO DE PESQUISA OPERACIONAL e IV SIMPÓSIO DE LOGÍSTICA DA MARINHA, 2009. Rio de Janeiro. Anais... Disponível em http://exadigital.com.br/Siqueira_spolm99-v695.pdf . Acesso em 26 de maio de 2014.

STEINBACH, A. Avaliação de Desempenho do Processo de Comunicação da Vigilância Sanitária por Meio da Metodologia Multicritério e Apoio à Decisão Construtivista -

Mcda-C. Dissertação de Mestrado. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2013.

WERNECK, G.A.F. *et al.* Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária: estudo exploratório em estados e municípios brasileiros. 2006. 5p. Relatório de Pesquisa, Universidade Federal de Minas Gerais, Centro Colaborador em Vigilância Sanitária, Belo Horizonte, 2006.

XAVIER, R.T. Desafios para a Gestão Descentralizada da VIgilância Sanitária. 2004. 139p. Monografia (Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas em Serviços de Saúde), Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

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

Área de competência "Gestão do trabalho em vigilância sanitária" – Parte 2

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	Aeroporto internacional de Viracopos: uma proposta de atuação da vigilância sanitária.
2.	Aperfeiçoamento e institucionalização da rede estadual de comunicação em vigilância sanitária (Visa).
3.	Aprimoramento de um sistema de informação para o uso em vigilância sanitária.
4.	Atendimento a denúncia.
5.	Desenvolvimento do Roteiro de Inspeção Sanitária e procedimentos operacionais padrão para a execução da inspeção em casas de carnes e açougues na microrregião III.
6.	Disque denúncia da vigilância sanitária como ferramenta de gestão de risco sanitário.
7.	Educação permanente do fiscal de saúde: fundamentos jurídicos e administrativos para atuação em vigilância sanitária.
8.	Intersetorialidade: fortalecendo ações de vigilância sanitária no município de Fortaleza, Ceará.

ANA CECÍLIA BUENO DE CAMPOS PANTANO ZUIANI

CECÍLIA COPI

CLÉRIA MARIA MORENO GIRALDELO

ELAINE CRISTINE D'AMICO

ELAINE FERREIRA LIMA

ELISA DA SILVA BRAGA BOCCIA

GLAUCE BERTOLINI DIAS BRAGA

GLÁUCIA MARGOTO

MARIA DAS DORES DE CAMARGO

MÔNICA APARECIDA FERNANDES GRAU

AEROPORTO INTERNACIONAL DE VIRACOPOS:

UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

São Paulo, 2013-2014

ANA CECÍLIA BUENO DE CAMPOS PANTANO ZUIANI

CECÍLIA COPI

CLÉRIA MARIA MORENO GIRALDELO

ELAINE CRISTINE D'AMICO

ELAINE FERREIRA LIMA

ELISA DA SILVA BRAGA BOCCIA

GLAUCE BERTOLINI DIAS BRAGA

GLÁUCIA MARGOTO

MARIA DAS DORES DE CAMARGO

MÔNICA APARECIDA FERNANDES GRAU

AEROPORTO INTERNACIONAL DE VIRACOPOS:

UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

Orientadora: Rosângela Sartori

São Paulo, 2013-2014

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

Autores: Zuani ACBC, Copi C, Giraldelo CMM, D´Amico EC, Lima EF, Boccia ESB, Braga GBD, Margoto G, Camargo MD, Grau MAF

Aeroporto internacional de Viracopos: uma proposta de atuação da vigilância sanitária/ Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como Especialistas no Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária 2013-4 / Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

– São Paulo, 2014.

30p.

1. Gestão da Vigilância Sanitária 2. Vigilância Sanitária em Aeroporto. 3. Atribuições da

Resumo

O Aeroporto Internacional de Viracopos localizado em Campinas, município do Estado de São Paulo, passa por ampliação de sua estrutura, visando mudar sua característica original, de transporte de cargas com pequeno transporte de passageiros, para maior transporte de cargas e fortalecimento no transporte de passageiros, inclusive internacional.

O aumento de trabalhadores no Aeroporto, de circulação de pessoas e produtos, implicará no aumento do risco de eventos de saúde pública no Aeroporto de Viracopos, que precisarão ser monitorados e controlados pelas equipes de Vigilância em Saúde, impactando ainda na demanda das Unidades de Saúde da região.

Este projeto estabelece uma proposta com diretrizes para o planejamento das ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde pública, seja individual ou coletivamente, considerando a necessidade de reestruturação das equipes de Vigilância Sanitária e de seus processos organizativos.

Abstract

The Viracopos International Airport from Campinas, São Paulo, that is originally based on cargo transportation and a very limited passenger transportation is expanding its structure and activities to support a higher level of passenger transportation, which includes international flights.

The increase in number of workers and in the movement of people and products at the Viracopos Airport, will ultimately result in a higher risk of public health events. The monitoring and control of those events by the Health Surveillance teams is necessary, and will strongly impact the demand in the health units in this area.

In this project, we have established suggestions and guidelines to the action plans related to the prevention and promotion of the public health on the Viracopos International Airport. The need of changes in the structure of the Sanitary Surveillance teams and its organizational processes is also being considered.

SUMÁRIO

1 Introdução..... 06

2 Histórico, Atribuições e Competências da Vigilância Sanitária..... 08

3 Atividades da Vigilância Sanitária em Aeroportos..... 13

3.1 Controle Sanitário do Viajante..... 14

3.2 Controle Sanitário na Entrada de produtos importados..... 15

3.3 Fiscalização Sanitária da Infraestrutura Aeroportuária..... 15

4 Justificativas..... 17

5 Propostas de Intervenção..... 18

5.1 Objetivo Geral..... 18

5.2 Objetivo Específico..... 19

6 Metodologia..... 19

7 Operações e Ações..... 19

8 Construção e Articulação das ações de intervenção..... 20

9 Proposta de Ação desse projeto aplicativo..... 23

10 Previsão de Recursos para implementação do PA..... 26

11 Referências Bibliográficas..... 27

ANEXO

ANEXO I - INDICADORES PROPOSTOS..... 30

1 - Introdução

Campinas é uma cidade localizada a cerca de 100 km da capital do Estado de São Paulo. Possui área total de 796,4 Km², área rural de 407,5 Km². Sua altitude é de 680 metros acima do nível do mar. Possui população estimada em 2011 de 1.091.946 habitantes. Sua economia baseia-se no setor de serviços (73,42%), seguido pelo setor da indústria (26,43%), dados de 2008. (1)

Em 19 de outubro de 1960, por meio da Portaria Ministerial n.º 756, Viracopos foi elevado à categoria de Aeroporto Internacional e homologado para aeronaves a jato puro. Ao longo dos anos o aeroporto cresceu para acompanhar a evolução da aviação. A partir de 1978 a INFRAERO começou a administrar o Terminal de Cargas e, em 1980, recebeu do DAESP a administração geral do Aeroporto Internacional de Viracopos em Campinas (2)

Localizado a 14 quilômetros do centro de Campinas e a 99 quilômetros do centro de São Paulo, Viracopos é o segundo principal terminal aéreo de cargas do país. Seu terminal de cargas tem uma área de 81 mil m² e responde por cerca de 18% da movimentação total de cargas registada nos aeroportos brasileiros. (2)

Em fevereiro de 2012, o **Aeroporto Internacional de Viracopos**, **em Campinas (SP),** através de Termo de Concessão firmado com a ANAC (Agencia Nacional de Aviação Civil), passou a ser administrado pela concessionária **Aeroportos Brasil Viracopos** formada pela **Infraero** e pelo consórcio **Aeroportos Brasil**. (3)

Instalado em um dos mais importantes polos tecnológicos do país, a Região Metropolitana de Campinas, o Aeroporto de Viracopos é considerado alternativa viável para absorver o futuro tráfego dos aeroportos de Congonhas e Guarulhos, por sua proximidade com a capital paulista e sua capacidade de expansão. Possui o menor índice anual de fechamento entre os aeroportos do Brasil, fecha em média apenas três vezes por ano devido sua localização privilegiada. Atualmente também é referência no país na movimentação de carga internacional, principalmente de produtos com alto valor agregado. O aeroporto é um dos principais portões de entrada e saída de mercadorias do país, cercado por importantes rodovias que facilitam o escoamento de produtos pelo interior dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, baixada santista, além de diversas regiões do Brasil. (3)

Desde que foi concedido à iniciativa privada, o **Aeroporto Internacional de Viracopos**, **em Campinas (SP),** passou por inúmeras melhorias no seu atual terminal de passageiros: (3)

- Ampliação das áreas de embarque de 2.500m² para 5.000m²;

- Reforma de todos os conjuntos de banheiros e construção de mais quatro novos, totalizando 15 novos conjuntos de banheiros;

- Construção do novo estacionamento para caminhoneiros;

- Inauguração do *free shop*;

- Inauguração da sala VIP;

- Inauguração de novos restaurantes e estabelecimentos comerciais;

- Homologação para receber os super-cargueiros Boeing 747-8F;

- Regularização do comércio de ambulantes no entorno do Aeroporto;

- Reforma das instalações do atual Terminal de Passageiros;

- Construção de terminal rodoviário de ônibus com 10 baias;

- Entrega do novo pátio de aeronaves com cinco posições.

O número de passageiros vem aumentando em Viracopos. Com a finalização da obra de ampliação, prevista para 2014, o terminal terá capacidade para receber 14 milhões de passageiros por ano, em contrapartida aos 7.661.134 passageiros transportados em 2013. (4)

Tal ampliação acarretará no aumento do trânsito local e nas rodovias de acesso, tanto de pessoas como de cargas, inclusive de produtos perigosos. Implicará também no aumento do número de estabelecimentos de interesse à saúde no terminal de passageiros e em seu entorno.

Desta forma, considera-se que o aumento de trabalhadores no Aeroporto, na circulação de pessoas (viajantes) e produtos, implicará no aumento do risco de eventos de saúde pública, que precisarão ser monitorados e controlados pelas equipes de Vigilância em Saúde, impactando ainda na demanda das Unidades de Saúde da região.

Atualmente as atividades relacionadas à vigilância em saúde no aeroporto são executadas pelos níveis federal e municipal.

A ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária) no Aeroporto de Viracopos atua no controle sanitário de produtos importados e exportados. Em aeronaves realiza inspeção sanitária, avaliando o abastecimento de água e alimentos, os resíduos gerados, sistema de esgotamento sanitário, monitora a limpeza, desinfecção e descontaminação. Inspeciona a infraestrutura aeroportuária, incluindo sistema de resíduos sólidos e climatização, empresa prestadora ou produtora de bens e serviços no aeroporto, e atua na vigilância sanitária e epidemiológica do controle de vetores. Atua no controle sanitário de produtos e serviços

submetidos à vigilância sanitária, fiscalizando e emitindo autorização de funcionamento (AFE) para os ambientes armazenadores e prestadores de serviços de interesse à saúde que exercem suas atividades no aeroporto.

O município realiza o licenciamento dos estabelecimentos e serviços de interesse à saúde, atuando nos casos de eventos de saúde pública, especialmente doenças transmissíveis e nos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, além de inspeções preventivas de saúde do trabalhador, recomendação e monitoramento de imunização de trabalhadores.

O nível estadual atua no apoio técnico, quando solicitado, e no fornecimento de imunobiológicos.

Fica evidente a atuação de ambos os níveis, federal e municipal, nos serviços e estabelecimentos localizados no sítio aeroportuário e eventualmente em estabelecimentos localizados no município que prestam serviço no aeroporto.

Os registros e relatórios das ações realizadas são mantidos no ente federado responsável pela ação. Cada um deles possui sistemas de informações próprios que não se comunicam entre si, inviabilizando a divulgação ou compartilhamento dos registros e dos relatórios produzidos. O SINAN, apesar de ser um sistema nacional, não é utilizado pela ANVISA nos aeroportos. Os sistemas mais utilizados são o SAGARANA - nível federal e o SIVISA - nível municipal e estadual:

- O Sagarana é um sistema de gestão de riscos, iniciativa da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF) da ANVISA na padronização de processos de trabalho e dispõe de roteiros de inspeção específicos para cada atividade executada. Permite o gerenciamento dos riscos em todos os pontos de entrada no território nacional.
- O SIVISA é o Sistema de Informação da Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, que permite o gerenciamento das ações de Vigilância Sanitária nas diversas esferas do SUS. O sistema registra dados referentes à produção e qualidade dos serviços prestados pelas equipes de Vigilância, tanto municipais como estaduais, bem como o universo de estabelecimentos alvo das ações de Vigilância Sanitária.
- O SINAN é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

2 - História, Atribuições e Competências da Vigilância Sanitária.

Segundo BUENO, 2005, no instante em que a comitiva real desembarcou no Brasil iniciou-se um período de profundas transformações que iria provocar uma guinada radical também nas questões ligadas à saúde pública. De fato, um dos primeiros atos de D. João foi a "abertura dos portos às nações amigas" em 28 de janeiro de 1808. Tal decisão não só rompeu com os grilhões coloniais como tem sido considerada por alguns como o momento em que a vigilância sanitária se estabeleceu de vez no Brasil. (5)

Em 22 de janeiro de 1810, outra guinada na historia da vigilância sanitária se dá com a entrada em vigência do Regimento da Provedoria, um longo alvará com 41 itens, onde são estabelecidas normas mais rígidas de controle sanitário dos portos (cada vez mais movimentados), controle de alimentos, inspeção em matadouros e açougues, boticas e medicamentos, além da fiscalização para concessão de licença para o exercício da medicina e farmácia. Este e demais atos demonstram o papel sanitarista de D. João VI no Brasil, reforçando sua contribuição para que a saúde passasse a ser vista como problema social. (5)

Com D. Pedro I, houve a municipalização dos serviços sanitários. A Constituição outorgada em 25 de março de 1824 concedeu maior poder às Câmaras Municipais e elas passaram a estabelecer seus próprios regimentos, vários ligados às questões de saúde. No entanto a sociedade médica considera um poder frágil, incapaz de refletir sobre a saúde. De fato com o passar dos anos verifica-se a inexistência de um código sanitário, a ruína dos hospitais, ausência de instituições para consultas ou assistência medica e carência de medicamentos. Assim, sob pressão da Sociedade de Medicina, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro promulga em 1832 um novo Código de Posturas, que além de seguir as sugestões da Sociedade de Medicina, introduz a prática de licença no controle das fábricas. Nos anos seguintes, no entanto, fica evidente a desordem sanitária com a eclosão das epidemias de varíola, gripe, febre tifóide e sarampo. Em 1849, a febre amarela ressurge com força total para mudar novamente os rumos da história do Brasil sepultando o projeto de municipalização de saúde pública e estabelecendo novos padrões sanitários que perduraram até a Proclamação da República. (5)

A primeira medida governamental foi a nomeação, em fevereiro de 1850, de uma Comissão Central de Saúde Pública. A comissão se tornaria o embrião da Junta Central de Higiene Pública, criada em 20 de setembro de 1851, e que iria marcar toda uma nova etapa da organização da vigilância sanitária no Brasil. De acordo com o artigo 48 de seu regimento, a Junta tinha como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que englobava a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns,

restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios e fábricas. (5)

A Constituição da República, promulgada em 1891, não fez menções a questões de saúde. Nos anos seguintes o Brasil passou por grandes mudanças econômicas e culturais. A proclamação da República acelera a implantação de serviços básicos de saúde no Brasil. Temos uma nova concepção em saúde e prevenção com os jovens e brilhantes discípulos de Louis Pasteur, como Oswaldo Cruz, Vital Brazil, Adolfo Lutz e Emílio Ribas. (5)

Em 15 de novembro de 1902, assume a Presidência do Brasil, Rodrigues Alves , considerado um presidente sanitarista, revela como proposta de governo o saneamento do Rio de Janeiro e a melhoria do seu porto. Àquela época a capital do Brasil era considerada como um foco de epidemias e seu porto antiquado, com instalações precárias, sendo um empecilho ao desenvolvimento econômico do País. (5)

Os anos seguintes trazem consigo o enfrentamento ao mosquito da febre amarela, à varíola e à peste bubônica, todos capitaneados por Oswaldo Cruz então Diretor Geral de Saúde Pública da Presidência da República. Posteriormente dedica-se à vigilância dos portos, considerando que as três moléstias que enfrentara haviam chegado ao Brasil por meio de navios estrangeiros. (5)

Movimentos operários em 1917, iniciados em São Paulo e difundidos posteriormente no Rio de Janeiro e demais centros operários do país, reivindicavam além de aumentos salariais e condições dignas de trabalho, compromissos relativos a questões de vigilância sanitária como impedir a adulteração e falsificação de gêneros alimentícios. (5)

Em 1918, com a subnutrição e condições precárias de vida dos trabalhadores e a eclosão da Primeira Guerra Mundial, surge no país a primeira grande epidemia após a erradicação da febre amarela, da peste bubônica e da varíola: a gripe espanhola. De acordo com Eduardo Bueno chegou ao Brasil quando um navio britânico aportou em Recife com vários marinheiros contaminados e sem que fosse detido pelas autoridades sanitárias, rumou e aportou no Rio de Janeiro, onde a doença se espalhou de forma intensa. (5)

A crise provocada pela gripe espanhola deixou claro que 15 anos após as mudanças efetivadas por Oswaldo Cruz à frente Diretoria Geral de Saúde Pública, era hora de impor uma nova reforma no setor, o que levou o Presidente Epitácio Pessoa declarar que “a reorganização do serviço sanitário no Brasil impõe-se como medida de caráter inadiável a que se ligam os mais altos interesses nacionais de ordem ética, humanitária e econômica”. Assim Carlos Chagas foi incumbido de elaborar o Regulamento Sanitário Federal (Decreto n°16.300 de 31 de dezembro de 1923), mais conhecido como “Reforma Chagas”, que além de determinar as atribuições e competências do Departamento Nacional de Saúde Pública

concedia poderes de interferir amplamente na vida da população, pois passou a legislar sobre vários temas. Foi o primeiro decreto a incorporar em seu texto o termo “vigilância sanitária”. Entre suas principais atribuições estava a emissão de um Passaporte Sanitário, documento de porte obrigatório para todos os cidadãos eventualmente sob vigilância devido a doenças comprovadamente infecto contagiosa, ou de diagnostico incerto. [5]

Em 1930, com o governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. A questão educacional ganhou muito mais ênfase no novo ministério do que os problemas de saúde e tal diminuição de prestígio e poder se acentuou quando as questões relativas à saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho foram inseridas no mais influente dos ministérios da Era Vargas, o do Trabalho. [5]

A década de 50, sob os governos Vargas e depois de Juscelino Kubitschek, trouxe uma série de marcos regulatórios e iniciativas governamentais que mudaram o formato da vigilância sanitária e da saúde pública no País. [5]

O Código Nacional de Saúde, instituído pelo Decreto n°49.974 de 21 de janeiro de 1961, separou vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. O termo vigilância sanitária passou a ser aplicado apenas em relação às ações em portos e fronteiras. O Código proporcionou um controle mais rígido das doenças que acometiam os brasileiros, tornando obrigatória a notificação de casos de dezenas de moléstias. Inclui também um capítulo extenso relativo a saneamento. [5]

Na Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, o Estado tornou-se o responsável pela garantia à saúde, pelas ações da vigilância sanitária e de defesa do consumidor. Em seu artigo 196, estabelece o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução ao risco de doenças e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O artigo 200 estabelece que compete ao Sistema Único de Saúde, entre outras atribuições, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substancias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; fiscalizar e inspecionar alimentos; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias psicoativas, tóxicos e radioativos. [6]

Seguindo esta premissa é publicada em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços. É conhecida como a Lei do SUS (Sistema Único de Saúde). Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, a

execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e da saúde do trabalhador. (7)

Nesta Lei, encontra-se a definição de vigilância sanitária: *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 à saúde, abrangendo os bens e serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.* (7)

A Lei Federal n°8080/1990, dispõe que compete à direção nacional do SUS definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária e promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.

A Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA foi criada através da Lei Federal n°9.782 de 26 de janeiro de 1999, como uma autarquia sob regime especial, com independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, incorporando as competências da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

A publicação da Lei nº 9.782/99, reitera a determinação da Lei 8.080, quando dispõe que compete à União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, entre outras atividades, a função de exercer a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo esta atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e Municípios.

Esta premissa está claramente exposta na missão da ANVISA, que é de "*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".* (9)

A Lei 9.782/1999 no Art. 7º, §1º, estabelece que a Agência poderá delegar aos Estados, Distrito Federal e Municípios a execução das atribuições que lhe são próprias, **com exceção** de, entre outras:

1. Coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
2. Anuir com a importação e exportação dos produtos mencionados no art. 8º da Lei;
3. Conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação;

4. Proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
5. Cancelar a autorização de funcionamento e a autorização especial de funcionamento de empresas, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
6. Coordenar as ações de vigilância sanitária realizadas por todos os laboratórios que compõem a rede oficial de laboratórios de controle de qualidade em saúde;
7. Estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica.

Para cumprir seu papel institucional como entidade de saúde pública, a atual Superintendência de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (SUPAF) possui a função de coordenar as ações de controle sanitário nessas áreas, com a missão de proteger e promover a saúde do viajante, dos meios de transporte, dos serviços e dos ambientes submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos processos de anuência e isenção de produtos, insumos e da tecnologia a eles relacionados, fazendo, assim, cumprir a legislação brasileira, o Regulamento Sanitário Internacional e outros atos subscritos pelo Brasil.

Essas atividades são desenvolvidas pelos servidores em exercício nos postos, lotados nas Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (CVPAF), que se localizam nas capitais dos Estados Brasileiros (26), bem como no Distrito Federal (01) em consonância com as diretrizes e protocolos formulados pelas áreas técnicas do nível central da GGPAF e, de forma articulada, com os órgãos de saúde dos níveis estadual e municipal, bem como com outros órgãos federais.

3 - Atividades da Vigilância Sanitária em Aeroportos

Como visto na história do Brasil, sempre houve preocupação no controle de pessoas e produtos nos pontos de entrada do território brasileiro. As atividades em portos, aeroportos e fronteiras vinculadas às ações da vigilância sanitária, abrangem as atividades relacionadas à saúde do viajante, a importação e exportação de bens e mercadorias de interesse a saúde e a infraestrutura aeroportuária. Incluem-se nestas ações:

- Controle Sanitário de Produtos Importados;

- Autorização de Funcionamento de Empresas (AFE);

- Controle Sanitário de Viajantes;

- Inspeção de Meios de Transportes e

- Inspeção de Infraestrutura e Controle de Vetores

3.1 Controle Sanitário do Viajante

Cada vez mais é imprescindível a atenção das autoridades sanitárias relacionadas à saúde do viajante, seja o brasileiro que se desloca aos diversos países como do estrangeiro que chega ao Brasil para turismo ou negócios.
Cabe à autoridade sanitária a atribuição de proteger a saúde do viajante em trânsito pelas áreas portuárias, aeroportuárias e de fronteiras, monitorando a segurança sanitária de pessoas e produtos que entram e saem do nosso país. Neste sentido o monitoramento epidemiológico dos inúmeros agentes etiológicos é de suma importância. Conforme estabelecido na Lei n° 9782/1999, as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde. Atualmente, as suspeitas de casos de saúde pública observados no Aeroporto de Campinas, são avaliados em conjunto pelas equipes federal e municipal e, posteriormente notificados ao município que notificará o estado.

Salientamos ainda que o Brasil é signatário do Regulamento Sanitário Internacional - RSI (2005). Aprovado em maio de 2005 passou a vigorar em 15 de junho de 2007, é um documento oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda aos países membros cumprirem suas normas e preceitos, a fim de prevenir, controlar ou reduzir a propagação internacional de doenças de formas mensuradas e restritas aos riscos à saúde pública e evitar interferências desnecessárias ao tráfego e comércio internacional. Esta nova estrutura do Regulamento estabelece o envio rápido da informação sobre surtos, com uma compreensão do que pode constituir-se em uma emergência da saúde pública de interesse internacional e a disponibilidade de auxílio internacional aos países, por meio da utilização do instrumento de decisão. Além disso, o Regulamento revisado traz novas obrigações aos Estados-membros, no tocante à implementação de capacidades nacionais previstas neste instrumento. As capacidades são relativas a dois grandes conjuntos de tarefas que compreendem atividades de vigilância, informação, notificação, verificação, resposta e colaboração em todos os níveis, desde a comunidade local até o nível federal, inclusive nos Portos, Aeroportos e Passagens de Fronteiras Terrestres.

Outro fator de risco a ser monitorado nos aeroportos são os estabelecimentos de alimentos. Com os novos conceitos e disposição de serviços, o viajante e a própria comunidade que trabalha nestes locais se utilizam da grande rede de serviços de alimentação ofertados. O

consumo seguro é uma preocupação das autoridades sanitárias. Neste sentido, a ANVISA deve regularmente executar ações de fiscalização nestes estabelecimentos para averiguação do cumprimento da legislação sanitária vigente e cabe ao Município, além da inspeção, a emissão da Licença de Funcionamento dos estabelecimentos instalados nestes locais (Código Sanitário do Estado de São Paulo - Lei 10.083 de 23 de setembro de 1998).

3.2 Controle Sanitário na entrada de produtos importados

Esta é uma atividade de competência exclusiva da ANVISA, conforme previsto na Lei n°9782/1999. Consiste na análise dos processos de importação que envolva a entrada no País de produtos de interesse a saúde, quais sejam: alimentos, células, tecidos ou órgãos, cosméticos, produtos de higiene e perfumaria, medicamentos, reagentes de diagnóstico *in vitro*, equipamentos e materiais de uso médico e saneantes domissanitários.

A importação destes produtos pode ocorrer nas suas diversas fases de produção, (matérias primas, insumos farmacêuticos, partes e peças de equipamentos, produtos acabados, produtos a granel, semielaborados). Somente poderão ser importados os itens que estejam em conformidade com a legislação vigente e cumpram os padrões de segurança e eficácia de cada categoria de produto. Atualmente a RDC nº 81/2008, estabelece os dispositivos necessários para a importação de bens e produtos sujeitos à intervenção sanitária.

As Empresas importadoras também devem estar devidamente regularizadas no tocante a atividade de importar produtos de interesse à saúde. A RDC nº16/2014, estabelece os critérios que devem ser cumpridos para habilitação desta atividade.

3.3 Fiscalização Sanitária da Infraestrutura Aeroportuária

A estrutura do aeródromo, incluindo suas instalações para operações de aeronaves, embarque e desembarque de cargas ou viajantes, também deve ser regularmente fiscalizada para verificação do cumprimento da legislação sanitária, conforme recomendação do Regulamento Sanitário Internacional.

A RDC nº 2 de 08 de janeiro de 2003, estabelece as responsabilidades da administração aeroportuária, das empresas de transporte aéreo, das empresas prestadoras de bens e serviços que operem na área aeroportuária conforme sua natureza e finalidade.

As atividades relacionadas à fiscalização da infraestrutura aeroportuária são:

1. Controle sanitário dos meios de transporte: aeronaves em trânsito no território nacional estão sujeitas a fiscalização sanitária, verificação dos procedimentos de

limpeza, desinfecção e ou descontaminação conforme métodos, técnica e produtos estabelecidos no Plano de Limpeza e Desinfecção - PLD.

2. Qualidade da água ofertada: cumprimento dos parâmetros de potabilidade estabelecidos. Válido para empresas aéreas e administração do aeródromo.
3. Serviços de alimentação: incluem a qualidade dos alimentos ofertados a bordo ou em estabelecimentos instalados no aeródromo. Verificação das Boas Práticas de Fabricação e de Prestação de Serviços referentes aos alimentos.
4. Gerenciamento dos resíduos sólidos: os resíduos sólidos produzidos a bordo das aeronaves ou nos estabelecimentos instalados devem possuir procedimentos de coleta, identificação, acondicionamento, armazenamento e transporte de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS) aprovado pelo aeroporto.
5. Sistema de Esgotamento Sanitário: devem ser garantidas as condições técnicas operacionais e higiênicas sanitárias nos serviços prestados.
6. Sistema de Climatização: verificação das condições dos sistemas instalados e avaliação do Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC).
7. Empresas Prestadoras e ou Produtora de Bens e Serviços: as empresas prestadoras de serviços de interesse à saúde, localizadas na área aeroportuária devem possuir Autorização de Funcionamento (AFE), concedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (RDC nº345 de 28 de dezembro de 2002)
8. Vigilância Sanitária e Epidemiológica no Controle de Vetores: fiscalização das áreas, garantindo-as isentas de criadouros de insetos, roedores e quaisquer outros vetores transmissores de doenças, sejam elas de notificação compulsória no território nacional ou não, ou animais peçonhentos que impliquem risco a saúde individual ou coletiva.

Atualmente todas as atividades relacionadas à fiscalização da infraestrutura aeroportuária estão no escopo de atividades da ANVISA, sendo que em alguns casos possuem interfaces com outros órgãos.

Em relação ao monitoramento da água potável ofertada, a Portaria n° 2.914, de 12 de dezembro de 2011, que *dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade*, esclarece em seu Art.10 que compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) exercer a vigilância da qualidade da água nas áreas de portos, aeroportos e passagens de fronteiras terrestres, conforme os critérios e parâmetros estabelecidos bem como diretrizes específicas pertinentes. No entanto também compete ao Município exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com os responsáveis pelo controle da

qualidade da água para consumo humano, sendo o Estado responsável por promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água.

A ANVISA verifica o cumprimento do plano de vetores estabelecido pelo administrador aeroportuário. A Sucen, Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo, é ocasionalmente chamada pela ANVISA para realizar as ações de controle, pois possui profissionais capacitados e recursos necessários.

Em relação aos resíduos sólidos gerados no aeroporto, a concessionária elabora o PGRS (Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos) que é submetido à avaliação, aprovação e monitoramento da ANVISA. No caso de destinação final dos resíduos de cargas interditadas ou abandonadas, a ANVISA confere e acompanha o transporte da carga até o local de destinação final.

Nos casos de acidentes graves e fatais de trabalhadores da área aeroportuária, o CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Município de Campinas realiza a investigação das causas, em parceria com o Ministério de Trabalho e ANVISA. Em ações de saúde do trabalhador, especialmente preventivas e quando há necessidade de intervenção, há duplicidade de ação entre o Cerest e o Ministério do Trabalho.

4 - Justificativa

Muito se discute sobre as diversas atividades exercidas pela vigilância sanitária em aeroportos e a interação entre os três níveis de gestão. Atualmente, há uma prática informal de cooperação técnica entre vigilância sanitária federal, municipal e estadual, para o cumprimento das ações previstas pelo SUS.

No entanto a fiscalização de produtos importados é uma pratica exclusiva federal, indelegável, conforme prevista na Lei n° 9782/1999. A análise dos processos de importação e a inspeção física das cargas constituem importantes ações para prevenção de agravos a saúde individual e coletiva e consequente gerenciamento do risco sanitário.

Verifica-se que as ações de vigilância sanitária em aeroportos, conforme os dispositivos legais citados remetem na maioria dos casos para a responsabilidade do ente federal, neste caso a ANVISA, a coordenação, monitoramento e execução das atividades. No entanto existe também a prerrogativa legal das ações serem exercidas de forma suplementar pelo Estado e Município. As ações relativas à saúde do trabalhador, bem como as questões referentes ao saneamento básico e ao meio ambiente não fazem parte das responsabilidades atribuídas à ANVISA.

Ao estado compete o gerenciamento das ações que envolvem o monitoramento dos eventos de saúde pública notificados e suporte técnico e operacional ao município.

Atualmente, o município de Campinas emite a Licença de Funcionamento aos estabelecimentos regulados pela vigilância sanitária instalados no aeroporto. Além destas atividades, estão inclusas as relacionadas à saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica.

As competências definidas em normas vigentes evidenciam duplicidade de algumas ações:

- estabelecimentos de comércio de alimentos instalados no aeroporto: município inspeciona e emite a licença de funcionamento conforme Lei Estadual n°10.083/98; a união inspeciona os mesmos estabelecimentos de acordo com Lei Federal n°9.782/99. Ambos podem autuar e interditar independentemente.

- empresas que prestam serviços de interesse à saúde: ANVISA concede AFE (Autorização de Funcionamento de Empresa) para empresas que prestam serviços de interesse da saúde pública em aeronaves e no aeroporto. Estes serviços - drogarias, salões de beleza, hotelaria, serviços médicos e outros previstos na RDC n°345/2002 - são licenciados previamente pelo município. Salientamos que nestes casos há cobrança de taxas para emissão de AFE e Licença de Funcionamento.

- Atualmente o controle da potabilidade da água é realizado pelo administrador aeroportuário, cabendo a ANVISA verificar o cumprimento dos planos de amostragem e resultados obtidos. Até 2012, o município realizava a coleta e o monitoramento da qualidade da água de consumo no aeroporto. Com a edição da Portaria n°2.914/2011, esta responsabilidade passou a ser da ANVISA.

Por todo o exposto percebe-se dupla atuação dos níveis federal e municipal no aeroporto, na prática e nas legislações. Alem disso, há número insuficiente de servidores nos níveis municipal e federal, e um grande esforço dos dois entes para cumprimento das ações necessárias relacionadas à vigilância sanitária.

Torna-se importante a elaboração de uma proposta para definição das competências e atribuições de cada ente federado e estabelecimento de fluxo de informações, baseado na atuação compartilhada pelos três níveis de gestão da vigilância sanitária, garantindo o monitoramento e controle dos riscos de agravos à saúde no Aeroporto de Viracopos em Campinas/SP no intuito de tornar a atuação da Vigilância Sanitária no Aeroporto mais eficiente, otimizando o recurso técnico dos profissionais da ANVISA e da Visa municipal.

5 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1 Objetivo Geral:

Enfrentar os riscos de agravos à saúde relacionados ao Aeroporto de Viracopos no que compete à Vigilância Sanitária.

5.2 Objetivos específicos:

Atuar de forma eficaz nas situações de risco de agravo à saúde.
Atuar para que os estabelecimentos forneçam serviços e produtos seguros de interesse à saúde para o consumo da comunidade aeroportuária.

6- Metodologia

A partir da análise dos principais problemas no município de Campinas, relacionados a eventos de massa, identificou-se a necessidade de atuação no Aeroporto Internacional de Viracopos, por sua importância no trânsito de pessoas e cargas, principalmente com o processo de grande expansão previsto para ocorrer de 2014 a 2020.

Para a escolha do problema do presente PA, utilizou-se a metodologia de “árvore explicativa de problemas”, através da qual foram identificados os principais problemas do município, classificados por sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento e ordem de prioridade.

Considerando os objetivos identificados e analisando a viabilização do enfrentamento, foram indicadas as Operações e Ações relativas aos objetivos que se pretende atingir. Alguns indicadores de saúde foram sugeridos para a identificação de situações de risco (diagnóstico) e para o monitoramento de ações elencadas. Os atores sociais envolvidos foram ou serão consultados sobre o teor do presente PA, entre outros, a Secretaria de Saúde do Município de Campinas através das Coordenações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e da Saúde do Trabalhador, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Chefia do Posto de Portos, Aeroportos e Fronteiras da ANVISA no Aeroporto de Viracopos.

7- Operações e Ações

Para o objetivo específico “Atuar de forma rápida e eficaz nas situações de risco de agravo à saúde” foram identificadas as situações de agravo à saúde às quais a comunidade está exposta, levantamento do histórico dos agravos notificados no aeroporto de Viracopos e do histórico das ocorrências de acidentes graves e fatais de trabalhadores nas obras de expansão do aeroporto.

No intuito de contribuir com a pactuação das ações de vigilância sanitária no Aeroporto de Viracopos aos três níveis de gestão da Vigilância Sanitária (Federal, Estadual e Municipal), foram realizados os levantamentos dos arcabouços legais das competências da ANVISA em aeroportos, da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal em aeroportos.

Para o objetivo específico “Atuar para que os estabelecimentos forneçam serviços e produtos seguros de interesse à saúde para o consumo da comunidade aeroportuária”, sugere-se a elaboração de uma programação de inspeção nos serviços e estabelecimentos de interesse à saúde, com periodicidade definida baseando-se no risco da atividade, na capacidade operacional da Vigilância e metas pactuadas. Para seu monitoramento sugerem-se os indicadores do Anexo I.

8- Construção e Articulação das ações de intervenção

Entendendo que a questão inicial é a discussão quanto à competência de cada um dos entes federados na atuação da vigilância sanitária nos aeroportos, considera-se importante a definição de qual área é de atuação exclusivamente federal para a Vigilância Sanitária, pois atualmente não há um modelo de atuação normatizado no país.

O **Código Brasileiro Aeronáutico**, Lei Federal n°7.565 de 19 de dezembro de 1986, valida a concessão dos aeródromos públicos e dispõe que os aeroportos constituem universalidades, equiparadas a bens públicos federais, onde a operação e exploração de aeroportos, bem como dos seus serviços auxiliares, constituem atividade monopolizada da União, em todo o Território Nacional, ou das entidades da Administração Federal Indireta, dentro das áreas delimitadas nos atos administrativos que lhes atribuírem bens, rendas, instalações e serviços. Os Art. 41 e 42 expõem que o funcionamento de estabelecimentos empresariais (especificamente o comércio apropriado ao aeroporto) nas áreas aeroportuárias depende de autorização da autoridade aeronáutica, com exclusão de qualquer outra, e deverá ser ininterrupto durante as 24 (vinte e quatro) horas de todos os dias, salvo determinação em contrário da administração do aeroporto, e ainda que à utilização de áreas aeroportuárias não se aplica a legislação sobre locações urbanas.

O Decreto nº 7.168, de 5 de Maio de 2010, que dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança da Aviação Civil Contra Atos de Interferência Ilícita (PNAVSEC), define as áreas controladas ou não dos aeroportos e adota a nomenclatura de lado ar para a área de movimento do aeroporto, terrenos adjacentes e edificações, ou parte delas, cujo acesso é controlado e lado terra para a área aeroportuária de uso público, cujo acesso não é controlado. Define também, em seu capítulo IV, a atribuição de responsabilidades de todas as organizações envolvidas na operação dos aeroportos, de acordo com suas características específicas, de forma a garantir nível adequado de proteção da aviação civil

contra atos de interferência ilícita. Nesse contexto, define como atribuição da ANVISA, em seu Art. 17, o controle da entrada, da permanência, da movimentação e da saída de pessoas, veículos, unidades de cargas e mercadorias, na área restrita de segurança (ARS) dos aeroportos internacionais estritamente no que interessar ao controle sanitário, e que esta observará os procedimentos previstos no Programa de Segurança Aeroportuária (PSA). Este decreto não menciona responsabilidades delegadas aos entes estadual e municipal de vigilância sanitária.

Para coordenar as atividades públicas nos aeroportos, foram instituídas, através do Decreto nº 7.554 de 15 de agosto de 2011, a Comissão Nacional de Autoridades Aeroportuárias – CONAERO e as Autoridades Aeroportuárias. A CONAERO é integrada por diversos órgãos, inclusive o Ministério da Saúde. Entre suas atribuições está "promover a coordenação do exercício das competências dos órgãos e entidades nos aeroportos",..."promover, em conjunto com seus membros e respeitadas as competências de cada um deles, alterações, aperfeiçoamentos ou revisões de atos normativos, procedimentos e rotinas de trabalho que possam otimizar o fluxo de pessoas e bens e a ocupação dos espaços físicos nos aeroportos, bem como aumentar a qualidade, a segurança e a celeridade dos processos operacionais", "propor e promover medidas que possibilitem o aperfeiçoamento do fluxo de informações e o despacho por meio eletrônico (…), expedir normas sobre instituição, estrutura e funcionamento das Autoridades Aeroportuárias, bem como monitorar e orientar suas atividades".

Através do mesmo decreto foram instituídas Autoridades Aeroportuárias, integradas por representantes de vários órgãos inclusive a ANVISA, nos aeroportos internacionais de Brasília, Belo Horizonte e Guarulhos e nos aeroportos de Congonhas e Santos Dumont. No entanto, a CONAERO tem competência para determinar a criação de Autoridades Aeroportuárias em outros aeroportos. (18)

São atribuições das Autoridades Aeroportuárias, entre outras: "coordenar e implementar a integração das ações e o compartilhamento de informações e sistemas de interesse, procedimentos e rotinas de trabalho para otimizar o fluxo de pessoas e bens e a ocupação do espaço físico no aeroporto, bem como garantir níveis adequados de segurança, qualidade e celeridade das atividades cotidianas do aeroporto", "coordenar, no que tange às suas atribuições, a comunicação social dos órgãos e entidades que a integram" e "sugerir à CONAERO revisões dos atos normativos que possam aumentar a qualidade, a segurança e a celeridade dos processos operacionais". (18)

Claudio Oliveira [19] discorre sobre a autonomia da autoridade aeroportuária para exploração comercial da infraestrutura aeroportuária pelo Estado, conclui que existe competência privativa da União para legislar sobre o Direito Aeronáutico e explorar a infraestrutura aeroportuária, pois a considera de reconhecimento federal. Ou seja, apesar de se encontrarem instalados dentro de Estados e Municípios, os aeroportos são áreas federais. Na exploração desta vertente, poderíamos concluir que as ações de vigilância sanitária em aeroportos também são de cunho estritamente federal?

No entanto, a constante diminuição dos quadros funcionais das equipes da ANVISA em Aeroportos, a complexidade das ações e os riscos envolvidos em cada objeto de atuação, levaram à atuação compartilhada, diferente para cada aeroporto, dependendo da capacidade técnica e operacional das equipes daquele aeroporto e de cada Vigilância Sanitária local (municipal). Essa atuação compartilhada tem demonstrado que a interação entre os três níveis de gestão da Vigilância Sanitária é uma boa alternativa para a atuação nos aeroportos. Mas a definição de cada competência é necessária para respostas eficazes e rápidas, sem que haja interposição de ações, levando a desperdício de tempo nas mesmas ações e gerando divergências de atuação. Além disso, a interposição de ações, além de gerar dupla cobrança de taxas, fragiliza o sistema de Vigilância Sanitária para ações judiciais.

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) e poderia ser utilizado para as questões relacionadas ao Aeroporto. [20]

A pactuação das ações de vigilância sanitária é essencial para a estruturação das Vigilâncias Sanitárias e controle do risco sanitário. As programações das ações deixam de ser pelos níveis de complexidade e passam a ser pela responsabilidade sanitária. Ações planejadas e programadas nos planos de ação de VISA devam ser inseridos nos planos estaduais e municipais, aprovados nos conselhos de saúde e homologados nas CIT (Comissão Intergestores Tripartite) com acompanhamento e avaliação periódica dos gestores municipais, estaduais e federais. Atualmente essas pactuações não contemplam as ações da Vigilância Sanitária em Aeroportos.

A Portaria GM/MS nº 1.378, de 09 de julho de 2013 que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no seu Art. 7º dispõe que compete à ANVISA a execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa

atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante pactuação na CIT e nos Art. 9º e 11º que compete às Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, a colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteira, conforme pactuação tripartite.

9- Proposta de ação desse Projeto Aplicativo:

Considerando que as atribuições dos entes federados para atuação da Vigilância Sanitária em aeroportos necessitam de regulamentações, que em normas há possibilidade de ações concomitantes pelos entes federal e municipal gerando questionamentos jurídicos, além de dificultar a otimização das capacidades técnicas e organizativas, a política de descentralização do SUS e a atual prática de compartilhamento das ações nos aeroportos entre as equipes federais e municipais, propõe-se:

- Nomear um grupo de profissionais da Vigilância Sanitária municipal, estadual e federal para propor atuações, atribuições e fluxos de informações, a serem pactuadas entre os três entes federativos. Esta proposta deverá estar relacionada aos Planos de Emergência e Contingência do Aeroporto e conter sugestão de fluxo de informações entre os três níveis de gestão de vigilância sanitária no Aeroporto de Viracopos, das informações relacionadas a doenças transmissíveis, doenças de veiculação hídrica, DTAs, demais ações de Vigilância no aeroporto.

- As conclusões, pareceres e propostas desse grupo devem ser submetidas à análise jurídica dos três entes federados. Uma das questões a ser considerada nessa análise é a emissão pelo município da licença de funcionamento para os estabelecimentos instalados em aeroportos, uma vez que o código da aeronáutica entende como área de ação federal.

- Permanência das ações exclusivamente federais, quais sejam as relacionadas ao controle de produtos importados e exportados, inspeção de aeronaves, de seus insumos e resíduos, intercorrências de saúde do viajante e as providências necessárias. Atualmente os profissionais da ANVISA fazem ações de fiscalização em estabelecimentos em detrimento de sua atribuição exclusiva de inspeção de cargas, importante inclusive para a melhoria da qualidade dos bens oferecidos em nosso país.

- Que seja atribuição do município onde esteja instalado o Aeroporto o Licenciamento e fiscalização de estabelecimentos e serviços de interesse à saúde, pois se trata de ações de rotina para os profissionais da VISA do município.

- Que se estabeleçam fluxos de informações, através de sistemas integrados, para viabilizar a análise epidemiológica e das condições sanitárias do Aeroporto pelos três entes federados.

- Que a investigação de eventos de saúde pública seja realizada pela ANVISA, podendo ser complementada pelo estado e município, conforme Plano de Contingência.

- A proposta final deverá ser apresentada aos gestores municipal, estadual e federal da vigilância sanitária, para sensibilização em relação à proposta de pactuação. Essa proposta deverá ser encaminhada para discussão da Comissão Tripartite da Saúde, com o objetivo de formalização e repasse financeiro, se for o caso, como disposto na Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013.

A pactuação proposta deve considerar o estabelecimento de uma programação de inspeção nos serviços e estabelecimentos de interesse à saúde, conforme o risco de cada atividade e contemplando a verificação de denúncias. Deverá haver o monitoramento de alguns aspectos, como por exemplo: conhecimento do número total de estabelecimentos de alimentação instalados ou a ser instalado no aeroporto, número total de estabelecimentos de prestação de serviços de interesse sanitário instalados ou a serem instalados, número de profissionais de VISA designados para inspecionar os serviços e estabelecimentos de interesse à saúde do aeroporto.

Para o monitoramento de ações deverão ser definidos indicadores e metas para cada indicador, conforme legislação vigente e capacidade operacional de cada equipe de vigilância.

A pactuação entre os três entes federativos é uma medida intermediária até a revisão do arcabouço legal.

Para a execução do presente projeto serão necessárias as seguintes ações:

a) Nomeação do grupo de profissionais da Vigilância Sanitária municipal, estadual e federal que irá propor atuações, atribuições e fluxos de informações, a serem pactuadas entre os três entes federativos. **Responsável:** a Diretora do

Departamento de Vigilância em Saúde do município de Campinas. **Prazo:** até setembro de 2014. O grupo deve contar, no mínimo, com a coordenadora da Vigilância Sanitária do município, coordenadora da Vigilância em Saúde da região sudoeste, representante da Vigilância Sanitária da regional do estado (GVS XVII), representante do CVS, representante da Anvisa do Aeroporto de Viracopos.

b) A coordenação do grupo deverá ser da coordenadora da Vigilância Sanitária Municipal.

c) O grupo deve iniciar os estudos, emitir pareceres e propor o modo de atuação da Vigilância Sanitária no Aeroporto. **Responsável:** coordenador do grupo. **Prazo:** quatro meses (de outubro/2014 a fevereiro/2015).

d) Encaminhamento dos estudos para análise jurídica dos três entes federados. **Responsável:** coordenador do grupo. **Prazo:** até a primeira quinzena de março de 2015.

e) Avaliação pelo grupo dos pareceres jurídicos e elaboração de proposta de pactuação entre os três entes federados para atuação no Aeroporto de Viracopos, incluindo a definição de atribuições e fluxos de informações. **Responsável:** coordenador do grupo. **Prazo:** até a primeira quinzena de junho de 2015.

f) Apresentação da proposta final aos gestores municipal, estadual e federal da vigilância sanitária **Responsável:** coordenador do grupo. **Prazo:** até a primeira quinzena de julho de 2015.

g) Apresentação à Comissão Tripartite da Saúde e solicitação de discussão com o objetivo de formalização das atribuições e aprovação de repasse financeiro, se for necessário, conforme disposto na Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. **Responsável:** coordenador do grupo. **Prazo:** até agosto de 2015.

10. Previsão de Recursos para implementação do PA:

	Recursos		
Ação	Financeiro	Político	Material
A		Diretora da Vigilância em Saúde municipal sensível para a questão do PA. Necessidade de atuação deverá articular os outros entes federados para constituição do grupo.	
B		Coordenadora da Vigilância Sanitária sensível para a questão do PA.	
C		Gestores sensibilizados para liberação dos profissionais participarem do grupo	Três computadores com acesso à internet. Sala com mesa para reuniões
D			Computador conectado à impressora. Acesso a malote para envio dos documentos.
E		Gestores sensibilizados para liberação dos profissionais participarem do grupo	Computador conectado à impressora. Acesso a malote para envio dos documentos.
F		Gestores de Vigilância Sanitária sensibilizados para agendar reunião.	Carro oficial para o transporte do coordenador do grupo para as reuniões agendadas.

G		Secretário Municipal sensibilizado para discutir a proposta na Comissão Tripartite. Grupo Técnico da Comissão Tripartite sensibilizada para receber e por em discussão a proposta	

11 - Referências bibliográficas:

1 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, **Dados do Município e RMC.** Campinas, 2013. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>. Acesso em: 18.11.13

2- BRASIL. Agência de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Aeroporto Internacional de Viracopos.** Campinas 2014

3 - AEROPORTOS BRASIL VIRACOPOS. **O aeroporto.** Campinas, 2013. Disponível em: <http://www.viracopos.com/viracopos/imprensa/detalhes-45.html>. Acesso em: 18/11/2013

4 – AEROPORTOS BRASIL VIRACOPOS. **Institucional.** Campinas, 2013. Disponível em: <http://www.viracopos.com/viracopos/imprensa/detalhes-45.html>. Acesso em: 18/11/2013

5 - BUENO, Eduardo. **À Sua Saúde – A Vigilância Sanitária na História do Brasil**, 1.ed. Brasília: ANVISA, 2005.

6 – BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988

7 – BRASIL. **Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20.9.1990.

8- BRASIL. **Lei 9782 de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27.01.99.

9 – BRASIL. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Decreto Legislativo nº 395 de 13 de março de 2009**. Dispõe sobre o Regulamento Sanitário Internacional RSI. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil,10/07/09, pág.11.

10 – SÃO PAULO. **Lei 10.083 de 23 de setembro de 1998**. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 24.09.98.

11 – BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Diretoria Colegiada nº 81, de 05 de novembro de 2008**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Bens e Produtos Importados para fins de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União - Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil, de 06/11/2008.

12- BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Diretoria Colegiada nº 16 de 01 de abril de 2014.** Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas. Diário Oficial da União - Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil, de 02/04/14.

13 - BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Diretoria Colegiada nº02 de 08 de janeiro de 2003**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Fiscalização e Controle Sanitário em Aeroportos e Aeronaves. Diário Oficial da União - Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil, de 13/01/2003.

14 - BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Diretoria Colegiada 345, de 16 de dezembro de 2002**. Dispõe sobre a aprovação do Regulamento Técnico para a Autorização de Funcionamento de empresas interessadas em prestar serviços de interesse da saúde pública em veículos terrestres que operem transportes coletivos internacional de passageiros, embarcações, aeronaves, terminais aquaviários, portos organizados, aeroportos, postos de fronteira e recintos alfandegados. Diário Oficial da União - Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil, de 19/12/02.

15- BRASIL, **Portaria nº 2914 de 12 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de portabilidade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14/12/11.

16 – BRASIL, **Lei Federal n° 7.565 de 19 de dezembro de 1986.** Dispõe sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23/12/1986.

17 – BRASIL, **Decreto nº 7.168 de 5 de Maio de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança da Aviação Civil Contra Atos de Interferência Ilícita (PNAVSEC). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06/05/2010

18 – BRASIL, **Decreto nº 7.554 de 15 de agosto de 2011.** Dispõe sobre a coordenação das atividades públicas nos aeroportos, institui a Comissão Nacional de Autoridades Aeroportuárias - CONAERO e as Autoridades Aeroportuárias. Diário Oficial da União, Brasília, DF,16/8/2011

19 – OLIVEIRA L.F, Claudio. **Autonomia da Administração Aeroportuária Federal e os Entes Estaduais e Federais**. Revista Brasileira de Direito Aeronáutico e Espacial, páginas

51 a 53; dezembro de 2009. Disponível em: http://www.sbda.org.br/revista/Anterior/Ind_ant.htm Acesso em 10/01/2014.

21 – BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **PDVISA. Eixos e diretrizes, 2007**. Disponível em: www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_eixos_diretrizes.pdf. Acesso em: 20/05/2014.

22 – BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12/07/2013.

ANEXO I

INDICADORES PROPOSTOS

Nº	DENOMINAÇÃO	CONCEITO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE
1	Proporção de estabelecimentos inspecionados pela Visa no ano	Avaliar a frequência do monitoramento dos estabelecimentos de interesse à saúde no Aeroporto	Número total de inspeções realizadas pela VISA em cada tipo de estabelecimento (atividade) / num. total estabelecimentos daquela atividade	SIVISA, VISA
2	Proporção de estabelecimentos inspecionados pela ANVISA no ano	Avaliar a frequência do monitoramento dos estabelecimentos de interesse à saúde no Aeroporto	Número total de inspeções realizadas pela ANVISA em cada tipo de estabelecimento (atividade) / num. total estabelecimentos daquela atividade	SAGARANA
3	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Monitorar a qualidade da água utilizada pelo Aeroporto, em conformidade com a legislação.	Número de amostras de água com parâmetros conforme, no ano/ número de amostras de água total, no ano	Laudos de análises laboratórios contratados e IAL
4	Proporção de inspeções em infra estrutura / insumo/produto/resíduo	Proporção de inspeções para verificação de cumprimento dos fluxos estabelecidos	Número de inspeções realizadas no fluxo de resíduos gerado no TPS Entrada de insumos Saída de resíduos de	SAGARANA, DATAVISA

			cargas	
5	Número de notificações de eventos de saúde pública e/ou doenças transmissíveis	Monitorar os eventos de Saúde Pública no Aeroporto	Número total de eventos de saúde pública no Aeroporto, no ano	SINAN e Visa SAGARANA
6	Número de inspeções de saúde do trabalhador realizadas nas atividades de expansão civil do aeroporto	Avaliar a frequência do monitoramento dos estabelecimentos não regulados pela Vigilância, no Aeroporto.	Número total de inspeções na área de saúde do trabalhador realizadas em estabelecimentos não regulados pela Vigilância / número total de estabelecimentos não regulados pela Vigilância Sanitária.	SINAN
7	Incidência de acidentes de trabalho graves notificados	Identificar a potencialidade de risco à saúde dos trabalhadores	Número de casos de acidente de trabalho grave / número total de trabalhadores	SINAN
8	Incidência de acidentes de trabalho notificados	Monitorar os acidentes de trabalho	Número de casos de acidente de trabalho / número total de trabalhadores	SINAN

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA - HOSPITAL SIRÍO LIBANÊS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROJETO APLICATIVO

APERFEIÇOAMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA)

GRUPO AFINIDADE 4

ANA CLAUDIA TEDESCO ZANCHI

FELICE JOSÉ LANER

JUSLEI DE OLIVEIRA ALVES

LUCIANA KOLM

ROSANE TEREZINHA XAVIER

REGINA MARIA GOYTACAZ DA COSTA

ROSSANA TOUGUINHA LISBOA DE SOUZA

SEBASTIÃO BARBOSA

SUZANA ANDREATTA NIETIEDT

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2014.

ANA CLAUDIA TEDESCO ZANCHI

FELICE JOSÉ LANER

JUSLEI DE OLIVEIRA ALVES

LUCIANA KOLM

ROSANE TEREZINHA XAVIER

REGINA MARIA GOYTACAZ DA COSTA

ROSSANA TOUGUINHA LISBOA DE SOUZA

SEBASTIÃO BARBOSA

SUZANA ANDREATTA NIETIEDT

APERFEIÇOAMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA)

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

Orientador: Ms.CLARICE BEIENKE HASS

Porto Alegre 2013-14

Resumo

Este Projeto Aplicativo foi elaborado pelo Grupo Afinidade 4 do Curso de Especialização de Gestão em Vigilância Sanitária, com o objetivo de institucionalizar a rede estadual de comunicação em VISA a partir da tecnologia e dos softwares disponíveis, lista de destinatários para e-mail interno, nos serviços de VISA. O projeto possui ainda como objetivos específicos: realizar um projeto-piloto da rede com a DVS, 1ª e 2ª CRS e seus respectivos municípios; identificar e-mails institucionais para envio e recebimento de demandas; aperfeiçoar o fluxo de informações; reduzir o tempo de resposta entre os interlocutores envolvidos. A partir de levantamento inicial realizado, foram detectadas as dificuldades de comunicação entre os interlocutores da rede de serviços de VISA do RS e municípios, que resultaram na questão de aprendizagem: como melhorar a prática comunicativa em VISA de forma a aperfeiçoar o fluxo de informações e diminuir o tempo de resposta entre os interlocutores envolvidos? Para atingir os objetivos propostos, foram estabelecidas as seguintes etapas: 1) Levantamento da situação atual; 2) Sensibilização dos gestores; 3) Levantamento dos e-mails institucionais; 4) Levantamento da capacidade instalada; 5) Identificação dos interlocutores; 6) Capacitação dos servidores para a utilização da Rede; 7) Publicação de OS - Ordem de Serviço; 8) Utilização da Rede Estadual de Comunicação em VISA; 9) Avaliação do projeto piloto. Com a implantação do projeto, espera-se maior agilidade na comunicação via e-mail, por meio da padronização de envio e recebimento de mensagens de forma institucionalizada.

Sumário

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 5

2. OBJETIVOS 6

2.1 Objetivo geral 6

2.2 Objetivos específicos 6

3. REFERENCIAL TEÓRICO 7

4. PERCURSO METODOLÓGICO 13

4.1. LEVANTAMENTO 14

4.1.1 Levantamento da rede de comunicação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde 15

4.1.2 Levantamento da rede de comunicação da 1ª CRS 18

4.1.3 Levantamento da rede de comunicação da 2ª CRS 20

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 22

5.1. MATERIAIS 22

5.1.1 Equipamentos 23

5. 1.2 *Software* 23

5.1.3 Operadores 23

5.2 MÉTODO 23

6. GESTÃO DO PLANO 27

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 29

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este projeto aplicativo – PA tem como objeto de estudo e aprendizagem um problema ligado à vivência concreta dos participantes do grupo afinidade do Curso de Especialização de Gestão em Vigilância Sanitária, ligado ao macro problema “Comunicação insuficiente em VISA”.

O fluxo de informações em vigilância sanitária é extremamente complexo devido à quantidade de produtos e serviços de saúde sob regulação. Ao mesmo tempo, os avisos, ofícios, questionamentos, entre outros assuntos, sobre esses produtos e serviços de saúde muitas vezes não atingem os destinatários corretamente.

A distribuição de informações nessa área é unidirecional, unilateral e não há o estabelecimento de uma rede cujos interlocutores sejam tanto emissores quanto receptores da mensagem transmitida e inserida no contexto da organização. Além disso, não existe uma metodologia padronizada para democratizar a informação dentro da instituição pública considerando que esta é uma empresa/organização. Portanto, é de suma importância que se desenvolva uma nova forma de pensar e agir na área de comunicação em saúde.

A partir dessas premissas, existe a necessidade de ruptura desse modelo linear, unidirecional e transferencial de comunicação existente atualmente para um que seja multidirecional, multipolar e reticular (Araújo, 2004). Assim, a prática comunicativa deve ser construída de forma dialógica entre os serviços de Vigilância Sanitária (VISA) envolvidos nesse processo respeitando a cultura organizacional e a hierarquia dos entes Federados, isto é, a Divisão de Vigilância Sanitária do RS - DVS, as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS e os seus respectivos municípios.

Tendo em vista as dificuldades de comunicação entre os interlocutores da rede de serviços de VISA da União, RS e municípios, a questão de aprendizagem e o problema a ser enfrentado é como melhorar a prática comunicativa em VISA de forma a aperfeiçoar o fluxo de informações e diminuir o tempo de resposta entre os interlocutores envolvidos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Institucionalizar a rede estadual de comunicação em VISA a partir da tecnologia e dos *softwares* disponíveis, lista de destinatários para e-mail interno, nos serviços de VISA.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar um projeto-piloto da rede com a DVS, 1ª e 2ª CRS e seus respectivos municípios;
- Identificar e-mails institucionais para envio e recebimento de demandas;
- Aperfeiçoar o fluxo de informações;
- Reduzir o tempo de resposta entre os interlocutores envolvidos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para manter o relacionamento positivo entre organização - colaborador - sociedade, a comunicação corporativa tornou-se muito importante tanto em empresas privadas como em instituições públicas. Esta comunicação é essencial nos processos de tomada de decisão das organizações, por meio de funções de orientação, de leitura do meio ambiente e interpretação de cenários, principalmente em situações de crise, onde qualquer passo errado pode destruir uma reputação de anos.

A comunicação interna é aquela dirigida ao público interno da organização – principalmente funcionários – cujo principal objetivo é promover a máxima integração entre a organização e seus empregados.

Vigneron (2001) discorre sobre a comunicação interna organizacional como um conjunto de fenômenos de comunicação que facilitam ou complicam as relações horizontais e verticais nas organizações, nesse caso, as instituições públicas. O autor enfatiza que a comunicação tem como objetivo principal resolver os conflitos entre os membros da organização. Os organogramas claros são necessários para que o relacionamento e a cooperação entre os servidores funcionem corretamente, pois os circuitos oficiais e paralelos de comunicação devem ser sempre transparentes facilitando a interação horizontal e vertical da organização como um todo. Os processos comunicacionais são processos de informação, de compreensão e de reflexão através de meios adequados para dialogar ou interagir com todos os membros da organização capazes de realizar mudanças no sistema contínuo de relacionamento entre os colaboradores (atores sociais) da instituição em questão.

De acordo com Nassar (2003), a atividade da Comunicação Interna, uma das áreas da Comunicação Empresarial, vem ocupando espaço cada vez mais relevante dentro das empresas. Não se concebe mais que uma organização moderna omita a informação de seus funcionários. E nesse ambiente interno, a confiança entre gestores e colaboradores é a base para uma comunicação eficaz, pois na comunicação, a confiança dá consistência às mensagens. As empresas melhores classificadas pelo Guia Exame – “As melhores empresas para se trabalhar” – em suas três últimas edições valorizam a comunicação interna nas organizações e acreditam que ela estreita os laços de confiança da equipe na gestão e promove o seu comprometimento com o sucesso do negócio.

Embora a sua abordagem tenha como objeto o mundo empresarial, pode-se considerar que neste particular a sua tese é válida para todo o tipo de organização, inclusive

as públicas, assim, no lugar de “negócio”, poder-se-ia considerar o propósito de existência da organização pública.

A comunicação interna pode produzir uma ligação forte entre os colaboradores e um vínculo com a organização, criando uma força produtiva que tende a influenciar a definição de suas metas e objetivos.

Por outro lado, os problemas de comunicação podem produzir uma modificação negativa na atitude dos funcionários, tanto em relação ao seu próprio trabalho como em relação à empresa. Quando não existe uma comunicação clara, a tendência é que os funcionários desenvolvam uma sensação de abandono, o que os desmotiva profundamente.

Baldissera (2000) aponta como possíveis consequências para os problemas de comunicação nas organizações: inexistência de um diagnóstico atualizado que descreva a situação da comunicação organizacional e o perfil do público de interesse; circulação de informações desencontradas; uso de meios e linguagens não acessíveis; uso de codificações frouxas, ocasionando leituras incorretas; a inexistência de um fio condutor que funcione como referência para toda a comunicação oficial; mensagens muito complexas; dificuldade na construção de mecanismos, ou mesmo a inexistência deles, que permitam avaliar o processo de comunicação e retroalimentá-lo.

Para que a comunicação tenha condições de fluir, é preciso considerar como os fluxos ocorrem, pois exercem grande influência sobre a eficácia do processo. É em nível de fluxos, ou seja, nos caminhos que a informação percorre que acontecem os desvios e os degraus que atravessam a comunicação. (TORQUATO, 2002). As informações necessitam ser transmitidas considerando os fluxos descendentes, ascendentes, por direções laterais internas e por direções laterais externas.

No fluxo descendente, ou seja, de cima para baixo, o objetivo é que ocorra a difusão dos dados globais, tais como as políticas da organização, dentre outras informações, tendo como característica a formalidade. (BALDISSERA, 2000).

O fluxo ascendente permite que os dados recolhidos nas bases cheguem até as instâncias superiores e departamentos interessados. (BALDISSERA, 2000). As comunicações nesse fluxo são mais lentas do que as comunicações entre essas e os níveis superiores. (TORQUATO, 2002). São de caráter muito mais informal.

Os dados provenientes dos distintos setores são comparados, de maneira à sistematizar e uniformizar ideias e informações no fluxo por direções laterais internas. No

fluxo diagonal/por direções laterais externas, o objetivo é que as informações sejam difundidas no meio. (BALDISSERA, 2000).

Torquato (2002) fala de quatro dimensões de comunicação na organização, que se afetam significativamente. A primeira dimensão é a da comunicação cultural que abrange os climas internos, onde o gestor deve medir a temperatura do clima organizacional, aferida a partir da cultura interna, arcabouço dos costumes, das ideias e dos valores da comunidade.

Nesse sentido, Baldissera (2000) enfatiza que a comunicação organizacional é também conhecida como uma questão de cultura organizacional, que é o conjunto de crenças e valores específicos de uma determinada organização. Essas crenças e valores referem-se aos hábitos, mentalidade, estilo de liderança, comportamentos e padrões adotados pela organização e que criam uma identidade única perante os demais.

A segunda dimensão diz respeito à comunicação administrativa, que são todos os elementos de comunicação ligados ao fluxo de informação interna e que estabelecem as relações entre setores, chefias e colaboradores (Torquato, 2002).

A terceira dimensão destacada pelo autor é a comunicação social, que envolve atos de comunicação indiretos, unilaterais e públicos. A quarta dimensão é chamada sistema de informações, tendo por objetivo agregar e gerenciar as informações armazenadas em bancos de dados.

Entre os meios adequados para dialogar ou interagir com todos os membros de uma organização destacam-se as Novas Tecnologias da Informação e da Comunicação (NTICs) (Vigneron, 2001). As NTICs designam um conjunto de meios de armazenamento, de tratamento e de difusão da informação geradas pelo casamento entre a informática, as telecomunicações e o audiovisual. Essas novas tecnologias provocam um impacto real e concreto sobre as práticas de trabalho, aprendizagem e relacionamento humano (Vigneron, 2001).

Os efeitos da Tecnologia da Informação (TI) sobre o trabalho e o trabalhador são analisados por Rodrigues (1988). Este autor destaca que a Tecnologia da Informação altera profundamente as relações do trabalhador com seu trabalho, principalmente na natureza da tarefa, que antes era manual, com contato direto e físico, e agora eletrônico, abstrato e através de um sistema de informação. Rodrigues (1988) ainda destaca que a nova tecnologia pode provocar impactos sobre o nível de emprego, stress e satisfação no trabalho, além de exigir novas habilidades do trabalhador. Ocorrem, também, alterações na gerência, com um controle maior de seu desempenho.

Estudo realizado pela Associação Brasileira de Comunicação Empresarial (Aberje), em conjunto com o Instituto Aberje de Pesquisa (Databerje) (Aberje, 2007) sobre a comunicação interna no Brasil em 2002, 2005 e 2007, demonstrou que o tipo de comunicação voltado exclusivamente ao nível gerencial das empresas que mais se destacou foi o *e-mail*, seguido de boletim, *intranet* com senha, reuniões, *newsletter* e a comunicação face a face com percentual de 3,7% nesse mesmo ano. Em relação ao principal veículo de comunicação interno disponível na empresa, o jornal impresso foi destaque (26,6%) seguido de *intranet*, revista, jornal-mural, *email*, boletim, comunicação face a face, videojornal, entre outros. Em contrapartida, a pesquisa de 2007 apontou que existem inúmeros outros veículos disponíveis para comunicação entre os funcionários da empresa. No topo está a *intranet* (87,2%), seguida de jornal-mural (83,5%), comunicação face a face (50,6%), revista (47,6%), *newsletter* (47%), boletim (43,3%), jornal impresso (42,1%), e, na sequência, faixas, *e-mail*, caixa de sugestões, videoperiódicos, *outdoors*, videojornal, TV interna, campanhas internas de comunicação e outros. Ao analisar os resultados da pesquisa da Aberje, Marchiori (2010) demonstra que a comunicação deve ser tratada como um produto ou produtos, nos quais as pessoas vêem a prática comunicativa sob a forma de publicações e mídia eletrônica de postura mecanicista. Segundo a autora, "olha-se para a comunicação como processo de transmissão, diferentemente de olhar para a comunicação como um processo de criação de conhecimento, como estimuladora de diálogo, como uma comunicação que ajuda a construir a realidade organizacional".

O e-mail (abreviação de eletronic mail) ou simplesmente correio eletrônico, é um método pelo qual se compõe, envia e recebe mensagens, utilizando programas eletrônicos feitos especialmente para este tipo de comunicação, principalmente entre computadores, mas também pode ser utilizado em inúmeros outros dispositivos eletrônicos. Por e-mail corporativo entende-se como o serviço de correio eletrônico disponibilizado pela empresa ao empregado, com a finalidade única e exclusiva de que este mantenha contato com os clientes e demais membros da empresa através do canal apropriado. O e-mail corporativo, ou seja, que tem o sufixo «@empresa.com.br» é de propriedade da empresa, sendo uma mera ferramenta de trabalho disponibilizada aos funcionários ou mesmo terceiros contratados. A titularidade é única e exclusiva da empresa e, portanto, pode esta monitorar toda e qualquer tipo de mensagem que trafegar pelo e-mail corporativo, sem que isso configure qualquer tipo de violação à privacidade ou intimidade, nem mesmo direitos e garantias constitucionais. (PAGANELLI, 2012).

Outro estudioso, Nogueira (2001), comenta que a gestão da comunicação interna deve estar calcada em elementos centrais da cultura administrativa, que se transformam na

percepção de como fazer, com que métodos, de que modo e sob a orientação de quais valores. Boa gestão é aquela que define objetivos claros, busca recursos humanos adequados às tarefas a serem executadas, se empenha na motivação das pessoas, sabe buscar e compartilhar as estratégias mais adequadas para atingir os fins visados e, ainda, avalia e divide resultados. Segundo a autora, administrar a comunicação interna não é tarefa fácil, pois implica na gestão de pessoas, de processos e de resultados. Há grande diversidade de linguagem, de filosofia, de idade, de nível de escolaridade, de competências e de valores. Nessa diversidade residem os muitos entraves de relacionamento entre os níveis ascendente, descendente e horizontal dentro da organização. Assim, Nogueira (2001) cita algumas estratégias que podem ser utilizadas para alcançar a eficaz gestão dos processos comunicativos internos, tais como:

- *Planejamento dos relacionamentos* segmentando e priorizando os interesses comuns entre a instituição e o corpo interno. Isso facilita criar, desenvolver e estabelecer consenso em torno da missão, dos objetivos e das finalidades da organização.

- *Organizar as informações:* pré-estabelecimento do que, de quem e de quando bem como do apoio de gerentes e de um plano de avaliação para medir o progresso do que estiver sendo executado.

- *Planejamento global,* que inclui as questões relativas à imagem interna da organização.

- *Estratégias de comunicação apropriadas,* que contribuem para: detectar os sinais não verbais de confusão, de satisfação ou exaustão, de alegria ou tristeza; formar alianças identificando quem pode ajudar, como e por que; definir o que pode e o que não pode ser feito; estabelecer estratégias de negociação e verificar quais os pontos que podem e os que não podem ser negociados; propor ações junto àqueles servidores que formam opinião; fortalecer as percepções positivas, ou seja, divulgar mais e melhor as coisas boas.

Assim, Nogueira (2001) demonstra que o planejamento das ações possibilitará a construção de mensagens para públicos identificados através do meio de comunicação mais apropriado a eles e ao conteúdo e, ainda, que a agregação de informações que contribuirão para a avaliação do trabalho realizado e a realizar.

No setor saúde, a forma de comunicação se torna objeto de reflexão especialmente pelas necessidades de análise de modelo e planejamento estratégico da comunicação em políticas públicas.

Entre os autores que trabalham o tema, Araújo (2004) preconiza a comunicação como um produto que está submetido à aceitação ou não do consumidor. A partir dessa premissa, o convencimento do consumidor de que uma medida sanitária é necessária para o resultado positivo de um procedimento em saúde, por exemplo, pode ser aceito ou não para quem o está utilizando. Uma vez convencido, o consumidor certamente comprará a ideia e passará a exigir seus direitos no contexto do atendimento do procedimento em saúde. Logo, inserida no mercado simbólico, a vigilância sanitária poderia validar medidas resolutivas com aceitação de toda cadeia de comunicação. Portanto, sempre que o agente sanitário estiver inserido em uma estrutura interativa, de comunicação/informação, na qual está instigado a dar resposta às informações recebidas, presume-se que esse será produtor, consumidor, interlocutor e emissor dentro deste possível “Mercado Simbólico” (Araújo, 2004).

De acordo com Ribeiro Neto (1999), o controle e acesso à nova tecnologia também podem ser considerados fontes de poder. Como a Tecnologia da Informação altera a dinâmica do sistema de informação na empresa, fornecendo informações rápidas e precisas aos diversos pontos da organização, uma pessoa ou grupo que controla essas informações podem influenciar a definição das situações organizacionais e criar padrões de dependência aumentando, assim, seu poder. Segundo Morgan (1996), o poder associado ao controle da tecnologia torna-se mais visível nas confrontações e negociações que envolvem a mudança organizacional ou quando os grupos estão tentando melhorar seus destinos dentro da organização.

Outro aspecto considerável do sistema de informação sobre as estruturas de poder, é a posse das informações por pessoas ou grupos específicos, possível através do acesso exclusivo a dados-chave ou a capacidade de ordenar e sistematizar tais dados de maneira eficaz, conseguindo aumentar seu poder dentro da organização. Neste sentido a Tecnologia da Informação pode ser utilizada para diluir estes focos de poder (Ribeiro Neto, 1999).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Na trajetória de construção deste Plano Aplicativo (PA), foram realizadas reflexões e discussões para a leitura da realidade, identificação de necessidades sociais de saúde e seleção e priorização de problemas; e, finalmente, a construção da intervenção.

A partir de leituras sobre a realidade, foram identificados pelo grupo vários incômodos e desconfortos relativos à gestão da vigilância sanitária, tais como comunicação ineficiente (ausência da gestão dos e-mails, utilização de e-mails pessoais para informações e orientações de trabalho, mensagens não lidas, não respondidas e não repassadas aos interessados); falta de conhecimento sobre VISA pelos agentes de saúde e representantes dos Conselhos Municipais de Saúde quanto às ações de vigilância em saúde que poderiam ser desenvolvidas de forma conjunta; ausência de capacitação em vigilância sanitária para o PSF, para que desenvolvam ações específicas junto à população; reduzida taxa de notificações de intoxicações por agrotóxicos.

Em seguida, foi utilizada a metodologia de construção da matriz decisória para a seleção de problemas. Os problemas levantados e hierarquizados estão demonstrados na Figura 1.

Figura 1. Matriz decisória para seleção de problemas – GAF 4.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
Subnotificação das intoxicações por agrotóxicos.	alta	14,22	parcial	**2**
Falta de conhecimento sobre VISA nos Conselhos Municipais de Saúde.	média	5,55	parcial	**5**
Comunicação ineficiente via e-mail em VISA	alta	15,55	dentro	**1**
Falta de conhecimento de VISA no PSF	média	7,22	parcial	**4**
Falta de capacitação em VISA para os agentes de saúde.	média	7,44	parcial	**3**

Dentre os incômodos ou desconfortos identificados, foi classificada como prioritária, para a elaboração de um projeto de intervenção, a dificuldade de comunicação entre os

interlocutores da rede de serviços de VISA da União, RS e municípios. Tal dificuldade está inserida dentro de um macro problema discutido no Curso de Especialização de Gestão em Vigilância Sanitária: a Comunicação em VISA insuficiente.

4.1. LEVANTAMENTO

A fim de conhecer mais profundamente a realidade da comunicação pelo e-mail, foi realizado o levantamento da situação em cada local.

Pesquisa realizada de fevereiro a maio de 2014.

Público-alvo:

- Gabinete do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS); Divisão de Vigilância Sanitária (DVS): Direção, Núcleos e Setores; Coordenação da 1ª e 2ª Coordenadorias Regionais de Saúde;
- 41 municípios das regiões geográficas Vale do Paranhana, Vale dos Sinos e Vale do Caí;

- 25 municípios das regiões geográficas Metropolitana, Carbonífera e Costa Doce Sul e Norte.

Foram enviadas mensagens a partir dos e-mails dos especializandos, institucional da VISA da CRS, institucional da DVS, Gabinete do CEVS, Núcleos e Setores da DVS, coordenadorias e municípios de abrangência, respectivamente. Nas mensagens, foram encaminhadas as seguintes questões:

1 - A Vigilância Sanitária possui um endereço de e-mail?
2 - Todas as pessoas do setor têm acesso a este e-mail?
3 - Tem alguém responsável pela verificação do e-mail e-mail do setor e pelas respostas às mensagens?
4 - Qual o encaminhamento dado às mensagens recebidas, quem abre encaminha aos demais colegas do setor?
5 - Como se dá a comunicação de retorno com a Regional, através do e-mail do setor ou utilizando outro endereço de correio eletrônico pessoal?

4.1.1 Levantamento da rede de comunicação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde é estruturado em direção e seis divisões:

- Divisão de Vigilância Sanitária

- Divisão de Vigilância Epidemiológica

- Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde

- Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador

- Divisão de Apoio Técnico

- Divisão Administrativa

Trataremos aqui apenas da direção e da Divisão de Vigilância Sanitária.

Estrutura da Divisão de Vigilância Sanitária

A Divisão de Vigilância Sanitária encontra-se estruturada em quatro núcleos e oito setores distribuídos conforme abaixo.

- Núcleo de Vigilância de Produtos, estruturada em quatro setores; Alimentos, Cosméticos e Saneantes, Medicamentos, Controle da Qualidade do Sangue.

- Núcleo de Vigilância de Tecnologias de Saúde, estruturada em dois setores; Correlatos e Controle de Radiações.

-Núcleo de Vigilância em Estabelecimentos de Saúde, estruturado em dois setores; Estabelecimentos de Saúde e Controle de Infecções em Estabelecimentos de Saúde.

- Núcleo de Educação em Saúde, Gestão e Planejamento, que não é formalmente instituído.

Para realizar o diagnóstico, inicialmente verificou-se que a direção e todos os núcleos e setores possuíam endereço de e-mail e posteriormente foi enviada uma mensagem com as perguntas de números 2 a 5[1], a todos estes endereços.

Durante o levantamento ocorreu a mudança da rede de comunicação do CEVS, que passou do DIRETO para o EXPRESSO, nesta mudança constatou-se que foram suprimidos os e-mails dos Núcleos de Vigilância de Tecnologias de Saúde e de Vigilância em Estabelecimentos de Saúde.

Resultado do levantamento:

O e-mail da direção do CEVS foi lido seis dias após o envio e não foi respondido.

Nenhum dos Núcleos recebeu os e-mails enviados ainda constatou-se no guia de endereços que o endereço de e-mail do Núcleo de Educação em Saúde, Gestão e Planejamento encontra-se junto aos endereços de e-mail dos técnicos do gabinete da Divisão de Vigilância Sanitária.

Dos oito setores:

– 3 não receberam a mensagem;

[1] A questão número 1 não foi encaminhada, por se tratar de órgão específico de Vigilância Sanitária.

- 3 leram e não responderam, sendo que um deles leu a mensagem 6 dias depois de recebida.

- apenas dois setores responderam a mensagem

Levantamento da rede de comunicação da vigilância sanitária da DVS.

	TOTAL	**%**
Gabinete, Núcleos, Setores, 1ª e 2ª CRS	**16**	**100**
Mensagem enviada	16	100
Mensagem recebida	11	78
Mensagem lida	11	78
Mensagem respondida	**2**	**14**

Domínio dos e-mails

- 100% dos e-mails com domínio governamental.

Apuração da pesquisa:

Dos setores que responderam:

Segunda questão: Os 2 informaram que todas as pessoas tem acesso ao e-mail do setor;

Terceira questão: Um respondeu que não tem um responsável pela verificação e no outro tem dois técnicos responsáveis pela verificação.

Quarta questão: Um respondeu que não encaminha aos colegas, pois é responsabilidade de todos abrirem o e-mail do setor. No outro setor os dois técnicos responsáveis respondem aos e-mails ou, quando o assunto é de conhecimento específico de algum técnico este lhe é direcionado.

Quinta questão: Um respondeu que a comunicação se dá pelo e-mail dos técnicos com exceção do técnico que respondeu ao e-mail que informou que se comunica com as regionais através do e-mail do setor, porém não informou como tem sido o retorno desta comunicação. Já no outro setor a comunicação se dá principalmente através do e-mail do

técnico que faz ou recebe a comunicação e apenas quando a comunicação é recebida pelo e-mail do setor, se não for redirecionada para algum técnico, é respondida através do mesmo.

Análise da pesquisa:

A pesquisa demonstrou precariedade na comunicação com os setores da DVS/CEVS/SES-RS. Somente 14% responderam ao questionário, apesar de 78% das mensagens enviadas terem sido recebidas e lidas.

4.1.2 Levantamento da rede de comunicação da 1ª CRS

Resultado do levantamento:

Acessos:
- 20 leituras confirmadas, equivalentes a 50% do universo pesquisado (41 servidores);
- 16 e-mails foram lidos no mesmo dia da (08.05.2014), correspondente a 39% do universo;
- 1 e-mail lido em cada um dos 4 dias que se seguiram ao início da pesquisa.

Respostas:
- 16 respostas recepcionadas equivalentes a 40% do universo pesquisado (41 servidores) e a 80% dos e-mails lidos.
- 12 e-mails foram respondidos no mesmo dia da pesquisa;
- 1 e-mails lidos em 2 dias após o envio;
- 3 e-mails lidos de 4 a 5 dias.

Levantamento da rede de comunicação da vigilância sanitária da 1ª CRS e municípios de abrangência.

	TOTAL	**%**
Municípios	**41**	**100**
Mensagem enviada	41	100
Mensagem recebida	40	98

Mensagem lida	21	51
Mensagem respondida	16	39

Domínio dos e-mails

- 25 e-mails com domínio governamental, correspondendo a 61% do total dos e-mails; o que evidencia que 23 e-mails são de domínio comercial (39%).

Apuração da pesquisa:

Primeira questão – Das respostas obtidas (16), 15 municípios revelaram que sua VISA possui e-mail, correspondendo a 37,5% do universo pesquisado (40 municípios), e em apenas um município, o fiscal utiliza-se de e-mail pessoal, pois a VISA não possui um endereço eletrônico.

Segunda questão – Das respostas obtidas (16) 15 municípios revelaram que todos os servidores têm acesso ao e-mail da VISA, correspondendo a 37,5% do universo pesquisado (40 municípios), e apenas um respondeu que não.

Terceira questão – Das respostas obtidas (16), todos os municípios (16) revelaram que sua VISA possui servidor(es) responsável(is) pela verificação e respostas dos e-mails da Regional.

Quarta questão – Das respostas obtidas (16), todos os municípios (16) revelaram que todos os servidores que acessam os e-mails da VISA o encaminham aos demais servidores do setor para atendimento.

Quinta questão – Das respostas obtidas (16), 12 municípios revelaram que a comunicação do setor com a VISA ocorre por e-mail do município, e 4 municípios que ocorre por e-mail pessoal dos servidores; o que corresponde a 75% e 25%, respectivamente.

Análise da pesquisa:

A pesquisa evidenciou que a comunicação por e-mail entre as VISAs e a Regional é deficiente, já que mais da metade dos municípios (51,2%) não leu a mensagem.

Já, dos que responderam (16), 93,8% utilizam o e-mails institucional, divulgam e respondem o que foi solicitado.

No entanto, a pesquisa não proporciona elementos que comprovem a razão dos demais municípios que não responderam à pesquisa, ensejando inúmeras hipóteses, para citar algumas:

- falta de hábito de abrir e-mails;
- não possuem acesso à Internet;
- problemas na rede;
- problemas nos microcomputadores.

4.1.3 Levantamento da rede de comunicação da 2ª CRS

Resultado do levantamento:

Primeira questão: Das respostas obtidas de 04 municípios, 02 informam que todos têm acesso ao e-mail do setor; 01 informou que o e-mail é restrito a chefia e a seu substituto e dois estagiários; 01 informou que o e-mail é particular, mas que no e-mail do setor todos tem acesso.

Segunda questão: Das respostas obtidas de 04 municípios: 01 respondeu que o encaminhamento de solicitação de alvará de saúde dar-se no envio do passo a passo com a documentação para emissão deste alvará de saúde é feita por estagiários. As respostas técnicas referem-se a duvidas de cada área específica o técnico é o responsável. 02 responderam que não há ninguém responsável, todos olham os e-mails. 01 respondeu que duas pessoas são responsáveis por abrir a correspondência no inicio e fim do expediente de trabalho.

Terceira questão: Das respostas obtidas de 04 municípios: 03 responderam que os técnicos responsáveis pelas áreas específicas respondem aos questionamentos, 01

respondeu que duas pessoas são responsáveis por abrir a correspondência no inicio e fim do expediente de trabalho.

Quarta questão: Das respostas obtidas de 04 municípios: 01 respondeu que o retorno dar-se através do e-mail do técnico, 01 respondeu através do e-mail do técnico e do setor, 01 respondeu através do email do setor e e-mail pessoal, 01 respondeu através do e-mail do setor.

Levantamento da rede de comunicação da vigilância sanitária da 2ª CRS e municípios de abrangência.

	TOTAL	**%**
Municípios	**25**	**100**
Mensagem enviada	25	100
Mensagem recebida	23	92
Mensagem lida	05	20
Mensagem respondida	**04**	**16**

Domínio dos e-mails

- 12 e-mails com domínio governamental, correspondendo a 48% do total dos e-mails; o que evidencia que 13 e-mails são de domínio comercial (52%).

Análise da Pesquisa:

A pesquisa nos mostra a preocupante comunicação entre as esferas de governo Estado e municípios. A comunicação formal é quase inexistente, não tratamos com o profissionalismo como deveria ser, quando pessoalizamos a mensagem, mas também nos deparamos com locais sem acesso a internet, servidores sem conhecimento de como trabalhar com computador, sem computadores. As variáveis são muitas, porém é como trabalhamos hoje.

A normatização desta ferramenta no uso de nosso trabalho urge.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir do Levantamento, foi verificado o fluxo de informação em VISA que existe atualmente (fluxograma abaixo – figura 1):

Figura 1: Representação gráfica através de fluxograma da prática comunicativa utilizada atualmente pelos serviços de VISA.

As setas apontam somente para uma direção (unidirecional), pois nem sempre é obtido retorno das informações repassadas para os interessados. Entretanto, a direção do fluxo de informação deveria ser multidirecional, ou seja, setas para ambos os lados, demonstrando a necessidade de uma intervenção.

A intervenção, no projeto aplicativo, pode ser entendida como "conjunto de meios: físicos, humanos, financeiros ou simbólicos organizados num contexto específico, em um dado momento para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática" (Contandriopoulos et al, 1997).

"Uma intervenção, seja ela um plano, programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ação que inclui, em um determinado ambiente: (i) os atores sociais e seus diferentes interesses e valores; (ii) uma estrutura que representa o conjunto de regras e leis que escapam ao controle desses atores; (iii) os processos que resultam nas relações e ações; e (iv) o objetivo ou situação desejada, para a qual a intervenção é orientada (Champagne et al, 2011).

A seguir estão descritos os materiais e métodos a serem utilizados na intervenção proposta.

5.1. MATERIAIS

Todos os recursos necessários para a execução do plano estão disponíveis, não sendo necessário o aporte recursos adicionais.

5.1.1 Equipamentos

Computador com acesso a internet para Divisão de Vigilância Sanitária - DVS - CEVS, para cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e seus respectivos municípios perfazendo total de 19 computadores para as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, 1 para a DVS, 495 (número total de municípios que fazem parte das 19 CRS.

5. 1.2 *Software*

Navegador para internet - Mozilla Firefox ou Chrome ou Internet Explorer

Sistema operacional Windows ou Linux.

5.1.3 Operadores

1 responsável por cada Coordenadoria Regional de Saúde, 1 responsável por cada município, 1 responsável pela DVS. Todos os responsáveis terão um endereço de e-mail específico para distribuição e recebimento de informações.

5.2 MÉTODO

A implantação do projeto aplicativo será realizada conforme as seguintes etapas:

1) Levantamento da situação atual. O Levantamento da situação atual foi realizado através de questionário com quatro questões abertas que foram enviadas aos interlocutores CEVS/SES-RS, municípios da 1ªCRS e 2ªCRS.

2) Realização de reuniões de sensibilização dos gestores dos setores envolvidos. A apresentação do pré-projeto do GAF4 foi realizada no dia 4 de fevereiro de 2014 aos gestores presentes e aos colegas das VISAS municipal, estadual e federal. Nessa apresentação foi demonstrado que alguns dos componentes do GAF4 não responderam ao e-mail teste, o que sensibilizou alguns gestores que comentaram o uso do e-mail institucional para outros fins como, por exemplo, o e-mail do CEVS utilizado para o disque-vigilância.

3) Solicitação para que cada município, CRS e DVS informem os e-mails institucionais para os quais serão enviadas as mensagens. Caso determinado setor não possua e-mail institucional, este deverá ser criado, posteriormente conforme as necessidades de cada serviço.

4) Realização de levantamento da capacidade instalada de cada município (1ª e 2ª CRS e DVS), em relação a computadores, navegador e sistema operacional. Considerar a capacidade da caixa de entrada de e-mail. Utilizar endereços de e-mails institucionais da DVS (considerando os Núcleos e setores), CRS e municípios para a construção da lista de destinatários.

5) Identificação dos responsáveis (interlocutores – emissores e receptores da mensagem concomitantemente segundo Araújo – 2004) pelo recebimento das informações em todos os serviços de VISA envolvidos (três entes da Federação). Esse levantamento será feito por cada CRS com os seus respectivos municípios. Nas CRS, o responsável será a coordenação do Núcleo Regional de Vigilância em Saúde ou servidores por eles nomeados para tal. Os responsáveis – interlocutores – disparadores das informações – DVS - utilizarão de endereço e-mail institucional já existente para efetuar a distribuição das mensagens através de lista de destinatários específica.

6) Capacitação dos servidores para a utilização da Rede. Realização de oficinas de sensibilização para enfatizar a importância do e-mail institucional para prover conhecimentos a respeito do organograma das instituições envolvidas, a importância do e-mail institucional bem como esclarecimentos sobre o fluxo de informações.

7) Publicação de OS - Ordem de Serviço criando a Rede Estadual de Comunicação em VISA e normatizando o uso dos canais formais de e-mail institucional, para envio e recebimento de mensagens, com acesso por todos os integrantes do setor. Na OS deverão estar listados os endereços de e-mails informados anteriormente, bem como o prazo para início de sua utilização.

8) Utilização da Rede Estadual de Comunicação em VISA como nova sistemática de envio e recebimento de mensagens:

   Os interlocutores encaminharão o e-mail com a informação para os responsáveis pelos seus respectivos municípios através de e-mail próprio para esse fim. Os receptores receberão essa mensagem e terão que responder ao emissor quais os encaminhamentos que foram feitos em relação à informação repassada. O prazo para a resposta do e-mail enviado pelos interlocutores será definido conforme o assunto de interesse e a urgência.

Após o recebimento do retorno dos municípios, as CRS deverão informar ao responsável pelo envio de informações os encaminhamentos e a providências tomadas referentes ao conteúdo da mensagem para a DVS.

O e-mail EXPRESSO será utilizado pela DVS e CRS. Os municípios que fazem parte de cada CRS do RS terão que providenciar e-mail específico.

9) Avaliação do projeto piloto: Será feito novo levantamento, após a implantação do projeto piloto. O resultado esperado é a otimização da troca de informações em VISA, com pelo menos 75% de retorno (confirmação de leitura das mensagens enviadas por e-mail) e a diminuição do tempo de reposta.

10) Implantação da Rede para todo o estado. A implantação será feita em 2015 através de oficinas, que serão organizadas posteriormente ao projeto piloto, cujos convidados serão os responsáveis por cada CRS.

As etapas anteriormente descritas serão implementadas conforme o cronograma:

ETAPA	PRAZO	RESPONSÁVEL	FASE[2]
1) Levantamento da situação atual	Maio 2014	GAF4	( ) P ( ) EE (X) F
2) Sensibilização dos gestores	Junho 2014	GAF4	( ) P ( ) EE (X) F
3) Levantamento dos e-mails institucionais	Maio 2014	GAF4	( ) P ( ) EE (X) F
4) Levantamento da capacidade instalada	Agosto 2014	GAF4	(X) P ( ) EE ( ) F
5) Identificação dos interlocutores	Agosto 2014	GAF4	(X) P ( ) EE ( ) F
6) Capacitação dos	Setembro/outubro	GAF4	(X) P

[2] P: Previsto; EE: Em execução; F: finalizado

servidores para a utilização da Rede	2014		( ) EE ( ) F
7) Publicação de OS - Ordem de Serviço.	Novembro 2014	Gestor CEVS; SES-RS e GAF4	(x) P ( ) EE ( ) F
8) Utilização da Rede Estadual de Comunicação em VISA	Dezembro 2014 Projeto piloto	GAF4	(X) P ( ) EE ( ) F
9) Avaliação do projeto piloto	Março 2015		(X) P ( ) EE ( ) F
10) Implantação da Rede para todo o estado	Abril-maio 2015	GAF4	(X) P ( ) EE ( ) F

6. GESTÃO DO PLANO

O monitoramento e a avaliação serão realizadas por meio de indicadores específicos:

Tipo	Denominação	Conceituação	Método de cálculo	Meta	Categorias	Fontes	Periodicidade
Indicador de resultado	Taxa de confirmação de mensagens de e-mail lidas	Número de mensagens de confirmação de leitura recebidas em relação ao total de mensagens enviadas	(Número de mensagens de confirmação de leitura recebidas em relação/ total de mensagens enviadas) * 100	75% de mensagens de confirmação recebidas	DVS/CEVS/SES-RS; 1ªCRS e 2ª CRS e seus respectivos municípios	E-mail Expresso GAF4	Mensal
Indicador de resultado	Tempo de recebimento absoluto do retorno das mensagens enviadas	Tempo que o responsável pelo e-mail institucional levará para responder a mensagem.	Tempo absoluto de recebimento de retorno das mensagens enviadas por diferença entre o horário e dia de envio da mensagem e o horário e dia do recebimento do retorno das mensagens.	Redução do tempo de retorno, quando comparado com o método de envio utilizado anteriormente à implantação da Rede	DVS/CEVS/SES-RS; 1ªCRS e 2ª CRS e seus respectivos municípios	E-mail Expresso GAF4	Pré e pós evento

Se as metas não forem atingidas, a equipe responsável pela implantação do projeto revisará a metodologia bem como os resultados através dos indicadores escolhidos, para que sejam feitas melhorias nessa rede de comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberje, 2007. **Pesquisa comunicação interna 2007: dados comparativos 2002, 2005 e 2007/ [concepção científica, planejamento e coordenação Paulo Nassar e Suzel Figueiredo].** Disponível em: <http://www.aberje.com.br/pesquisa/pesquisa_Com_Interna_2007.pdf.> Acesso em: 05 dez. 2013.

Araújo, IS. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação de políticas públicas. **Interface – Educ. Comunic., Saúde,** 2004: 8(14): 65-77.

Baldissera, R. Comunicação Organizacional: o treinamento de Recursos Humanos como rito de passagem. São Leopoldo: Unisinos, 2000. p. 13-39.

CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, AP; BROUSELLE, A; HARTZ, Z; DENIS, JL. A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: BROUSSELLE et al (Org.) Avaliação : Conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 19-40. CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Marchiori, M. Os desafios da comunicação interna nas organizações. **Conexão – Comunicação e Cultura, UCS**, 2010: 9 (17): 145-159.

Morgan, G. Imagens da Organização. São Paulo: Ed. Atlas, 1996. 421p.

Nassar, P. Comunicação Interna – A força das empresas. Aberje Editorial, São Paulo, 2003.

Nogueira, MFM. A Gestão da comunicação interna das instituições públicas: um recurso esquecido. **Comun. Inf., v. Comun. Inf**., 2001: 4 (1/2): 121-131.

Paganelli, C. J. M. E-mail corporativo e responsabilidade do empregador e trabalhador. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 100, maio 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11513&revista_caderno=25>. Acesso em: abr. 2014.

Ribeiro Neto, L. G. Os impactos da tecnologia de informação nas organizações: Uma visão política. **R. Un. Alfenas**, Alfenas, 5:95-101, 1999.

Rodrigues, S. B. A Informática na organização e no trabalho. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.3, n. 29, p.43-50, Jul/Set, 1988.

Torquato, G. Tratado de comunicação organizacional e política. São Paulo: Pioneira, 2002.

Vigneron, J. Comunicação interna: além das mídias. **Líbero.** 2001: 4 (7/8): 96-101.

0

CATARINA MARIA ARAGÃO BARBOSA
DÉBORA CEFAS TORRES DIAS
ENEYLANDIA RABELO LEMOS
FÁTIMA BEATRIZ SILVA DE ARAÚJO
FLÁVIA VASCONCELOS DE ARAÚJO MARTINS
MARIA CELINA DE SOUSA ANDRADE
RAIMUNDA CESARINA DE FREITAS GONÇALVES
SAMILLE DIÓGENES BOYADJIAN

APRIMORAMENTO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O USO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

São Paulo
2014

CATARINA MARIA ARAGÃO BARBOSA
DÉBORA CEFAS TORRES DIAS
ENEYLANDIA RABELO LEMOS
FÁTIMA BEATRIZ SILVA DE ARAÚJO
FLÁVIA VASCONCELOS DE ARAÚJO MARTINS
MARIA CELINA DE SOUSA ANDRADE
RAIMUNDA CESARINA DE FREITAS GONÇALVES
SAMILLE DIÓGENES BOYADJIAN

APRIMORAMENTO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O USO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária.
Orientadora: Keyteanne Bezerra de Melo Costa

São Paulo
2014

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

Catarina Maria Aragão Barbosa; Débora Cefas Torres Dias; Eneylandia Rabelo Lemos; Fátima Beatriz Silva de Araújo; Flávia Vasconcelos de Araújo Martins; Maria Celina de Sousa Andrade; Raimunda Cesarina de Freitas Gonçalves; Samille Diógenes Boyadjian.

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

xxp.

1. Sistema de Informação. 2. Vigilância Sanitária. 3. Planejamento Estratégico.

I. Ministério da Saúde. II. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. III. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. IV. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. V. Aprimoramento de um sistema de informação para o uso em vigilância sanitária.

Cod XX

RESUMO

O projeto aplicativo em destaque foi elaborado durante o Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária e teve início com as discussões do Grupo Afinidade Fortevisa acerca dos principais problemas da Vigilância Sanitária vivenciados pelo grupo. A partir daí, foram construídas a matriz decisória e a árvore explicativa. A falta de planejamento estratégico se mostrou como o principal problema enfrentado, tendo a ausência de padronização das ações como nó crítico causal. Dessa forma, optou-se pela proposta de aprimoramento de um sistema de informação a fim de servir como base para a resolução desse problema. Trata-se de uma pesquisa-ação, definida pelo contexto da experiência, criatividade, recursos e governabilidade e traz como objetivo a complementação de um sistema informatizado já existente no município de Fortaleza para uma melhor gestão da Vigilância Sanitária. Consultas processuais, histórico sanitário de estabelecimentos, banco de denúncias, indicadores específicos de vigilância sanitária, relatórios estatísticos, procedimentos relacionados a requerimentos, fichas de encaminhamento e registros sanitários serão contemplados pelo sistema. Espera-se que os indicadores de vigilância sanitária, a serem fornecidos por essa ferramenta tecnológica, funcionem como suporte para um melhor planejamento tático e estratégico das ações. Para a viabilidade desse projeto, torna-se necessária a presença dos atores sociais envolvidos na sua construção. Portanto, o aprimoramento do sistema irá proporcionar maior agilidade e eficiência no processo de recepção, tramitação e monitoramento da documentação exigida às empresas e aos órgãos públicos competentes e revelará indicadores de diagnóstico, monitoramento e avaliação das ações da Vigilância Sanitária.

Palavras-chave: Sistema de Informação; Vigilância Sanitária; Planejamento Estratégico.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNAE	- Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
DAM	- Documento de arrecadação municipal
GRPFOR	- Gestão de Recursos e Planejamento de Fortaleza
IPLAN	- Instituto de Planejamento do Município
ITBI	- Imposto sobre a transmissão de bens imóveis
ISS	- Imposto sobre serviços de qualquer natureza
IPTU	- Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana
PROFISCAL	- Programa de Fiscalização
SEFIN	- Secretaria Municipal de Finanças de Fortaleza
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
VISA	- Vigilância Sanitária

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Seleção/priorização do problema. Fortaleza, 2013 16

TABELA 2 Indicadores de Vigilância Sanitária. Fortaleza, 2013 17

TABELA 3 Identificação dos atores sociais. Fortaleza, 2013 18

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO 7

2 OBJETIVOS 10
2.1 Geral 10
2.2 Específicos 10

3 FUNDAMENTAÇÃO 11

4 METODOLOGIA 16

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 20
5.1 Informações sanitárias 23
5.2 Indicadores de vigilância sanitária 24

6 GESTÃO DO PLANO 25

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 27

ANEXOS 30
ANEXO A 31
ANEXO B 32

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Segundo Freire (1979) e Campos (2000), um projeto aplicativo promove um melhor entendimento sobre a ocorrência de um problema e as alternativas existentes para a sua resolução, através da reflexão e análise sobre a prática e do fomento de novos conhecimentos.

O projeto aplicativo em destaque foi construído por integrantes do grupo afinidade Fortevisa do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária, fornecido pelo Instituto Sírio-Libanês, na cidade de Fortaleza-CE.

Estimulados a revelar os incômodos trazidos pela situação atual e os desejos de mudança, o grupo tomava consciência de suas potencialidades como atores sociais na criação desse projeto.

A partir das discussões do grupo acerca dos principais problemas vivenciados na vigilância sanitária, uma proposta de intervenção foi delineada. Acredita-se que essa construção representa uma oportunidade concreta e viável de transformação da realidade sanitária nos campos de atuação profissional dos componentes do grupo.

Segundo o parágrafo primeiro da Lei n.º 8.080/90, entende-se por vigilância sanitária:

> Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo, ainda, 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, além do controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Essa definição abrange elementos extraídos de várias áreas do conhecimento humano relacionados à tecnologia, à ciência e à jurídica. Diante de tais elementos, a vigilância sanitária, mediante a criação de normas, avalia situações e intervém, quando necessário, procurando garantir a qualidade do processo de produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde (ANVISA, 2000).

A gestão do risco sanitário passou a englobar o trabalho da vigilância sanitária. Assim, a tarefa de avaliar, gerenciar e divulgar informações sobre essa questão possibilita, não apenas a adequação do setor regulado, mas, principalmente, a conscientização dos cidadãos, permitindo, inclusive, a colaboração com a vigilância sanitária (ANVISA, 2000).

No setor da saúde a informação é essencial e deve ser entendida como um redutor de incertezas, isto é, um instrumento para detectar focos prioritários, demandando um planejamento responsável aliado à execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias. O planejamento pode ser explicado como um processo de tomada de decisões que, com base em uma situação atual, propõe-se a determinar providências a serem envidadas, objetivando atingir uma situação futura desejada (ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE, 2014).

Surge aqui a necessidade de um Sistema de Informação como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação para o planejamento, a organização, a operação e a avaliação. Salienta-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e recomendações para a ação (ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE, 2014).

Em um modelo atual de gestão em vigilância sanitária, é preciso reverter as situações de ausência, centralização, limitação do uso, e demora na análise dos dados a fim de melhor subsidiar o planejamento e as ações em saúde. Ultimamente, um grande avanço constatado no país diz respeito ao acesso e às possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde. O uso de tais sistemas nos estados e municípios brasileiros possibilita uma economia de tempo na análise dos dados (SANTA CATARINA, 2014).

Segundo a ANVISA (2008), a existência de limitações quantitativas e qualitativas é um aspecto comum no uso de todos os subsistemas de informação. No entanto, a efetividade na operacionalização das informações produzidas propiciará a identificação das falhas existentes e apontará as respectivas soluções. Portanto, é imprescindível conhecer e avaliar a abrangência e o desempenho de cada subsistema de informação visando um contínuo aperfeiçoamento.

Com a finalidade de atribuir um maior significado ao objeto da análise, o emprego de indicadores se torna necessário, na medida em que tais instrumentos permitem a

mensuração de informações relevantes para o gerenciamento, avaliação e planejamento das ações (ANVISA, 2008).

No caso específico da gestão em saúde, esses indicadores fornecerão informações relacionadas a determinados atributos e dimensões de eventos, propiciando uma certa descrição da realidade. Além disso, permitirão quantificar o nível de desempenho das atividades em um processo ou em seu *output* (produto ou serviço) em relação a metas especificadas (SANTOS, 2012).

Ainda segundo Santos (2012), determinados atributos são necessários para que os indicadores possam ser considerados de qualidade, tais como validade (capacidade de se medir o que se pretende), confiabilidade (constância dos resultados), mensurabilidade (basear-se em dados fáceis de obtenção) e relevância (utilidade para a decisão).

No caso específico da vigilância sanitária do município de Fortaleza, não há um sistema informatizado que forneça dados relevantes para a construção de práticas eficientes de planejamento e avaliação das ações.

Conforme Quitério (2009), é importante frisar que, além de um sistema de informação devidamente implementado, é primordial um suporte operacional da administração para que a referida ferramenta possa funcionar a contento.

Embora a tecnologia permita a geração de tabelas e gráficos que viabilizem aos usuários um acesso rápido a todas as informações relacionadas aos prestadores de serviços e estabelecimentos cujas atividades impactem, direta ou indiretamente na saúde da população, os gestores e demais profissionais envolvidos devem ter a capacidade de identificar quais informações são relevantes e, com base nisso, empreender suas ações (QUITÉRIO, 2009).

Diante do exposto, o presente trabalho se justifica pela importância que um sistema de informação tem para as ações da vigilância sanitária. Possuindo dados sobre histórico sanitário, identificação de estabelecimentos, indicadores e emissão de relatórios estatísticos, o setor de vigilância sanitária do município de Fortaleza terá um planejamento adequado de suas ações, organizando a gestão e garantindo eficiência e eficácia na promoção e proteção da saúde.

2. OBJETIVOS

Geral

- Complementar o sistema informatizado existente (GRPFOR) para a gestão em Vigilância Sanitária.

Específicos

- Inserir histórico sanitário dos estabelecimentos cadastrados;
- Incluir banco de denúncias e discriminá-las quanto ao tipo, à frequência e às autuações;
- Elaborar indicadores específicos de vigilância sanitária para a emissão de relatórios estatísticos.

3. FUNDAMENTAÇÃO

Desde a introdução nas organizações, no final dos anos 50, a utilização dos computadores no suporte às atividades aumentou consideravelmente. Do mesmo modo que no século XVIII a máquina a vapor desencadeou as mudanças que culminaram na Revolução Industrial, o computador, no século XX, provocou a evolução que nos trouxe para a Sociedade da Informação (CARVALHO, 2010).

Nesse contexto surgem os Sistemas de Informação (SI). Constituídos por um conjunto de partes (software, hardware, recursos humanos e procedimentos), têm como maior objetivo o apoio aos processos de tomada de decisões nas organizações (RODRIGUES E PINHEIRO, 2008).

Segundo Santos *et al.* (2005), esses sistemas têm influenciado de forma positiva os processos de trabalho, pois permitem obter, processar, analisar, organizar e sintetizar o imenso fluxo informacional de dados brutos de forma a transformá-los em conhecimento útil. Além disso, as pessoas fazem mais em menos tempo, gerando eficiência e economia que, por sua vez, pode ser reinvestida na eficácia pessoal.

O conhecimento produzido pode ser aplicado no planejamento, na execução e no aprimoramento das atividades, desencadeando um processo de tomada de decisão e intervenção na realidade (MORESI, 2010).

De modo geral, todas as organizações precisam de dados e a efetiva gestão destes é fundamental para o sucesso nas ações. Dessa forma, o principal benefício proporcionado pela tecnologia dos SI é a habilidade de processar um enorme volume de dados e informações, tornando sua disponibilização praticamente imediata (JUNGER, 2009).

Conforme Marin (2010), na área da saúde, os SI congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde.

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A necessidade de informações com qualidade se traduz em iniciativas diversas tais como padronização de terminologias, maior facilidade de acesso,

compartilhamento de experiências, disseminação dos processos para elaboração dos indicadores e capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados (LIMA, 2010).

Como premissa básica, o sistema de informação em saúde deve contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde, possibilitando a realização de pesquisa, o fornecimento de evidência e auxiliando no processo de ensino. Assim, pode-se afirmar que um SI deve servir para gerenciar a informação, facilitar a comunicação integrar e coordenar as ações entre os múltiplos membros da equipe, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo (MARIN, 2010).

Porém, no Brasil, tradicionalmente, as informações sobre saúde são fragmentadas, resultado da atividade compartimentalizada das diversas instituições que atuam no setor.

No passado, vários bancos de dados existiam e refletiam o panorama e a tendência de cada evento. Havia problemas, em graus variáveis, de cobertura e de qualidade das informações. Era também difícil coordenar as informações por eles produzidas. Resultados decepcionantes apareciam quando dados de diferentes bases eram comparados. As inconsistências acarretavam baixas possibilidades de análise da situação. Conseqüentemente, havia grande quantidade de dados, mas estes eram esparsos, e, portanto, não possibilitavam a geração de conhecimento coerente e útil para subsidiar decisões (LIMA *et al.*, 2009).

Diversos trabalhos têm sido publicados sobre o uso dos sistemas de informação do SUS. A falta de integração dos dados, a fragmentação de informações nessas aplicações, a baixa cobertura e as incertezas quanto à confiabilidade dos dados são algumas das falhas apontadas nesses sistemas. Há relatos também quanto a uma deficiência no apoio ao gestor nos processos de tomada de decisão e planejamento e no monitoramento da qualidade dos dados, não seguindo um plano regular de avaliações normatizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Essa falta de integração entre os sistemas traz o registro aleatório e irregular de informações. Tais problemas impedem o desenvolvimento dos Sistemas de Informação em Saúde enquanto instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, contribuindo para a produção do conhecimento em saúde (MORAES E COSTA, 2013).

Assim como na assistência, os SIS deveriam enfocar a população e suas necessidades, utilizando os dados para gerar políticas que garantissem a qualidade na atenção à saúde (MOTA, 2009).

Os SIS não se restringem a simples repositórios de dados, ao contrário, possuem dinamismo latente nos processos de troca, transferência, comunicação e uso das informações. Sem SIS implementados e suficientemente integrados que suportem a decisão em tempo real e aumentem a segurança durante o cuidado, líderes organizacionais não serão mais que ativistas bem intencionados (THAINES *et al.,* 2009).

Nesse contexto, a vigilância sanitária (VISA), como parte integrante do Sistema Único de Saúde, possui a mesma necessidade, usando as informações como ferramenta e instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação na busca da minimização de riscos de doenças e outros agravos à saúde (SOUZA, SANTOS E WOLOSKER, 2010).

Considerando que um SI compreende o conjunto de processos que envolvem desde a captura dos dados até a produção de informação, representa um meio para que a VISA se desenvolva e promova mudanças necessárias na gestão de riscos à saúde (SOUZA *et al.,* 2007).

As atividades econômicas submetidas ao regime de vigilância sanitária podem ser identificadas e caracterizadas de modo a permitir a construção de um SI composto por uma porção estática e outra dinâmica, sendo que a primeira diz respeito à identificação do estabelecimento (localização, tipo de atividade, etc.) e a segunda está mais relacionada à ação (inspeção sanitária, processos administrativos, etc.). De posse dessas informações, é possível elaborar um modelo de relatório denominado histórico do estabelecimento (QUITÉRIO, 2009).

Ponderando que informação é o principal insumo e, na maioria das situações, o principal produto da VISA, surge com clareza a percepção da importância do Sistema de Informação como um referencial estratégico para a atuação. Esses SI devem fornecer subsídios para o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos impactos das ações e necessidades de intervenções (FREITAS, 2010).

Como produtos desses sistemas de informação em VISA, temos os indicadores que servem para apontar, desvendar e refletir uma realidade, facilitando a interpretação dos problemas para uma tomada de decisão efetiva e eficaz (QUITÉRIO, 2009).

Segundo Maciel *et al.* (1999):

> O indicador é definido como um valor agregado a partir de dados e estatísticas, transformados em informação para o uso direto dos gestores. Deste modo, podem contribuir para aprimorar o gerenciamento e a implementação de políticas. Os indicadores permitem dar um valor agregado aos dados, convertendo a informação para uso direto. Por princípio, devem ser apropriados para diferentes usuários e estar baseados no reconhecimento de que diferentes decisões e questões requerem distintos tipos e níveis de indicadores e servem para orientar a prática, formulando evidências para o diagnóstico.

Dentro do sistema de saúde, os indicadores passam a revelar a situação de saúde de uma determinada população ou de um indivíduo, sendo criados a partir de dados referenciados no tempo e no espaço. Pelas suas formas de organização e apresentação, facilitam a análise e o olhar com significância sobre a realidade, através da simples leitura ou do acompanhamento dos dados no tempo, servindo para mensurar o gerenciamento, a avaliação e o planejamento das ações em saúde (PEREIRA, 2010).

Tais indicadores possibilitam mudanças tanto nos processos quanto nos resultados e possibilitam um melhor gerenciamento do tempo pela implementação de ações específicas que garantam a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravo. Os resultados podem ser expressos em frequência absoluta, quando evidencia número de casos; em frequência relativa, quando faz a relação entre dois valores absolutos ou ainda em índice, o qual revela a expressão e a multidimensionalidade do indicador (ANVISA, 2008).

Ainda de acordo com a ANVISA (2008):

> Para a construção de indicadores, primeiramente deve haver a identificação dos dados (elementos em estado bruto) e informações (produto do tratamento, processamento, análise ou interpretação posterior dos dados). Posteriormente deve haver a construção e seleção de indicadores. Para se construir indicadores deve-se saber a dimensão que se quer avaliar, a pergunta avaliativa e variáveis observáveis. O critério para selecionar esses indicadores deve ter como base a acessibilidade, utilidade, importância para a situação, capacidade de síntese da situação, facilidade de obtenção e continuidade da utilização. Na terceira etapa deve haver a análise desses indicadores fazendo a comparação com parâmetros baseados na situação inicial, na mudança na qualidade dos serviços prestados e no conhecimento

> científico prévio que deve ser ajustado ao contexto local. Na quarta etapa vem a divulgação dessa análise e, por fim, a intervenção da realidade por meio de plano de ação.

Dessa forma, para que as ações em vigilância sanitária sejam mais efetivas e eficazes faz-se necessário um adequado planejamento, o que se torna mais viável através de um gerenciamento das informações produzidas por um bom sistema de informação.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, definida pelo contexto da experiência, criatividade, recursos e governabilidade.

Durante o encontro do grupo na oficina de trabalho do projeto aplicativo, cada participante identificou três problemas relacionados à vigilância sanitária que mais lhe incomodavam. Foi realizada a exposição desses problemas para o restante do grupo e, em seguida, foi feita uma discussão sobre eles. Os problemas semelhantes foram agrupados no mesmo conjunto e depois inseridos nos macro-problemas relacionados abaixo:

- ✓ Planejamento normativo desvinculado de uma análise de situação
- ✓ Informação insuficiente e subutilizada
- ✓ Pouca inserção nas políticas de saúde
- ✓ Comunicação em VISA insuficiente
- ✓ Processo de trabalho fragmentado sem articulação intersetorial
- ✓ Desvalorização profissional
- ✓ Incapacidade técnica de alguns gestores em Visa
- ✓ Interferência política

Em seguida, conforme mostra a tabela 1, construiu-se a matriz para selecionar o problema priorizado. Os critérios usados foram a importância (muito baixa, baixa, média, alta e muito alta); a urgência (atribuindo um valor, onde a soma de todos os problemas deveria ser de no máximo 50 pontos) e a governabilidade (se a capacidade de enfrentamento está dentro, parcial ou fora do controle do grupo).

Tabela 1. Seleção/priorização do problema. Fortaleza, 2013.

PROBLEMA	IMPORT.	URGÊNC.	GOVERN	PRIOR.
Não reconhecimento do trabalho pelos gestores e pela população	Baixa	1.66	Parcial	11
Incapacidade de resolução	M. Alta	6.66	Parcial	4
Não julgamento dos autos	Média	5	Dentro	2
Perfil dos chefes	Alta	3.33	Fora	12
Organograma mal definido	Baixa	1.66	Parcial	9
Interferência política e de gestores	M. Alta	6.66	Parcial	5

Salário baixo	Média	5	Parcial	7
Desarticulação	M. Alta	6.66	Parcial	3
Ausência de autonomia	Alta	3.33	Parcial	6
Falta de planejamento estratégico	Alta	3.33	Dentro	1
Falta de estrutura	Alta	3.33	Parcial	8
Falta de transparência	Baixa	1.66	Parcial	10

A falta de planejamento estratégico foi o problema selecionado na matriz. A partir dele, foi construída a árvore explicativa de problemas (ANEXO A), um diagrama de causa-efeito que possibilitou uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais.

As causas elencadas foram a falta de estrutura, a desarticulação interna, a falta de intersetorialidade, a ausência de banco de dados, a falta de preparo técnico dos gestores e a falta de padronização, sendo esta considerada nó crítico.

As conseqüências geradas pela ausência de planejamento estratégico foram a desorganização das ações, o aumento do risco sanitário, a falta de resolutividade, a desmotivação dos profissionais, a falta de produtividade e de credibilidade na VISA.

Também foi elaborada pelo grupo a matriz de identificação de diversos indicadores importantes para a atuação da vigilância sanitária (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores de Vigilância Sanitária. Fortaleza, 2013.

Qualificação dos Indicadores	Objetivo Estratégico
Nº de fiscais de VISA e nº de estabelecimentos comerciais	Definir se o nº de fiscais é suficiente para fiscalizar todos os estabelecimentos
Nº de fiscais de VISA e nº de habitantes	Definir o nº de fiscais por nº de habitantes
Nº de fiscais de VISA por área (Km²)	Definir se o nº de fiscais é suficiente p/ atender a área do município
Percentual de denuncias atendidas	Avaliar a capacidade de resposta de denuncias

Percentual de autos de infração lavrados e julgados anualmente	Definir o tempo de resposta do julgamento dos autos de infração
Percentual de estabelecimentos fiscalizados no ano com liberação do registro sanitário	Definir o nº de estabelecimentos com registro em relação aos que foram fiscalizados
Tempo decorrido entre a solicitação do registro e a 1º inspeção no estabelecimento	Identificar o tempo médio entre a abertura do processo e a 1º inspeção
Percentual de estabelecimentos fiscalizados pela 1º vez no ano	Definir o nº de estabelecimentos fiscalizados pela 1º vez
Percentual de estabelecimentos fiscalizados e reinspecionados no ano	Definir o nº de estabelecimentos reinspecionados
Nº de fiscais de VISA por carro	Definir se a quantidade de carros é suficiente para a fiscalização

A matriz de identificação e relevância de atores sociais foi utilizada para o mapeamento dos atores sociais na discussão do problema, sendo realizada uma classificação de acordo com a identificação do valor e interesse a eles atribuídos (Tabela 3).

Tabela 3. Identificação dos atores sociais. Fortaleza, 2013.

ATOR	VALOR	INTERESSES	PONTUAÇÃO (0 A 10)
Chefe da VISA das SR`s	Baixo	+	7
Coord.Distrito de Saúde	Médio	0	5
Secretária de Saúde Fortaleza	Alto	0	5
Gerente da Cevisa	Alto	+	8
Fiscal municipal GRPFOR	Alto	+	8
Coordenadora da COVIS	Alto	0	5

O valor (alto, médio ou baixo) diz respeito ao poder do ator em transformar a situação inicial na desejada. Já o interesse, representado pelos sinais positivo (+), negativo (-) ou posição de neutralidade (0), é a motivação do ator em mudar a realidade existente. Finalmente, foram atribuídas notas, visando identificar os diferentes graus de relevância dos atores sociais no contexto analisado.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O município de Fortaleza tem mais de 2 milhões e 400 mil habitantes. É a quinta capital do país em densidade demográfica. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No modelo de descentralização, a SMS se articula diretamente com seis Secretarias Regionais por meio dos respectivos Distritos de Saúde, gerenciando uma rede própria de serviços de saúde com 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (Cemja), 2 Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).

Além da oferta de serviços, essa secretaria tem a atribuição de planejamento, assessoramento jurídico e ações relacionadas às Coordenadorias de Políticas das Redes de Atenção à Saúde (Célula de Atenção Primária, Secundária, Emergências e urgências, entre outras), Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Células de Saúde do trabalhador, de **Vigilância Sanitária**, de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Ambiental), Coordenadoria de Controle, Auditoria e Regulação das Ações de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Unidades e Hospitais Especializados, Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Coordenadoria Administrativo-Financeira e Coordenadoria de Tecnologia da Informação.

Há seis Coordenadorias/Secretarias Regionais (SR) subordinadas à SMS, cada uma delas possuindo uma unidade de atenção primária à saúde. Essa unidade coordena um setor de vigilância sanitária, um setor de vigilância epidemiológica e de zoonose e as unidades básicas de saúde referente ao seu território. Oportuno salientar que a Coordenadoria de Vigilância em Saúde supervisiona, capacita e dá suporte às secretarias regionais de saúde.

A Célula de Vigilância Sanitária tem um papel fundamental referente ao processo de educação em saúde, normatização e apoio à fiscalização executada ao nível de SR no controle e inspeção dos produtos e serviços relacionados aos segmentos de alimento, de farmácia, de serviço de saúde e de interesse à saúde.

No que diz respeito ao fluxo das ações fiscalizatórias, os processos físicos só serão conhecidos pelos fiscais após serem gerados na Central de Atendimento das regionais e encaminhados ao setor da Vigilância Sanitária.

Além da grande quantidade de processos para a concessão de registro sanitário, há várias demandas direcionadas à fiscalização por motivo de denúncias, por pedidos do Ministério Público ou de outros órgãos, bem como ações extraordinárias vindas da Célula de Vigilância Sanitária.

O Município de Fortaleza conta, ainda, com a Secretaria Municipal de Finanças de Fortaleza – SEFIN, órgão integrante da administração direta que possui a finalidade de planejar, coordenar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades financeiras do Município, por meio da política fiscal nas vertentes tributária e orçamentária.

A SEFIN operacionaliza suas ações através de um sistema de informação denominado GRPFOR (Gestão de Recursos e Planejamento de Fortaleza). Tal sistema foi disponibilizado com um módulo de fiscalização.

Em meados da década de 90, houve a criação de um programa denominado PROFISCAL pelo Instituto de Planejamento do Município – IPLAN. Este foi proposto para executar a fiscalização das várias atividades na cidade através de uma equipe multidisciplinar. Composta por fiscais das áreas de Vigilância Sanitária, Obras, Posturas e Meio ambiente, e da área de Limpeza Urbana, a equipe atuaria simultaneamente nos casos, nascendo a idéia de integração.

Com o passar dos anos, o PROFISCAL perdeu sua função principal, restando apenas serviços de apoio à fiscalização. Porém, a ideia de integração das atividades de fiscalização permaneceu, surgindo uma nova proposta para o desenvolvimento de um software moderno.

Após a captação de recursos financeiros e humanos, a gerência do novo projeto deu origem ao GRPFOR, abrangendo, além da fiscalização, a área tributária. Dessa forma, integrar fiscalização, planejamento e gestão de recursos foi o objetivo da sua criação.

Contendo módulos de Fiscalização (ordens de serviços e produtividade), Termo de infração (desde o cadastramento dos diversos tipos de documentos fiscais até a geração do DAM – documento de arrecadação municipal), Permissionários (ambulantes, feiras, bancas

de revistas e jornais, mercados), Posturas (Licença de publicidade, alvará de construção) referentes às áreas tributária (ITBI, ISS, IPTU) e urbana, o GRPFOR é disponibilizado para técnicos, fiscais e gestores, bem como para consulta pelo público. Seu suporte técnico é executado pela equipe de tecnologia da informação da SEFIN.

A Vigilância Sanitária propõe o aprimoramento do GRPFOR a fim de proporcionar maior agilidade e eficiência no processo de trabalho. Para a complementação desse sistema, torna-se necessária a inclusão de todos os atores sociais envoltos na sua construção.

A proposta inclui o recadastramento de todos os estabelecimentos com o acréscimo de informações pertinentes à vigilância sanitária nas suas diversas áreas de competência. A padronização de rotinas, como consultas processuais de estabelecimentos e de profissionais autônomos ou liberais envolvidos, bem como a geração de procedimentos relacionados a requerimentos, fichas de encaminhamento e registros sanitários serão contemplados pelo sistema.

Espera-se, também, que essa ferramenta tecnológica forneça indicadores de vigilância sanitária, auxiliando na solução de problemas, no aumento da eficiência nas inspeções sanitárias e no suporte para um melhor planejamento tático e estratégico das ações.

As informações sobre o estabelecimento irão desde sua identificação, documentação até histórico sanitário. Dados como razão social, nome fantasia, endereço, cep, telefone, e-mail, responsável legal, empresa de consultoria ou responsável técnico, número de funcionários e classificação (Grupos / Subgrupos / Agrupamento), CNPJ, CNAE/CNES, IPTU, Alvará de Funcionamento, Registro Sanitário e Licença Ambiental formarão o quadro das documentações requeridas.

Os dados serão expostos em gráficos, tabelas e indicadores de diagnóstico, avaliação e monitoramento, gerando, posteriormente, relatórios estatísticos importantes.

O diagrama anexado (ANEXO B) ilustra algumas ações de vigilância sanitária. Apresenta-se, por meio da legenda numérica, o momento onde ocorre a morosidade da ação ou mesmo a sua ineficiência, motivada pela ausência de dados. Além disso, observa-se em quais etapas e por quem os dados serão inseridos e consultados.

Com a utilização de um adequado sistema de informação, a Célula de Vigilância Sanitária terá acesso a dados relevantes para o monitoramento da situação sanitária municipal, proporcionando, dentre outros, a avaliação e o planejamento das ações fiscalizatórias realizadas nos eventos de massa e o acompanhamento das metas pactuadas no plano de ação anual de vigilância sanitária.

No entanto, para a complementação do GRPFOR, deverá haver investimento para a resolução de entraves como a insuficiência de recursos humanos destinados para o suporte técnico-operacional do sistema e a inexistência de uma linha de financiamento e custeio que fortaleça a capacidade de organização da informação.

Dessa forma, esses aspectos negativos podem comprometer a robustez e a fidedignidade das informações, dificultando o alcance do seu real propósito.

5.1 Informações sanitárias

Dados como tipo de pessoas (física ou jurídica), razão social, nome fantasia e endereço já compõem o atual sistema. Tais informações revelam apenas a localização e identificação do estabelecimento.

No momento em que se inicia uma ação, a execução do trabalho seria mais rápida e eficiente se existissem informações adicionais. Na verificação de uma denúncia, por exemplo, será de extrema importância a posse das informações sobre registro sanitário, alvará de funcionamento, consultoria de alimentos ou responsável técnico e número de funcionários. Hoje, só é possível identificar a localização do estabelecimento.

Através do histórico sanitário, haverá um acompanhamento da vida da empresa desde o registro sanitário inicial até as renovações posteriores. Entretanto, serão necessárias introdução de informações sobre as ações realizadas em cada inspeção, incluindo a motivação, os roteiros aplicados e os termos lavrados (intimação, vistoria, laudo de inspeção, termo de apreensão/interdição/desinterdição, auto de infração, termo circunstanciado, coleta de amostras).

Atualmente, o GRPFOR possui o módulo de infração, no entanto, não está em uso pela Vigilância Sanitária devido à escassez de recursos humanos para o suporte técnico-operacional desse sistema.

Tais dados subsidiarão a autoridade sanitária no julgamento dos Processos Administrativos Sanitários, visto que a reincidência no cometimento de infrações e outras situações importantes serão discernidas.

5.2 Indicadores de vigilância sanitária

A gestão de Vigilância Sanitária focaliza suas ações no gerenciamento do risco sanitário.

A partir da construção de indicadores de Vigilância Sanitária, esse processo será mais direcionado e eficiente. No Brasil, o uso de indicadores de saúde em Vigilância Sanitária ainda é uma prática pouco difundida (Costa, 2011).

No município de Fortaleza não há registro do uso de indicadores específicos de vigilância sanitária. Com a inclusão destes na complementação do sistema, pretende-se tornar a gestão mais organizada, eficaz e transparente.

Com a criação do indicador “percentual de autos de infração lavrados”, a realidade sanitária local e o porquê do setor regulado não atender às exigências legais serão conhecidos. Já com o indicador “percentual de autos de infração lavrados versus percentual de autos de infração julgados”, a eficiência da autoridade sanitária no julgamento dos autos será medida.

Portanto, a inclusão desses indicadores tem como foco a melhoria da Gestão em Vigilância Sanitária no município. Com um planejamento estratégico organizado e articulado das ações, o trabalho da Vigilância Sanitária se tornará visível à sociedade, intensificando a conscientização e a participação popular.

6. GESTÃO DO PLANO

AÇÕES PROPOSTAS	MONITORAMENTO			RESPONSÁVEL
	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	
Instituir grupo de trabalho com gestores e fiscais para avaliação e discussão do sistema de informação da Visa.	Cumprimento da programação das reuniões. Assiduidade na participação das reuniões pelos atores definidos. Matriz de informações necessárias construída.	Atas e relatórios de reuniões realizadas pelo grupo de trabalho. Matriz elaborada	Quinzenal	Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (Cevisa - SMS)
Firmar acordo para definir desenvolvimento, implantação e manutenção do sistema nas Visa's (regionais).	Ata/Relatório do acordo para desenvolvimento e operacionalização do sistema de informação aprimorado, dentro do prazo estabelecido.	Ata/relatório firmado	Mensal	Coordenadora da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS - SMS)
Implantar/ capacitar os coordenadores de Visa, fiscais e demais profissionais administrativos das Secretarias Regionais no sistema de informações.	Registros de capacitações realizadas % de regionais com sistema implantado (n° de regionais implantadas/n° de regionais x 100) % de gestores, fiscais e apoio administrativos capacitados (n° de profissionais capacitados por função/n° de profissionais x 100)	Registro de instalação do sistema nas regionais. Registros dos treinamentos ministrados.	Quinzenal	Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (Cevisa - SMS)
Avaliar as possíveis alterações do sistema, baseado nas oportunidades de melhoria/ sugestões mencionadas pelos usuários treinados.	Registro e relatório de reunião de avaliação das alterações propostas.	Ata/ relatório de reunião.	Mensal	Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (Cevisa - SMS)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprimoramento do sistema irá proporcionar maior agilidade e eficiência no processo de recepção, tramitação e monitoramento da documentação exigida às empresas e aos órgãos públicos competentes, bem como permitir a avaliação dos resultados a partir de indicadores específicos.

O foco da complementação do sistema é padronizar rotinas ligadas à vigilância sanitária, como cadastros e consultas processuais de estabelecimentos e de profissionais autônomos ou liberais, procedimentos relacionados a requerimentos, fichas de encaminhamento e registros sanitários.

Esse sistema é fundamental para as estratégias da Vigilância Sanitária por se tratar de uma ferramenta que permitirá mensurar a eficiência de suas ações.

O uso da tecnologia de informação permite a identificação das informações relevantes e, com base nestas, o alinhamento dos recursos. Nesse processo, as organizações geram o conhecimento apropriado, aplicando-o no planejamento, na execução e na melhoria de suas atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Manual - Cadastro de Instituições. Brasília, 2008. Disponível em: <http//:www.anvisa.gov.br>; Acesso em 10 out 2013.

ANVISA. Manual - Cadastro de Usuários. Brasília, 2008. Disponível em: <http: www.anvisa.gov.br>; Acesso em 20 fev 2014.

ANVISA. Sistema de Informações em Vigilância Sanitária. Brasília, 03.2000. Disponível em: <http:www.intavisa.com.br>; Acesso em 5 jan 2014.

BRASIL, Conceitos Básicos para a Elaboração de Indicadores: capacitação no elenco norteador e indicadores do SINAVISA, 2008. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em 22 mai 2014.

BRASIL. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ed MS, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf. Acesso em 09 mai 2014.

CARVALHO, J. A. Tecnologias e Sistemas de Informação: uma área científica orientada às necessidades de conhecimento dos profissionais envolvidos na contínua transformação das organizações através das tecnologias da informação. *R.Eletr. Bibliotecon.*, Florianópolis, n. esp., 2º sem. 2010. Disponível em: <http://C:/Users/pc/Downloads/16588-52979-1-PB%20(2).pdf. Acesso em: 09 mai 2014.

COSTA, I. C. S.; SOUTO. C. A. Indicadores em Vigilância Sanitária de Alimentos. *Revista Baiana de Saúde Pública.* v. 35, n.4, p.826-844, out./dez. 2011.

FREITAS, F.P*. O Sistema de Informação em Vigilância Sanitária-SIVISA:ações de vigilância sanitária nos serviços de alta complexidade*. 2010. 120f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de França, 2010. Disponível em: C:/Users/pc/Downloads/fileCDocuments%20and%20SettingsChefiaDesktopSISTEMAS%20DE%20INFORMA%C3%87%C3%83Ovisualizar.pdf.pdf. Acesso em 09 mai 2014.

JUNGER, S. *A organização e a importância dos Sistemas de Informação*, 2010. Disponível em: <http://www.craes.org.br/arquivo/artigoTecnico/SistemasdeInformacao3_3.pdf>

LIMA, C. R.A. *et al*. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2009.

LIMA. C. R. A. Gestão da qualidade dos dados e informações dos Sistemas de Informação em Saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 155p. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://C:/Users/pc/Downloads/limacrad%20(1).pdf> Acesso em: 09 mar 2014.

MÁRCIA, Furquim de Almeida Baldijão. Sistemas de Informação em Saúde. São Paulo em perspectiva, 6(4):21-28, outubro/dezembro de 1992. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_04.pdf>. Acesso em 16 mar 2014.

MACIEL, A. A. F. .et al. Indicadores de vigilância ambientel em saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1999; 8(3): 59-66. Disponível em: http://www.oficinacientifica.com.br/downloads/Textos%20PDF/Indicadores_de_vigilancia_ambiental_em_saude.pdf. Acesso em 22 mai 2014.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal oh Health Informatics*. Disponível em: <http:www.jhi-sbis.saude.ws>. Acesso em: 16 mar 2014.

MORAIS, R.; COSTA, A. L. Um modelo para avaliação de Sistema de Informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. *XXXVII Encontro da ANPAD*. Rio de Janeiro-2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2013/01%2020ADI/PDF%20ADI%20-%20Tema%202/2013_EnANPAD_ADI221.pdf> Acesso em: 7 mai 2014.

MORESI, E. A. D. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. *Ci. Inf., Brasília,* v. 29, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v29n1/v29n1a2.pdf> Acesso em: 12 dez 2013.

MOTA, F.R.L. Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM, no estado de Alagoas. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECIDV4PXY/tese_francisca.pdf?sequence=1> Acesso em: 9 fev 2014.

PEREIRA, S.D. Conceitos e Definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária. São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf. Acesso em 22 mai 2014.

QUITÉRIO, L.A.D. Sobre um sistema de informação em vigilância sanitária. Tópicos para discussão.*Vigilância Sanitária: temas para debate [online].* Salvador: *EDUFBA*, 2009. 237 p. Disponível em: <http://books.scielo.org.br> Acesso em: 8 nov 2013.

QUITÉRIO, Luiz Antônio Dias. Sobre um Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – Tópicos para Discussão. In: COSTA, E. A. (Org). Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

RODRIGUES, E.; PINHEIRO, M. A. S. Tecnologia da Informação e mudanças Organizacionais.*Universidade IMES* – São Caetano do Sul-SP Vol. I - n0 02 - jul/dez 2008.

SANTOS, A. A. dos et al. Monitoramento e Avaliação dos Indicadores das Linhas de Cuidado ao IAM e AVC no Município de Porto Alegre. Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012. 30 p.

SANTOS, S.J.; FREITAS, H.; LUCIANO, E. M. Dificuldades para o uso da tecnologia da Informação. *RAE electron*. v.4 n.2 São Paulo jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt 5/13>. Acesso em 09 mai. 2014.

SCHEREN, V. *et al*. SINAN NET: Um Sistema de Informação à Vigilância na Saúde do Trabalhador. *CogitareEnferm* 2007 Jul/Set; 12(3):330-7. Disponível em: <http: www.132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2007/vol12/no3/7.pdf>. Acesso em: 11 mai 2014.

SOUZA, G.H.L. *et al*. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. *Texto contexto - enferm.*vol.18 no.3 Florianópolis jul./set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000300009>. Acesso em 09 mai 2014.

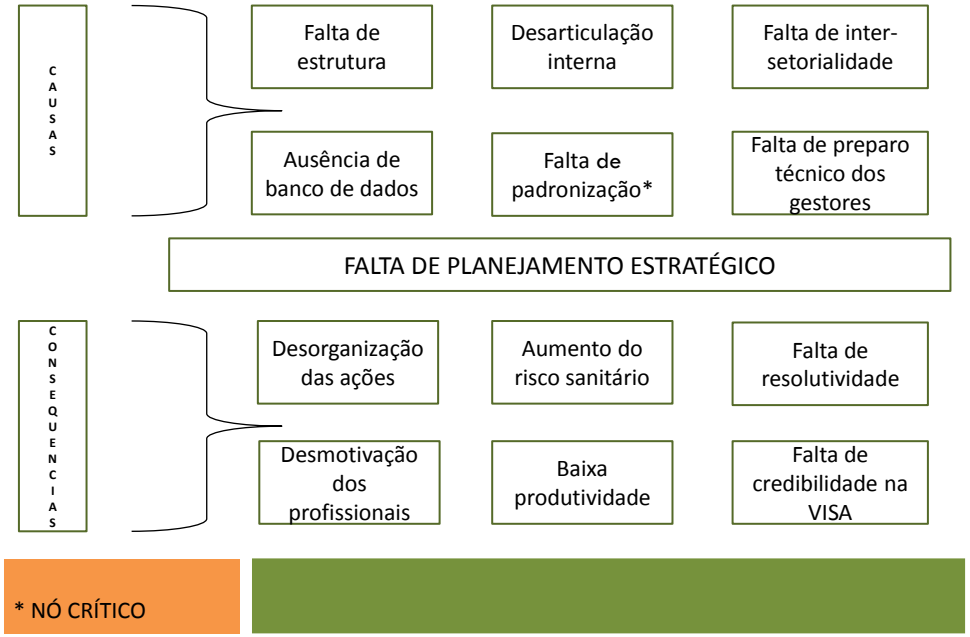
SOUZA, V.P.S.;SANTOS, O.F.P.; WOLOSKER, N. Sistema de Informação em Saúde. *Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein*, São Paulo, SP, Brasil.2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/2842-vii-viii_PORT.pdf>. Acesso em: 09 mai 2014.

VICENTE, Maria Glória. Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) – uma visão sobre a funcionalidade e operação do instrumento, In: XII Encontro Nacional da Rede Sentinela. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em 16 mar 2014.

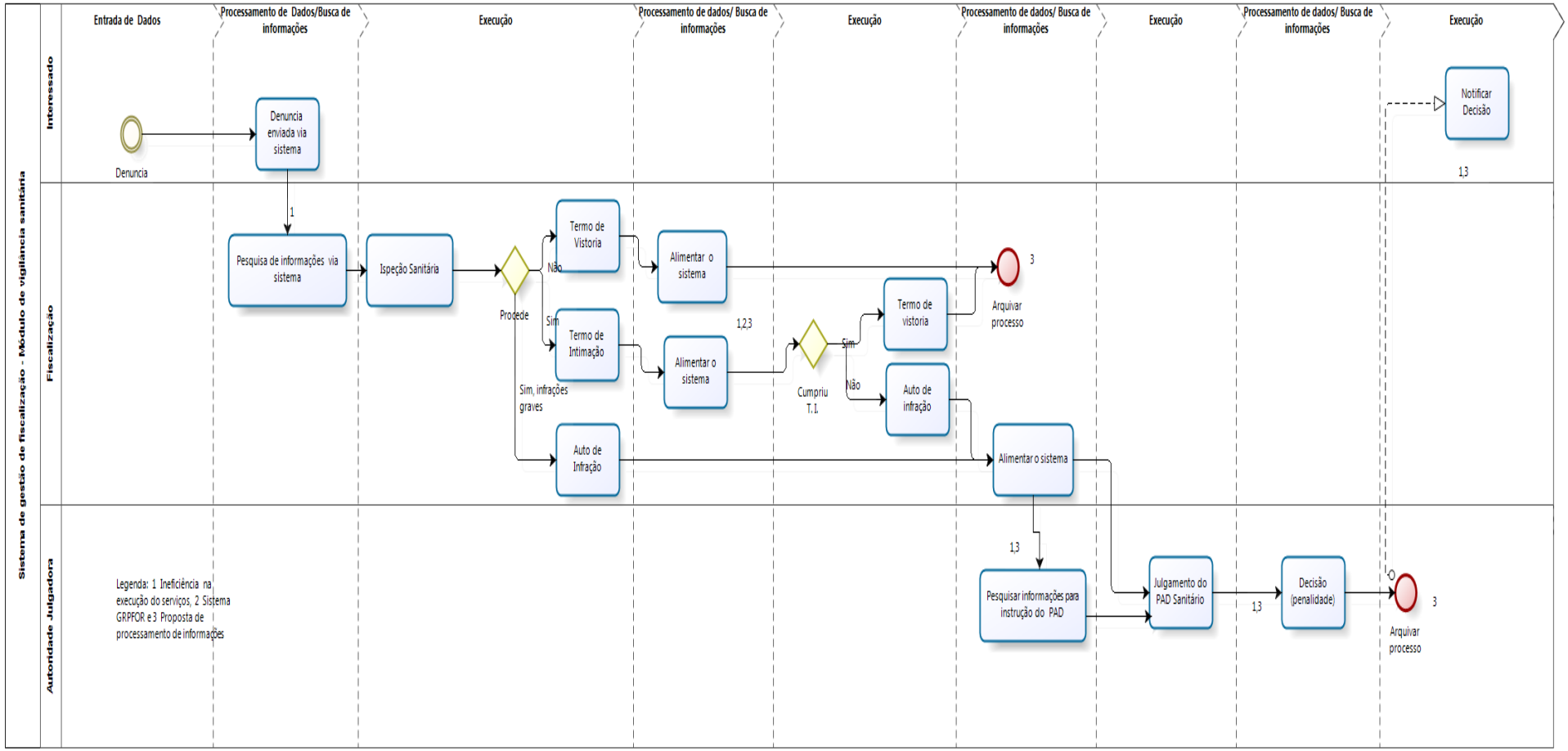
ANEXOS

ANEXO A

ÁRVORE EXPLICATIVA



ANEXO B – FLUXO DE AÇÕES DA VISA



ÉLIDA MARISA MARIAN ALVES
GICELE GOMES
MARIA APARECIDA TAQUES FORTES
MARIA LUIZA DE OLIVEIRA SILVEIRA
SILVANA CRISTINA SILVA BATISTA
TATIANA HELENA BELMONTE
TERESA CRISTINA DA COSTA PERTILE
WAGNER MARTINS COELHO

ATENDIMENTO A DENÚNCIA

CUIABA 2014

ÉLIDA MARISA MARIAN ALVES
GICELE GOMES
MARIA APARECIDA TAQUES FORTES
MARIA LUIZA DE OLIVEIRA SILVEIRA
SILVANA CRISTINA SILVA BATISTA
TATIANA HELENA BELMONTE
TERESA CRISTINA DA COSTA PERTILE
WAGNER MARTINS COELHO

ATENDIMENTO A DENUNCIA

Projeto aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão da Vigilância Sanitária.
Facilitadora: Valéria Cristhian Meneguini

Cuiabá 2014

RESUMO

Este projeto aplicativo foi construído utilizando ferramentas do planejamento estratégico de Carlos Matus como uma proposta de intervenção para o problema central "Deficiência no processo de atendimento à denúncia nas Vigilâncias Sanitárias (VISA) de Cuiabá e Várzea Grande". Desta forma, foi realizado o levantamento dos processos implantados hoje nestes municípios, e a coleta de informações nos formulários e no processo de trabalho de outros órgãos e instituições consideradas de referência. Propõe estabelecer, institucionalizar e divulgar canais de comunicação tanto para profissionais da VISA como para a população, visando aprimorar, instituir, implementar e tornar público a padronização do processo de atendimento a denúncia por parte das vigilâncias sanitárias, viabilizando o acompanhamento e a transparência do processo da VISA, permitindo dar retorno adequado ao denunciante.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Comunicação em VISA; Processo de Trabalho.

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 5
2. OBJETIVOS 8
2.1. Objetivo Geral 8
2.2. Objetivos Específicos 8
3. FUNDAMENTAÇÃO 9
3.1. Processo de Trabalho, Comunicação em Vigilância Sanitária e Participação Social 9
4. PERCURSO METODOLÓGICO 13
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 15
6. GESTÃO DO PLANO 17
7. INSTITUCIONALIZAÇÃO 18
REFERÊNCIAS 19
APÉNDICE A - ÁRVORE EXPLICATIVA DE PROBLEMAS 22
APÉNDICE B – MATRIZ CONSTRUÇÃO DE INDICADORES 23
APÉNDICE C – MATRIZ IDENTIFICAÇÃO E RELEVÂNCIA DOS ATORES SOCIAIS 24
APÉNDICE D – PLANO DE INTERVENÇÃO 25

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

As ações fiscalizadoras de Vigilância Sanitária (VISA) objetivam verificar as condições higiênico-sanitárias, os recursos humanos disponíveis e capacitados para as atividades, os equipamentos necessários para o desenvolvimento da prestação de serviços, os procedimentos aplicáveis ao desenvolvimento das atividades, a garantia e o controle de qualidade dos serviços ou produtos entregues ao consumidor ou clientes e as condições de segurança do trabalhador em seu ambiente de trabalho. Estas ações devem estar baseadas no controle dos riscos associados e são executadas por instituições públicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Para que estas ações se realizem há necessidade de se cadastrar todos os serviços ou estabelecimentos relacionados ás ações de VISA. Sejam estabelecimentos de saúde ou de interesse da saúde. Este cadastro deve estar disposto num sistema ou banco de dados onde exista a possibilidade de registrar a condição de regularidade do serviço, suas especificidades, dados sobre a direção administrativa e técnica, qual ou quais atividades foram licenciadas, histórico de inspeções e procedimentos administrativos. No que diz respeito ao histórico de informações deve figurar as informações sobre reclamações ou denúncias. As reclamações deverão ser apuradas, levando em conta o risco sanitário envolvido, priorizando aquelas com maior capacidade de provocar danos aos usuários e consumidores, pelo potencial ou pelo tempo em que ocorreu.

As reclamações ou denúncias feitas pela comunidade ou pelas autoridades constituídas como as Ouvidorias chegam a VISA por meio de ligações telefônicas, contato pessoal ou ofícios.

O atendimento às denúncias registradas na VISA dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande foi assunto comum apontado por este Grupo Afinidade durante o levantamento das carências existentes na relação usuário – prestador - VISA.

Ocorre que ambos os serviços dos dois municípios não atendem adequadamente aos clientes internos e externos. À clientela interna existem problemas como falta de informações suficientes ou informações imprecisas sobre o objeto da reclamação. Aos clientes externos foi identificada como carência a falta de retorno do resultado das ações ao reclamante.

A falta de capacitação dos agentes que atendem as reclamações por telefone ou pessoalmente demonstrou falhas que podem ser amenizados. Um dos problemas apontados foi referente à triagem, visto que existem reclamações que não são de competência de Vigilância Sanitária, mas ainda assim são admitidas e encaminhadas ao setor de fiscalização, que só após avaliação técnica serão encaminhadas aos órgãos competentes. Essa forma de

trabalho acaba por causar prejuízo aos prazos do processo de atendimento à denúncia interferindo portanto na resolução dos problemas.

O atendimento a denúncia encontra destaque entre as prioridades elencadas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) incorporada a ações estratégicas de gerenciamento do risco sanitário, como parte da educação e comunicação em saúde para a população.

O Plano de Ação constitui a ferramenta de eleição de prioridades em que estão descritas todas as ações que a VISA pretende realizar durante o exercício de um ano, assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações (BRASIL, 2007b).

Com a adoção de prioridades, incluindo aquelas relacionadas ao risco sanitário, o atendimento das reclamações que tem risco elevado devem seguir à frente dos demais problemas elencados, de acordo as metas estabelecidas.

Confirma-se a relevância do tema proposto para este projeto aplicativo, *o atendimento à denúncia*, observando a sua inserção como um dos procedimentos da área de intervenção: Educação e Comunicação em Saúde para População como estratégia para o gerenciamento do risco sanitário presente no elenco norteador de ações do plano de ação em VISA, instrumento de pactuação proposto pelo PDVISA.

O repasse de recursos financeiros para os serviços de VISA dos Estados e Municípios é feito mediante alimentação mensal regular do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS, conforme Portarias 3252/09 e 1106/10. E entre as ações de VISA a serem alimentadas no Sistema figura o atendimento a denúncias (BRASIL, 2009/2010).

A análise dos dados extraídos do SIA/SUS traz informações que poderão ser utilizadas como um importante instrumento de gestão pela VISA, subsidiando as ações de planejamento, programação, regulação, controle e auditoria, além de elementos para avaliação das ações de saúde.

Mas, em se tratando do procedimento de apuração das denúncias pela VISA, nos deparamos com dificuldades, que podem ser explicadas pela ausência de padronização e organização do fluxo do processo de atendimento as denúncias; a deficiência no canal de comunicação com a população; a ausência de informações claras e objetivas em relação ao processo de denúncia; e o desconhecimento do fluxo de recebimento e atendimento das reclamações, por parte da equipe da VISA, ocasionando deficiências no atendimento ao cidadão, inclusive no que se refere ao retorno da solicitação feita pelo mesmo. Portanto, a escolha do tema se motivou pela sua relevância, a possível aplicabilidade, a necessidade dos serviços de VISA dos municípios selecionados em padronizar o processo de atendimento de denúncias e ainda a oportunidade dos membros do grupo poderem atuar tanto diretamente

na execução do projeto, enquanto trabalhadores desses serviços, como também na assessoria aos gestores, enquanto técnicos do Estado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Implementar um processo de trabalho eficiente de atendimento à denúncia na VISA.

2.2. Objetivos Específicos

- Aprimorar, instituir, implementar e tornar público a padronização do processo de atendimento a denúncia por parte da VISA;
- Estabelecer, institucionalizar e divulgar canais de comunicação para profissionais da VISA e população em relação ao processo de atendimento a denúncia;
- Publicar informações em relação ao processo de atendimento à denúncia na VISA.

3. FUNDAMENTAÇÃO

3.1. Processo de Trabalho, Comunicação em Vigilância Sanitária e Participação Social

As ações de VISA abrangem o conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, inclusive o do trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990).

Dentre as estratégias de ação da VISA, podemos citar: a regulamentação dos procedimentos de serviços e produtos de interesse da saúde: através de propostas de elaboração de leis, decretos, portarias e normas técnicas que são embasadas nos riscos sanitários. E que tem como objetivo estabelecer princípios, organizar serviços e práticas da vigilância em saúde, sendo ferramenta necessária para o exercício das atividades de vigilância sanitária; a Comunicação e Educação em Saúde que consiste num componente essencial para fundamentar as ações e intervenções sobre os problemas sanitários encontrados em empresas e/ou estabelecimentos de assistência e de interesse da saúde. E que objetiva ainda, a compreensão por estas empresas/estabelecimentos das suas responsabilidades sanitárias e a conscientização e participação da sociedade; a articulação e integração com diversos órgãos que atuam direta ou indiretamente com a saúde; a inspeção/fiscalização que sustenta as ações da VISA, pois possibilita um conhecimento real dos problemas sanitários que afetam a saúde pública e, a partir dos aspectos observados, permite definir estratégias/ações que promovam a adequação dos estabelecimentos, equipamentos e produtos de interesse à saúde, assim como o aumento da consciência sanitária dos responsáveis pelos serviços prestados (ANVISA, 2007).

As atividades de inspeção exercidas pelas autoridades sanitárias são priorizadas considerando o risco à saúde, geradas também a partir de denúncias ou solicitações de outros órgãos e organizadas conforme o Plano de Ação de Vigilância Sanitária do município.

Rangel-S (2009) destaca que o principal papel da vigilância sanitária é desenvolver ações de regulação sanitária controlando os riscos e regulando processos e relações.

Citando Costa (2004), a autora supracitada, afirma que diante deste papel a vigilância sanitária assume uma função mediadora entre os interesses econômicos e os interesses da saúde, cabendo-lhe avaliar e gerenciar os riscos sanitários, de modo a proteger a saúde dos consumidores, do ambiente e da população como um todo. Assim, sua função protetora abarca cidadãos, consumidores e produtores.

Diante da complexidade das ações de vigilância sanitária que se amplia quando precisa tratar de propriedades inerentes aos produtos, como: qualidade, eficácia e segurança esperadas surge, no campo de trabalho da Vigilância, o atendimento às denúncias.

Para o desenvolvimento desse conjunto de ações, dentre eles, o atendimento a denúncias, a comunicação torna-se imprescindível, uma vez que promove coerência interna ao sistema de vigilância sanitária e na sua relação com a população e o setor produtivo. Neste contexto, Rangel-S (2009), considera a VISA como um sistema cultural de comunicação, no qual os problemas de saúde da população e do sistema de saúde possuem uma dimensão que só pode ser abordada mediante processos de comunicação. Segundo a autora supramencionada, toda ação humana é realizada mediante a comunicação, pois tudo se faz pelo uso da linguagem, seja ela falada, escrita ou gesticulada.

Assim, todas as ações de VISA demandam ações de comunicação, reconhecendo-se esta dimensão "comunicativa" como necessária para melhor conhecer os problemas que demandam intervenções, para torná-los públicos e/ou para buscar soluções coletivas (RANGEL–S, 2009).

A comunicação em VISA está diretamente ligada ao entendimento coletivo dos riscos a que a sociedade está exposta e como esta deve posicionar-se diante dos mesmos para evitá-los, reduzi-los ou preveni-los (RANGEL–S, 2009).

A comunicação da VISA se faz necessariamente com produtores e distribuidores, para dar visibilidade pública para a sua ação reguladora. Neste caso, Rangel-S (2009) classifica a comunicação em dois tipos: normativa, a qual tem por objetivo divulgar normas e procedimentos cabíveis para a produção e circulação de bens de consumo que afetam a saúde, bem como ações e intervenções corretivas sobre produtos danosos à saúde circulando no mercado. Outro tipo de comunicação refere-se à comunicação educativa, que aliada a sua ação fiscalizadora, direciona a correção normativa de condutas do setor produtivo ou a medidas preventivas, no âmbito da esfera de produção de bens e produtos de interesse da saúde.

Já externamente, a comunicação da VISA se faz com os consumidores, com o objetivo de dar visibilidade para a ação reguladora, realizando, desta forma, a comunicação educativa da população e a divulgação de informações à sociedade para a proteção e promoção da saúde. Essa dimensão de comunicação é a que melhor se aproxima com o objeto deste Projeto Aplicativo.

Analisando a relação da VISA com a população, Lefevre e Lefevre (2004), apontam para uma relação comunicacional assimétrica, uma vez que a autoridade sanitária incorpora em seu discurso a perspectiva técnico-científica sobre saúde-doença, já a população/usuários/clientes/consumidores entende o processo saúde-doença à luz do senso comum. Diante do exposto, a comunicação no processo de atendimento às denúncias torna-

se um dos desafios deste Projeto Aplicativo, no que concerne a construção de estratégias de comunicação capazes de superar a assimetria existente, articulando o conhecimento técnico-científico com o conhecimento do senso comum.

A comunicação representa ainda um impulso à participação popular na gestão dos processos de saúde. Nessa perspectiva de comunicação, não há só o discurso comunicacional oficial sobre saúde a ser considerado, mas uma gama de discursos de diversos emissores/receptores que se entrelaçam. Dessa forma, se enriquecem e possibilita a participação social na construção democrática da saúde pública, por meio do controle social, princípio garantido na Constituição de 1988 e na Lei 8080/1990 que regulamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que evidencia a sua importância (RANGEL–S, 2009).

No contexto da participação da população no sistema de saúde, especificamente na VISA, Vasquez et al (2005) afirmam que as denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos relativos à saúde constituem mecanismos de participação individual. Desta forma, se faz necessário a criação de mecanismos institucionais capazes de emitir uma resposta ao cidadão diante dos problemas apresentados, alcançando a confiança e o apoio da população.

Neste contexto de participação individual, os autores supracitados destacam que há uma debilidade das estratégias de divulgação da existência desses mecanismos e de como funcionam os resultados de suas atuações e da informação de como participar, o que gera a busca da população por outras instâncias para a resolução dos problemas.

Além de dar publicidade de suas ações, Evangelista (2010) menciona que o setor público deve avaliar se as informações veiculadas para a população são suficientes para o fomento do controle social, bem como, em nível de entendimento, dando assim condições para a sociedade avaliar a gestão pública e proporcionar segurança para realização de denúncias sempre que se depararem com desvio de conduta nos serviços públicos.

Segundo Pereira (2009), cada indivíduo, grupo ou instituição transita entre as posições de emissão e recepção, além de agir na circulação social dos discursos a população deve ser ouvida e receber retorno quanto às ações proferidas a partir das informações obtidas no ato do processo de comunicação da sugestão, reclamação ou denúncia feita a VISA.

É fundamental que as informações sejam apoiadas em dados objetivos, válidos e confiáveis que permitam uma análise clara da situação sanitária para uma tomada de decisão racional. Uma das formas que contribui para a melhoria da apuração dessas informações é a utilização de indicadores (PEREIRA, 2009).

O objetivo do presente é implementar um processo de trabalho eficiente de atendimento à denúncia na VISA, propondo ações que tornem esta implementação possível, analisando e apontando formas de aprimoramentos das ações de VISA que objetivem instituir

rotinas que padronizem o processo de atendimento as denúncias por parte da VISA, proporcionando inclusive retorno ao denunciante quanto ao resultado de sua solicitação.

Diante disto, a intenção é estabelecer, institucionalizar e divulgar canais de comunicação tanto para profissionais da VISA como para a população, permitindo transparência ao processo de atendimento à denúncia.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Todo o percurso metodológico foi baseado nas estratégias e instrumentos do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus que surgiu na América Latina a partir dos anos 70 (ARTMANN, 2000).

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional – PES, de Matus, vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano (ARTMANN, 2000).

Para identificação e seleção do problema utilizamos como instrumento o preenchimento de uma matriz decisória. Foram encontrados 6 (seis) principais problemas e para cada problema foram definidos: a sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento e ordem de prioridade.

Dentre os problemas elencados, elegemos por ordem de prioridade o problema: Dificuldade na harmonização do processo de trabalho da VISA. Como não seria possível enfrentar o problema de harmonização para todos os processos de trabalhos da VISA, priorizamos o processo de atendimento a denúncia.

A partir do problema central definido, foram detalhadas as causas e consequências utilizando como ferramenta do PES a “Árvore Explicativa de Problemas” (APÊNDICE A).

Nesta árvore, em relação ao problema central, foram identificadas: causas de primeiro, segundo e terceiro nível e as consequências do referido problema, culminando na definição dos objetivos geral e específicos do projeto.

Em seguida, foram definidas as várias interfaces da VISA em relação ao processo de atendimento a denúncia que contribuem para justificar a necessidade de se enfrentar o problema encontrado, culminado no apontamento de aspectos importantes para construção da contextualização e da fundamentação.

Com o cuidado de explicar o problema sem confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e consequências, foram elencados descritores, contribuindo para identificação dos indicadores que permitem a avaliação dos resultados da implantação do projeto (APÊNDICE B).

Segundo definição de Matus, atores sociais pode ser um grupo de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade que agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la (ARTMANN, 2000). Desta forma, aplicou-se a matriz de identificação e relevância dos atores sociais (APÊNDICE C).

Por fim foi elaborada uma Proposta de Intervenção (APÊNDICE D), contendo as ações necessárias para resolução do problema central, e definidos critérios para o acompanhamento e monitoramento dos resultados da implantação do projeto na Gestão do

Plano, com previsão de sua institucionalização.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a verificação dos pontos mais relevantes de nosso trabalho, hora construído observando a Árvore Explicativa de Problemas e considerando a Matriz de Identificação e Relevância dos Atores Sociais, indicamos uma proposta de intervenção para “o deficiente processo de atendimento à denúncia pela VISA”. Para tanto, elencamos as ações e estratégias descritas abaixo e detalhadas no APÊNDICE D.

1) Reunir informações relevantes em relação ao processo de atendimento a denúncia das vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande.

Estratégias:

- Realizar levantamento das informações de como o processo de trabalho está implantado hoje;
- Realizar levantamento das informações relevantes para o processo de atendimento a denúncia nos serviços de referencia que fazem interface com a VISA;
- Realizar levantamento das informações relevantes para o processo de atendimento a denúncia nos serviços de referencia que não fazem interface com a VISA.

2) Estabelecer canais de comunicação eficientes a serem implementados nas vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande.

Estratégias:

- Verificar os canais de comunicação utilizados nas vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande;
- Levantar os canais de comunicação possíveis de serem utilizados;
- Avaliar a viabilidade de implantação dos canais levantados;
- Definir os canais que serão implantados.

3) Implantar os canais estabelecidos.

Estratégias:

- Viabilizar a estrutura para implantação dos canais; capacitar à equipe de vigilância sanitária que irá utilizar o canal de comunicação;

4) Definir padrões e fluxos para o processo de atendimento a denuncia nas vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande.

Estratégias:

- Realizar levantamento dos instrumentos e fluxos utilizados no processo de atendimento a denuncia nas vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande;
- Realizar levantamento dos instrumentos e fluxos de outras instituições e ou setores que fazem interface com a vigilância sanitária e que sejam referencias no processo de atendimento a denuncia;
- Elaborar os instrumentos e fluxos para o processo de atendimento a denuncia nas vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande
- Validar os instrumentos e fluxos elaborados com a equipe técnica das vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande.

5) Propor a implantação dos padrões e fluxos validados com a equipe técnica das vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande.

Estratégias:

- Disponibilizar os instrumentos e fluxos para o processo de atendimento a denuncia para os gestores das vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande;
- Adequar à estrutura necessária para implantação dos padrões e fluxos estabelecidos.

6) Instrumentalizar a equipe das vigilâncias sanitárias de Cuiabá e Várzea Grande no processo de atendimento à denúncia.

Estratégia:

- Capacitar à equipe de vigilância sanitária para utilização dos instrumentos e nos fluxos estabelecidos e quanto ao uso dos canais de comunicação.

7) Disponibilizar informações ao denunciante.

Estratégia:

- Informar ao denunciante quando da conclusão do processo de denúncia através dos canais implantados.
- Objetivando alcançar como produto a resposta ao denunciante do fechamento do processo de denúncia.

6. GESTÃO DO PLANO

A equipe responsável pela elaboração deste projeto aplicativo é formada por especializandos do curso de Gestão de VISA, composta por uma equipe multiprofissional das vigilâncias sanitárias do estado e dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande.

Como parte da análise de viabilidade do projeto, contamos com apoio dos gestores, atores sociais elencados, que se mostraram favoráveis a implantação do referido projeto.

A equipe constituída no momento da institucionalização do projeto será responsável pelo monitoramento das ações, considerando, os recursos e o tempo previsto para execução das ações apresentadas no plano de intervenção, bem como produtos esperados para cada ação, conforme descrito no Plano de Intervenção (APÊNDICE D).

A avaliação quanto ao impacto das ações implantadas no problema identificado, será realizada por meio do monitoramento dos indicadores estabelecidos (APÊNDICE B).

Não foi previsto a utilização de recursos financeiros específicos para a implantação deste projeto, tendo em vista que consideramos a utilização dos recursos disponíveis nos respectivos serviços.

7. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Este projeto aplicativo é uma proposta de intervenção para qualificar a gestão da vigilância sanitária na região, sendo um aspecto importante sua institucionalização nos diferentes espaços de decisão e implementação do SUS.

Entende-se por institucionalização “o conjunto de regras e normas estabelecidas para satisfação de interesses coletivos” (PEREIRA, 2009).

Como o grupo é formado por profissionais das vigilâncias sanitárias do estado e dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, a proposta inicial é direcionar a implantação do projeto nos serviços de VISA de Cuiabá e Várzea Grande, podendo abranger outros municípios do Estado, em um segundo momento.

Para institucionalizar a adesão dos referidos municípios para implantação do projeto, o mesmo deverá ser apresentado como proposta para aprovação em reunião da Comissão Intergestora Regional (CIR) da Baixada Cuiabana e, posteriormente, após aprovação, o município deverá indicar profissionais que serão responsáveis pela implantação e monitoramento do projeto em cada órgão, preferencialmente membros do grupo de autoria do projeto.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E., 2000. *Planejamento Estratégico Situacional no nível local*. Rio de Janeiro: Cadernos da Oficina Social, n 3. p 105 - 109. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

BRASIL. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília - DF, 20/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 1 abr. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Plano diretor de Vigilância Sanitária*. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_livro.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Guia de Orientações para a Elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária*. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/Plano_de_acao_Guia_1.2_25062007.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Plano de Ação de Vigilância Sanitária.* Disponível em: http://anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/plano_acao.htm. Acesso em: 1 abr. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – Núcleo de Assessoramento e Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária – NADAV. *Instrutivo para Preenchimento das Ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS. 2010*. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/24d0718047457bce8893 dc3fbc4c6735/Instrutivo+SIA++SUS.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 01/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.052, de 8 de maio de 2007. *Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/ GM/GM-1052.htm. Acesso em 9 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.998/GM/MS, de 21 de agosto de 2007. *Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária*. Brasília, DF, 2007d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1998_21_08_2007.html. Acesso em 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009. *Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências*. Disponível em:

http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_3252_de_22_dezembro_de_2009.pdf. Acesso 22 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.106/GM, de 12 de maio de 2010. *Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária*. Disponível em: http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/104600-1106.html?q=. Acesso em 22 abr. 2013.

BRITO, R. L. de. *Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3928/2/000031.pdf. Acesso em 09 de abr. 2013.

COSTA, E. A. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2ed. São Paulo: SOBRAVIME, 2004. Disponível em: http://www.sobravime.org.br/v1/_portal/index.php?secCode=fda03344-f6a2-11e0-b996-85e3e4cc5235. Acesso em 1 abr. 2013.

EVANGELISTA, Lúcio. *Controle Social versus Transparência Pública: Uma questão de cidadania*. Brasília. TCU, 2010. Dicionário da Comunicação Profissional em Saúde 2ª edição, revisada e ampliada. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2053966.PDF. Acesso em 10 abr. 2013.

LÈFEVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde*, Empoderamento e Triangulação*. Saúde e Sociedade, v.13, n. 2, p. 32-38, maio/ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/04.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

M.L.VASQUÉZ, ET AL. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil**.** Ciênc. saúde coletiva. vol.10 suppl.0 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900005&lang=pt. Acesso em 27 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Indicadores Básicos Para a Saúde no Brasil: Conceitos E Aplicações 2008. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf. Acesso em 27 nov. 2013.

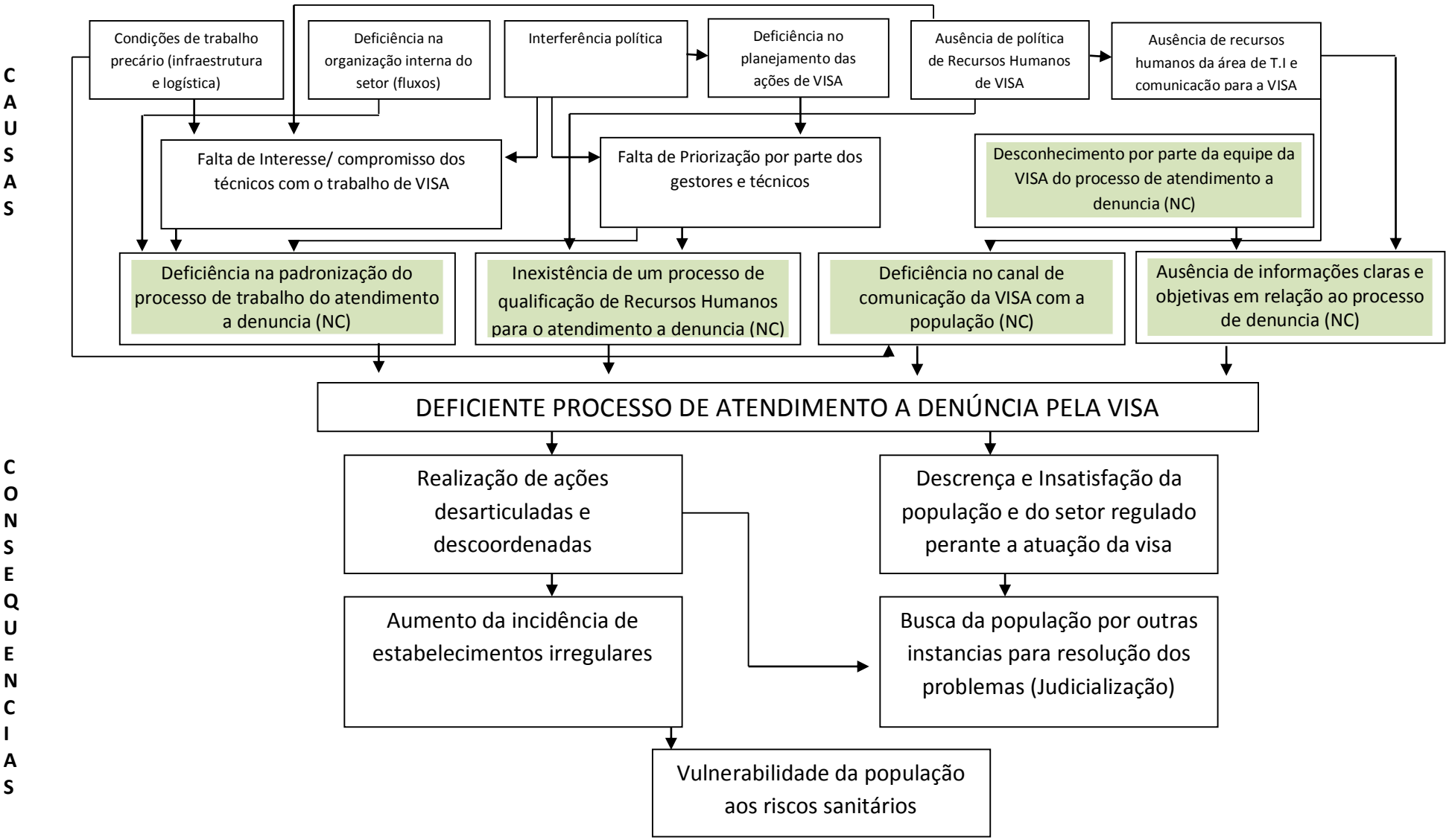
PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César Franca. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf. Acesso em 09 abr. 2013.

QUITÉRIO, L. A.; *Sobre um sistema de informação em Vigilância sanitária- tópicos para discussão*. Disponível em: http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-07.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

RANGEL-S, M. L. (Org). *Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EDUFBA, 2007. P. 148-173. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6221/1/VIGILANCIA%20SANITARIA.pdf. Acesso em 1 abr. 2013.

TEIXEIRA, Ana Paula Coelho Penna. *Plano Diretor de Vigilância Sanitária: uma proposta para avaliar sua implantação da saúde*. 2009. Disponível em: http://192.188.11.11:8080/ri32-jspui/handle/ri/9697. Acesso em 10 abr. 2013.

APÉNDICE A - ÁRVORE EXPLICATIVA DE PROBLEMAS



APÉNDICE B – MATRIZ CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

Quadro 01: Matriz de Indicadores

DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES
Percentual de denúncias atendidas[1]	(N de denúncias atendidas/n total de denúncias recebidas)x 100	REGISTROS SMS/ VISA
Percentual de denúncias atendidas com resposta ao denunciante	(N de denúncias atendidas com resposta ao denunciante/total de denúncias atendidas) x 100	REGISTROS SMS/ VISA
Proporção de denúncias recebidas por tipo de canal	Número de denúncias recebidas por tipo de canal/ total de denúncias recebidas	REGISTROS SMS/ VISA
Percentual de denúncias improcedentes	Numero de denúncias improcedentes/ total de denúncias atendidas	REGISTROS SMS/ VISA
Percentual de denúncias não atendidas por falta de informação	Numero de denúncias não atendidas por falta de informação/ total de denúncias atendidas	REGISTROS SMS/ VISA
Percentual de denúncias encaminhadas para outros órgãos	Numero de denúncias encaminhadas para órgãos/ total de denúncias atendidas	REGISTROS SMS/ VISA
Percentual de denúncias recebidas anônimas	Número de denúncias anônimas recebidas/ total de denúncias atendida	REGISTROS SMS/ VISA

[1]Entende-se por Denúncias Recebidas, aquelas denúncias que chegam até a VISA e por Denúncias Atendidas aquelas denúncias que chegam a VISA e que a VISA faz os encaminhamentos necessários.

APÉNDICE C – MATRIZ IDENTIFICAÇÃO E RELEVÂNCIA DOS ATORES SOCIAIS

Quadro: 02 – Matriz para identificação e relevância dos atores sociais

ATOR	VALOR	INTERESSE	PONTUAÇÃO (0 A 10)
DIRETORA DE VIGILANCIA EM SAUDE CBA	ALTO	+	10
DIRETOR DE VIGILANCIA EM SAUDE DE VG	ALTO	+	10
COORDENADOR DE VISA DE CBA	ALTO	+	10
GERENTE DE VISA DE CBA	MEDIO	+	8
GERENTES DE FISCALIZAÇÃO DE CBA	MEDIO	+	8
GERENTE DE VISA VG	ALTO	+	10
GESTOR DA VIGILANCIA EM SAUDE DA SES/MT	MEDIO	+	8
COORDENADORA DA VISA DA SES/MT	MEDIO	0	5

APÉNDICE D – PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 03: Plano de Intervenção (continua).

AÇÕES	ESTRATÉGIAS (COMO)	QUANDO	ATORES (QUEM)		RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTO ESPERADO
			RESPONSÁVEIS	ATORES ENVOLVIDOS		
1- Reunir informações relevantes em relação ao processo de atendimento à denuncia da VISA	1.1-Realizar levantamento das informações de comoo processo de trabalho está implantado hoje	17/02/2014	Wagner e Silvana	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos, materiais (formulários impressos), e de comunicação (telefone e internet).	Diagnóstico e propostas para implementação no processo de atendimento das denuncias nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande encaminhado aos gestores
	1.2-Realizar levantamento das informações relevantes para o processo de atendimento a denúncia nos serviços de referencia que fazem interface com a VISA	17/02/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa e Silvana.	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos, materiais (formulários impressos), e de comunicação (telefone e internet).	
	1.3- Selecionar e eleger as praticas a serem implementadas no processo de trabalho de atendimento a denúncias nas Visas	30/05/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner.	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos, materiais (diagnostico e formulários), e de comunicação (internet)	
2-Estabelecer canal de comunicação eficiente a ser implementado nas Visas de Cuiabá e VG	2.1-Verificar os canais de comunicação utilizados nas Visas de Cuiabá e VG	24/02/2014	Wagner e Silvana	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos	Canais de comunicação eficientes a serem implantados nas Visas de Cuiabá e VG definidos
	2.2-Levantar os canais de comunicação possíveis de serem utilizados	24/02/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner.	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos e de comunicação (telefone e internet)	

Quadro 03: Plano de Intervenção (continua).

AÇÕES	ESTRATÉGIAS (COMO)	QUANDO	ATORES (QUEM)		RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTO ESPERADO
			RESPONSAVEL	ATORES ENVOLVIDOS		
2-Estabelecer canal de comunicação eficiente a ser implementado nas Visas de Cuiabá e VG	2.3-Avaliar a viabilidade de implantação dos canais levantados	05/06/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana, Wagner e Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos e de comunicação (telefone e internet) e ambiente para realização de reunião	Canais de comunicação eficientes a serem implantados nas Visas de Cuiabá e VG definidos
	2.4-Definir os canais que serão implantados	05/06/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana, Wagner e Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos e de comunicação (telefone e internet) e ambiente para realização de reunião	
3-Implantar os canais estabelecidos	3.1-Viabilizar a estrutura para implantação dos canais	29/08/2014	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Secretários de saúde dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande	Recursos de comunicação (telefone e internet), recursos materiais (computadores e impressora)e recursos financeiros (a especificar após a definição dos canais)	Canais de comunicação eficientes implantados
	3.2-Capacitar à equipe de VISA que irá utilizar o canal de comunicação	08/09/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner.	Gestor e equipe Visa Cuiabá, e Várzea Grande	Recursos humanos, ambiente para capacitar, recursos materiais (computadores formulários)	
	3.3-Divulgar os canais de comunicação a população	09/09/2014	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Assessoria de imprensa dos municípios	Recursos de comunicação (imprensa, escrita, falada, televisiva e digital)	

Quadro 03: Plano de Intervenção (continua).

AÇÕES	ESTRATÉGIAS (COMO)	QUANDO	ATORES (QUEM)		RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTO ESPERADO
			RESPONSAVEL	ATORES ENVOLVIDOS		
4-Definir padrões e fluxos para o processo de atendimento a denuncia nas Visas de Cuiabá e VG	4.1-Realizar levantamento dos instrumentos e fluxos utilizados no processo de atendimento à denuncia nas VISA dos municípios de VG e Cuiabá	24/02/2014	Wagner e Silvana	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos, materiais (formulários impressos), e de comunicação (telefone e internet)	Processo de atendimento a denúncias nas Visas de Cuiabá e VG padronizados
	4.2-Realizar levantamento dos instrumentos e fluxos de outras instituições / setores que fazem interface com a VISA e que sejam referencias no processo de atendimento à denuncia	24/02/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa e Silvana.	Ouvidoria do SUS e Setorial, Procon e ANVISA/PAF	Recursos humanos,materiais (formulários impressos), e de comunicação (telefone e internet)	
	4.3-Elaborar os instrumentos e fluxos para o processo de atendimento a denuncia nas Visas de Cuiabá e VG	20/08/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner.	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos e de comunicação (telefone e internet) e ambiente para realização de reunião	
	4.4-Validar os instrumentos e fluxos elaborados com a equipe técnica das Visas de Cuiabá e VG	29/08/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner.	Gestor Visa Cuiabá e Várzea Grande, juntamente com as equipes técnicas das mesmas	Recursos humanos, materiais (comutadores, projetores) e ambiente para realização de reunião	

Quadro 03: Plano de Intervenção (conclusão).

AÇÕES	ESTRATÉGIAS (COMO)	QUANDO	ATORES (QUEM)		RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTO ESPERADO
			RESPONSAVEL	ATORES ENVOLVIDOS		
5-Propor a implantação dos padrões e fluxos validados	5.1-Disponibilizar os instrumentos e fluxos para o processo de atendimento a denunciapara os gestores das Visas de Cuiabá e VG	08/09/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Arquivo digital móvel (CD ou pen drive)	Processo de atendimento a denúncias disponibilizado aos gestores das VISAs Cuiabá e VG
	5.2-Adequar à estrutura necessária para implantação dos padrões e fluxos estabelecidos	A definir por cada gestor	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner	Recursos humanos e de comunicação (telefone e internet) e material (software, impressos, impressora e computadores)	
6-Instrumentalizar a equipe das VISAs no processo de atendimento à denúncia	6.1-Capacitar à equipe de VISA para utilização dos instrumentos e nos fluxos estabelecidos e quanto ao uso dos canais de comunicação	29/09/2014	Aparecida, Tatiana, Teresa, Maria Luiza, Gicelle, Élida, Silvana e Wagner	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	Recursos humanos, materiais (comutadores, projetores) e ambiente para realização de reunião	Profissionais de VISAs de Cuiabá e VG com conhecimento respeito do processo de atendimento a denúncias
7-Disponibilizar informações ao denunciante	7.1-Informar ao denunciante quando da conclusão do processo de denúncia através dos canais implantados	A definir por cada gestor	Gestor Visa Cuiabá, e Várzea Grande.	População	Recursos de comunicação (telefone, email informação digital através de site com numero de protocolo)	Resposta ao denunciante do fechamento do processo de denuncia

Adílson Ferreira Silva
Adonias Rodrigues
André Travassos Campos
Ernesto Verly Rodrigues Gomes
Josele Sodré Cupertino
Liliane Dolabella
Marcos Wenceslau
Sandro Barroso
Tércio de Sales Morais

Desenvolvimento do Roteiro de Inspeção Sanitária e procedimentos operacionais padrão para a execução da inspeção em casas de carnes e açougues na microrregião III.

Minas Gerais 2013-14

Adílson Ferreira Silva
Adonias Rodrigues
André Travassos Campos
Ernesto Verly Rodrigues Gomes
Josele Sodré Cupertino
Liliane Dolabella
Marcos Wenceslau
Sandro Barroso
Tércio de Sales Morais

Desenvolvimento do Roteiro de Inspeção Sanitária e procedimentos operacionais padrão para a execução da inspeção em casas de carnes e açougues na microrregião III.

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

Minas Gerais 2013-14

Sumário

1 RESUMO **4**

2 INTRODUÇÃO **5**

3 OBJETIVOS **8**

4 JUSTIFICATIVA **10**

5 METODOLOGIA **12**

6 ÁRVORE EXPLICATIVA **13**

7 PLANO DE CONTINGÊNCIA **14**

8 JUSTIFICATIVA **14**

9 RESULTADOS **17**

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **40**

Resumo

Os gastos envolvidos nas ações de VISA envolvem diversos recursos, sendo importante ponderar o gasto médio para se realizar uma inspeção e, no caso de ocorrer alguma inspeção insatisfatória, o prejuízo causado para se realizar uma nova inspeção no mesmo local, anteriormente inspecionado.

Em princípio, quanto às despesas mais consideráveis, podem-se apontar os gastos com deslocamento da equipe de fiscais (combustível, desgaste de veículos e/ou demais despesas com outras formas de transporte, etc.), além da relação do salário dos fiscais envolvidos por horas gastas na inspeção e na nova inspeção.

A escolha do tema para este projeto aplicativo se deu principalmente pela inexistência de regulamentação específica para esta atividade, amplamente disseminada. Para efetividade da aplicação deste projeto optamos por elaborar roteiro de inspeção para casas de carnes e açougues, vislumbrando a padronização do processo de trabalho, das inspeções e a redução dos riscos sanitários.

Enfim, a padronização de alguns procedimentos de inspeção traria economia para os cofres públicos e, se bem sucedido e bem aplicado, trará mais segurança à saúde da população e maior amparo ao serviço dos fiscais sanitários em qualquer âmbito.

Considerando a Saúde como direito de todos e dever do Estado e que o consumo de alimentos seguros é direito do consumidor, conforme descrito na Constituição da República de 1988 e na Lei 8.078 de 1990 respectivamente, é imprescindível o aprimoramento constante do processo de trabalho que visam fortalecer as ações de Vigilância Sanitária que devem ser voltadas para defesa da saúde e da vida.

Historicamente, sabe-se do desafio quanto à manutenção de padrões mínimos de qualidade e controle higiênico-sanitário sobre bens de consumo humano, em todas as fases do processamento. Especificamente, comércios varejistas de produtos cárneos, em que pese tratar-se de atividade amplamente difundida, são carentes de instrumentos normativos, tornando o desafio ainda maior.

É fato notório e incontroverso, que estabelecimentos que seguem normas sanitárias oferecem produtos e serviços com menor risco à saúde do homem. Diante deste contexto, e atendendo à necessidade de padronizar inspeções sanitárias nos comércios varejistas de produtos cárneos; referida atividade foi eleita para elaboração dos roteiros de inspeção os quais após concebidos foram repassados para os inspetores de saúde, através de capacitações, e posteriormente aplicados nos municípios de Contagem, Ibirité e

Sarzedo/MG, no período de abril/2014 a maio/2014, e os dados consolidados apresentados no seminário em 30 de maio de 2014.

Introdução

Atualmente a segurança alimentar é vista como uma questão de grande importância, sendo um dos principais desafios da atualidade a oferta de alimentos livres de agentes que podem oferecer risco à saúde do consumidor (MENDONÇA e GRANADA,1999; VALENTE e PASSOS, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “a alimentação deve ser disponível em quantidade e qualidade nutricional adequadas, além de ser livre de contaminações que possam levar ao desenvolvimento de doenças de origem alimentar”. Alimentos contaminados são nocivos à saúde das pessoas que os consomem, podendo causar diversas enfermidades (MESQUITA *et al*., 2006).

As doenças de origem alimentar são consideradas o maior problema de saúde pública do mundo (CALIFANO *et al.*, 2000). Germano (2002) estima que anualmente cerca de 5% a 10% da população mundial sofre com algum tipo de DTA (doença transmitida por alimento) e ressalta que a diarreia constitui a maior causa de morbidade e mortalidade em recém-nascidos e crianças até cinco anos, sendo que mais de 70% dos casos são atribuídos a alimentos contaminados.

Anualmente, milhares de registros são emitidos pelos órgãos oficiais de saúde pública sobre casos de intoxicações alimentares e mortalidade de indivíduos, devido a falhas de procedimentos em estabelecimentos do comércio varejista de alimentos (MENNUCCI, 2009). Os alimentos, tanto de origem animal quanto vegetal, podem ser contaminados por microrganismos patogênicos ou deterioradores, em qualquer uma das etapas de produção, manipulação, transporte, armazenamento e distribuição (SILVA,1999).

Os alimentos derivados de animais estão sujeitos à contaminação microbiana a partir de várias fontes. O próprio animal é um contribuinte importante quanto à contaminação por microrganismos tanto patogênicos como deterioradores. Uma contaminação adicional pode ser provocada pela água, a instalação e o equipamento de processamento usado na preparação dos produtos e pelos trabalhadores que manipulam os víveres. A carne fresca, por exemplo, devido à sua umidade, pH, riqueza de nutrientes e minerais, além de fatores de crescimento intrínsecos, constitui-se num substrato com condições ótimas para o crescimento de muitos microrganismos. Portanto, a maioria das contaminações microbianas pode aumentar rapidamente se as condições forem favoráveis, principalmente as de temperatura e atmosfera gasosa (LOGUERCIO *et al.*, 2002).

A indústria de carne ocupa lugar de destaque na produção de alimentos prontos ou semiprontos para o consumo. A responsabilidade atribuída à manutenção da higiene nos

estabelecimentos transformadores ou beneficiadores de produtos de origem animal deve ser severa para evitar riscos à saúde dos consumidores (PARDI *et al.*, 2001).

Uma pesquisa realizada por Bliska (1997) demonstrou que 48% das pessoas preferem consumir carne bovina e cerca de 60% optam por comprar carne em açougues, sendo que, deste percentual, 88% alegaram que preferem que ela seja moída na sua frente. Estes dados, ainda segundo este autor, demonstram a necessidade de padrões higiênicos rigorosos em tais estabelecimentos, uma vez que ocorre manipulação direta do produto nesse tipo de comercialização.

No entanto, sabe-se que as condições higiênicas dos açougues nem sempre são satisfatórias, podendo apresentar contaminação por Coliformes, proveniente principalmente dos operadores, a partir do manuseio constante, matéria-prima contaminada ou por limpeza deficiente dos equipamentos (MENDONÇA e GRANADA, 1999). Em um estudo realizado por Balbani e Butugan (2001), observou que o processamento da carne, sua moagem e a manipulação nos pontos de venda são feitos em condições de higiene deficientes.

A loja varejista é o último elo numa cadeia comercial entre o produtor e o consumidor final dos alimentos e representa o ponto extremo em que o controle deve ser aplicado realisticamente ao manuseio e armazenamento do produto (LOGUERCIO *et al.*, 2002).

Sendo assim, a vigilância sanitária é o órgão público que trabalha para garantir que os produtos disponibilizados para a população não ofereçam riscos à sua saúde, adotando como instrumento de controle e segurança sanitária o Manual de Boas Práticas de Fabricação e Prestação de Serviços e na Análise de Perigos em Pontos Críticos de Controle (APPCC) que se fundamenta nas recomendações da Organização Mundial do Comércio (OMC) e do *Codex Alimentarius*. Os requisitos básicos para que o alimento tenha um ótimo padrão de qualidade são baseados em ações de higiene em todas as etapas da produção.

Dentre as diversas formas de se avaliar as condições higiênico-sanitárias de um estabelecimento produtor ou comercializador de alimentos, o *check-list* é uma ferramenta que nos permite fazer uma avaliação preliminar das condições higiênico-sanitárias destes estabelecimentos e também em casas de carnes e açougues. Ante a carência de normatização desse ramo de atividade, utiliza-se a resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) como um instrumento norteador para a elaboração dos referidos roteiros.

Os requisitos avaliados nos roteiros de inspeção são relativos à documentação, condições físico-estruturais, recebimento, armazenamento e manipulação de matérias primas, utensílios, equipamentos, higienização e higiene pessoal.

O objetivo do trabalho é a elaboração de um roteiro padronizado com ações a serem seguidas pelos fiscais durante a inspeção de casas de carnes e açougues no formato de check-list de acordo com as recomendações da RDC 216, a fim de minimizar a falta de critério existente nas inspeções dos municípios de Sarzedo, Ibirité, Contagem. Além disso, foram elaborados relatórios padrão de fiscalização para esses estabelecimentos.

Objetivo Geral

-Padronizar as ações da Vigilância Sanitária, minimizando o risco sanitário existentes nas casas de carnes e açougues.

Objetivos específicos

-Desenvolver roteiro de inspeção para casas de carnes e açougues;

-Criar modelo de relatório com vista a padronizar a emissão dos mesmos;

-Estabelecer procedimento operacional padrão nas inspeções em casas de carnes e açougues;

-Propor legislação específica para casas de carnes e açougues.

Justificativa

Os gastos envolvidos nas ações de VISA envolvem diversos recursos a serem calculados e é sabido que a não padronização e falta de planejamento estratégico contribui para a baixa efetividade e alto gasto nas ações.

Enfim, procuramos demonstrar a economia para os cofres públicos que traria a padronização de alguns procedimentos de inspeção, para justificar a importância do objetivo do nosso projeto aplicativo: padronizar roteiros e relatórios de inspeção. Entretanto a importância do projeto vai muito além, uma vez que, se bem sucedido e bem aplicado, trará mais segurança à saúde da população e maior amparo ao serviço dos fiscais sanitários em qualquer âmbito.

O estudo seguiu uma linha teórico-conceitual baseada na análise temporal comparativa das ações que vem sendo empregadas ao longo do tempo, das técnicas desenvolvidas pelos inspetores de saúde, no conhecimento empírico adquirido, tudo isso associado a uma gama de normatizações técnicas específicas para manejo e acondicionamento de produtos frigoríficos, bem como avaliação de experiência exitosa de outros municípios.

Analisando o comportamento da sociedade, podemos perceber que este comportamento é diretamente vinculado e/ou provocado pela evolução da urbanização, consequentemente provoca a organização dos processos de comercialização de produtos e serviços, haja vista a necessidade de saneamento dos ambientes e suas expansões ocorridas ao longo do tempo e demandadas pelo aumento do consumo de produtos industrializados.

Diante destas alterações estruturais nas cidades o que era tido como correto passou a ser considerado passível de melhorias, diante destas modificações alguns produtos, principalmente os perecíveis passaram a ser tratados de forma mais rigorosa exigindo do poder público ações compatíveis com a nova realidade. Seguindo essa ótica, vimos ao longo do tempo importantes mudanças ocorrendo para melhoria da qualidade de vida da população. Esta análise permitiu a avaliação das ações implementadas pelo poder público ao longo dos anos e a adequação destas ações em forma de procedimentos que possam facilitar as ações de inspeção.

Esta pesquisa em sua essência vislumbrou suscitar através de uma abordagem analítico-investigativa a forma como as mudanças ocorreram, ao longo do tempo, e o que pode ser tratado como ou transformado em procedimentos padrões para as ações

cotidianas permitindo que o conhecimento adquirido pelos inspetores sejam organizados e para que a prática da inspeção seja padronizada para que todos os envolvidos trabalhem da mesma forma e com a mesma eficiência.

Sendo assim, é fato notório e incontroverso, que estabelecimentos que seguem normas sanitárias oferecem produtos e serviços com menor risco à saúde do homem. Diante deste contexto, e atendendo à necessidade de padronizar inspeções sanitárias nos comércios varejistas de produtos cárneos; referida atividade foi eleita para elaboração dos roteiros de inspeção.

Metodologia

Para concepção deste trabalho seguimos a seguinte metodologia:

-A princípio foi realizado um diagnóstico situacional com o intuito de identificar as necessidades do setor escolhido;

-A próxima etapa consistiu em realizar um Levantamento científico bibliográfico para se construir uma base teórica conceitual;

-Durante os encontros presenciais do Grupo Afinidade A, elaboramos um pré-projeto aplicativo, utilizando-se a metodologia ativa e outras ferramentas para construção do PA;

-Elegemos três municípios para aplicação do projeto piloto, possibilitando a avaliação de diferentes situações, levando em consideração as realidades locais;

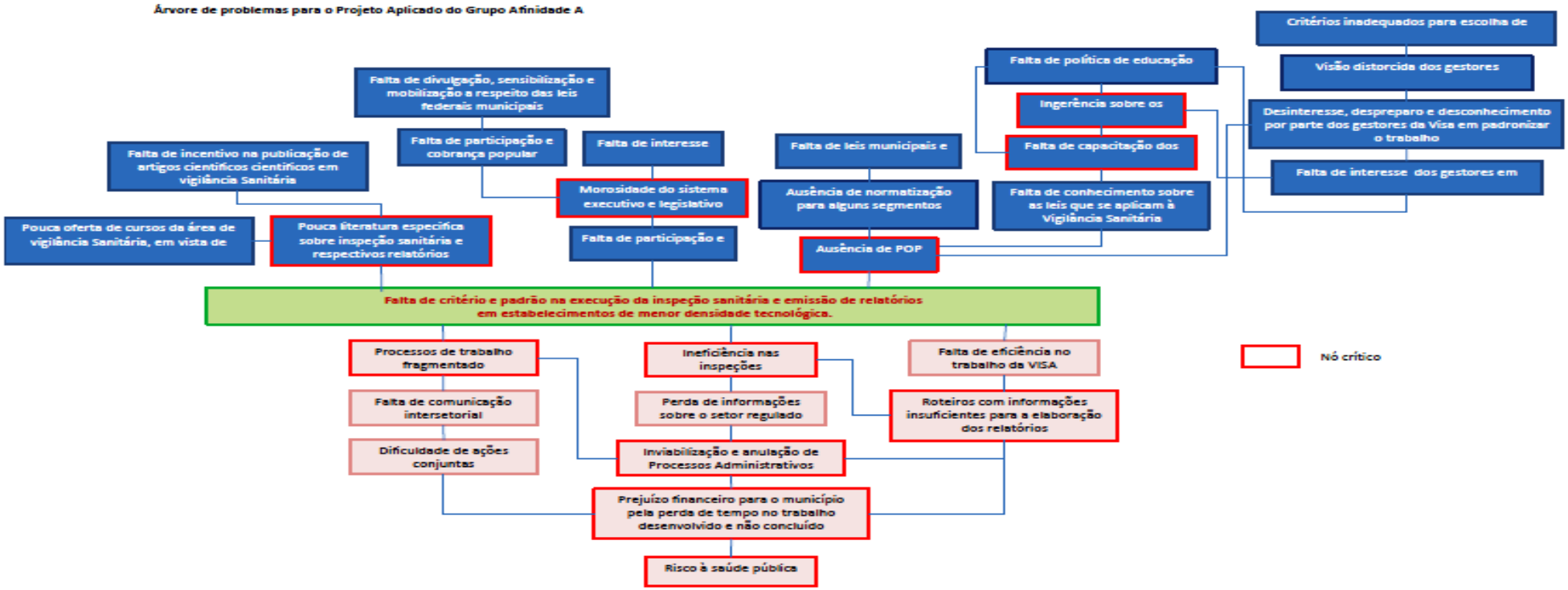
-A elaboração do roteiro de inspeção sanitária, do questionário sobre a aplicação e do procedimento operacional padrão para execução da inspeção em casas de carnes e açougues nos municípios eleitos;

-Posteriormente foi realizada a capacitação dos fiscais sanitários dos municípios escolhidos (Contagem, Ibirité e Sarzedo);

-Foi realizado o acompanhamento das inspeções sanitárias nas casas de carnes e açougues e posteriormente recolhidos os formulários preenchidos pelos respectivos inspetores;

-A partir desta coleta de informações foi realizada a avaliação e consolidação das ações desenvolvidas nos municípios de Contagem, Ibirité e Sarzedo.

Árvore explicativa



Plano de Contingência

Operação 1	Ações 2 (o que?)	Estratégia (como?)	Quando?	Atores (quem?)		Recursos necessários	Produto esperado
				Responsável	Atores envolvidos		
Prévia	Realização de diagnóstico situacional	Levantamento em cada município os estabelecimentos de baixa complexidade tecnológica e a quantidade de casas de carne nesse universo.	Até 30/03/2014	Especializandos	Fiscais sanitários, coordenadores de VISA, funcionários do apoio administrativo.	RH, Recursos de informática, impressos.	
	Levantamento científico bibliográfico	Pesquisa na legislação vigente e literatura específica	Outubro de 2013 (em andamento)	Especializandos	Especializandos	Acesso a banco de dados e acervos científicos	
	Elaborar pré-projeto aplicativo	Desenvolvimento da matriz de problemas, árvore explicativa e indicadores de saúde	Outubro de 2013 até Dezembro de 2013	Especializandos	Especialista e facilitadores	Material de pesquisa e referência bibliográfica	

	Eleger o município para aplicação do projeto piloto	Capacitação dos fiscais que irão realizar a inspeção nas casas de carnes	Até 15/03/2014	Especializandos	Fiscais sanitários, coordenadores da VISA e gestores municipais.	Transporte, RH e recursos audiovisuais.	
	Elaboração do roteiro de inspeção sanitária e procedimento operacional padrão para execução da inspeção em casas de carnes e açougues.	Pesquisa bibliográfica e reunião dos especializandos para o fechamento do roteiro e do POP.	Até 30/04/2014	Especializandos	Gestores municipais e apoio administrativo.	RH, transporte e impressos.	
Durante o evento	Capacitação dos fiscais sanitários em Contagem, Ibirité e Sarzedo	Capacitação dos fiscais pelos especializandos de cada município	1 semana de Março de 2014	Especializandos	Fiscais sanitários, gestores municipais, secretários de saúde.	RH, Transporte, kits de inspeção e impressos.	
	Acompanhamento das inspeções sanitárias e recolhimento dos formulários preenchidos	Suporte técnico dos especializandos nas inspeções sanitárias em casas de carnes e açougues	2 semana de março de 2014	Especializandos	Fiscais sanitários, gestores municipais, secretários de saúde.	RH, Transporte, kits de inspeção e impressos.	

	Avaliação das ações realizadas no município de Ibirité. Sarzedo e Contagem	Reunião dos especializandos, avaliando a ação realizada.	3 semana de março de 2014	Especializandos	Fiscais sanitários, gestores municipais, secretários de saúde.	RH, Transporte, kits de inspeção e impressos.	
Pós-evento	Avaliação do projeto	Criação de um formulário específico para avaliação da ação	Abril 2014	Especializandos	Fiscais sanitários, gestores municipais, secretários de saúde.	RH, Transporte, kits de inspeção e impressos.	
	Recomendação para posterior confecção de material educativo	Construção de folder educativo, pontuando os maiores problemas encontrados no momento da aplicação do projeto.	Abril 2014	Especializandos	Fiscais sanitários, gestores municipais, setor regulado, secretários de saúde.	RH, Transporte, kits de inspeção e impressos.	

MODELO DE RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANTÁRIA

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social / Nome: registrar a razão social do estabelecimento alvo do procedimento de vigilância sanitária ou nome do responsável legal.
CNPJ ou CPF
Nome Fantasia:
Endereço: logradouro, número, bairro, CEP, Município, telefone, e-mail
Responsável técnico: nome e registro profissional
Responsável legal: nome e CPF

II - OBJETIVO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

Informar o objetivo da inspeção: Exemplo: obtenção de alvará, denúncia de investigação de surto.

III – PERÍODO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

Informar dia ou período da inspeção.

IV – EQUIPE TÉCNICA

Especificar a equipe técnica com nome completo, função e matrícula.

V – INSTRUMENTOS NORMATIVOS

Apresentar a descrição completa dos instrumentos normativos que fundamentaram a inspeção sanitária.

VI – INTRODUÇÃO

Apresenta de forma concisa:
-O tema a ser abordado, a caracterização do estabelecimento, sua localização, área total construída, as atividades realizadas, informar a atividade principal, a natureza ou espécie de produtos que o estabelecimento trabalha;
-Descrição da estrutura física que caracteriza o estabelecimento, com as instalações disponíveis para atender as atividades descritas. Informar se tem projeto arquitetônico aprovado e condizente com a realidade encontrada;
-Tipos de aparelhagem ou equipamentos utilizados;
-Dados sobre a produção, número de trabalhadores e turno de trabalho;

VII – DESENVOLVIMENTO

Descrição de forma objetiva, porém detalhada do que foi encontrado no momento da inspeção e deve:
- Conter o registro das pessoas contactadas no estabelecimento e quem acompanhou a inspeção: nome, CPF e função das pessoas (responsável lega, responsável técnico, funcionário, morador, zelador etc);
- Edificações e instalações físicas;
- Instalação, equipamentos, móveis e utensílios;
- Controle das operações;
- Controle de vetores e pragas urbanas;
- Abastecimento de água e higienização do reservatório;
- Manejo de resíduos;
- Higiene e saúde dos manipuladores;

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Informar em resumo as condições de funcionamento do estabelecimento no momento da inspeção.
- Avaliar os riscos encontrados.
- As providências tomadas (notificação, lavratura do auto de infração, registrando o motivo e o número).
- Conter as medidas corretivas prazo para cumprimento das mesmas.

IX – CONCLUSÃO

-A conclusão deve sintetizar as ideias principais apresentando o produto final do trabalho e complementar o relato de maneira conclusiva.
-Deve conter o parecer conclusivo relacionado ao objetivo da inspeção.

COMO DISCUTIR O RELATÓRIO

-O cronograma de adequação deve ser estabelecido, definindo as prioridades de acordo com os riscos evidenciados, para que seja discutido com o representante do estabelecimento.
-O representante deverá assinar, datar o recebimento do relatório e rubricar as páginas.

CONSOLIDADO DOS ROTEIROS DE INSPEÇÃO APLICADOS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Logradouro:		**nº**
Complemento:	**Bairro:**	**CEP.:**
Responsável Legal:		
RG:	**CPF:**	

BLOCO 1 DOCUMENTAÇÃO				
C	**ITENS AVALIADOS**	**S**	**N**	**NA**
N	Possui licença sanitária ou protocolo correspondente?	26	14	
N	Possui notas fiscais dos produtos?	39	1	
N	Há atestados médicos de saúde ocupacional?	25	15	

R	Há comprovação da vacinação contra a Hepatite B?	9	31	
N	Realiza controle integrado de pragas por empresa licenciada?	20	20	
N	Possui comprovante/certificado de execução do serviço?	17	23	
N	Possui caixa d'água?	38	3	
N	A limpeza é realizada semestralmente?	20	16	4
N	Há registro?	3	35	2
R	Possui manual de boas práticas?	2	37	1
R	E procedimentos operacionais padronizados (Pops)?	3	37	
R	Há treinamento para os funcionários?	10	25	5
R	Esse treinamento está registrado?	27	8	5
TOTAL DE PONTOS DO BLOCO 1				
BLOCO 2 CONDIÇÕES FÍSICO-ESTRUTURAIS				
N	O piso é liso, impermeável e lavável, de cor clara e antiderrapante?	36	4	0
N	O estado de conservação está adequado?	35	5	
N	As condições de higiene estão adequadas?	35	5	
N	Os ralos são sifonados e grelhas possuem dispositivos que permitam o seu fechamento?	18	21	1
N	As paredes são lisas, impermeáveis e laváveis, de cor clara. Se azulejadas, atingem 2 metros de altura	36	3	1
N	O estado de conservação está adequado	12	28	
N	O forro e/ou teto são lisos, impermeáveis e laváveis, de cor clara	35	5	
N	O estado de conservação está adequado	37	3	0
N	As portas são lisas, de cores claras, de fácil limpeza e de material não absorvente	28	8	4
N	Possuem dispositivo de fechamento e automático	6	27	7
N	Possuem protetor de rodapé, telas etc.	3	34	3
N	As janelas são ajustadas aos seus batentes e não possuem falhas de revestimento	15	8	17
N	Possuem telas milimétricas (2mm) removíveis e limpas	3	17	20
N	Iluminação sem ofuscamentos, sem contrastes excessivos, sombras e cantos escuros	38	3	
N	As luminárias possuem proteção	6	34	
N	Há lavatórios na área de manipulação	28	12	
N	Há sistema de secagem de mãos com papel toalha não reciclado	17	23	
N	Há sabonete líquido inodoro	28	18	
R	Há cartazes de orientação para a correta lavagem das mãos	4	36	
N	Os coletores de lixo são dotados de tampas acionadas sem contato manual	23	17	
N	O acondicionamento do lixo é feito de forma adequada	26	14	
N	Há banheiros separados para cada sexo			
N	Os vasos sanitários possuem bacia com tampa e/ou mictório para cada 20 funcionários	29	9	2
N	As portas são dotadas de sistema de fechamento automático (p ex. molas)	11	28	1
N	As lixeiras possuem tampas acionadas por pedal	19	20	1
N	Os lavatórios são providos de sabonete líquido e papel toalha	17	23	
R	Há cartazes de orientação para a correta lavagem das mãos	4	36	
TOTAL DE PONTOS DO BLOCO 2				
BLOCO 3 Recebimento, armazenamento e manipulação de matérias-primas				
C	**ITENS AVALIADOS**	**S**	**N**	**NA**
I	O recebimento respeita a temperatura de 7°C	16	10	4
N	Há planilha de controle	2	37	1

N	Os produtos apresentam boas características sensoriais	39	1	
N	O prazo de validade dos produtos é respeitado	40		
I	Os produtos apresentam as marcas e carimbos oficiais com a rotulagem de identificação	40		
N	Há etiquetas-lacre nos quartos de carcaça e nos cortes secundários do traseiro	33	5	2
N	Os produtos fracionados respeitam as normas de rotulagem	30	4	6
N	Os produtos armazenados estão devidamente protegidos	34	6	
N	Caixas de papelão estão ausentes nos locais de armazenamento	21	19	
N	Os produtos estão armazenados sobre estrados adequados	26	8	6
N	Os resíduos para graxaria são armazenados separadamente e sob-refrigeração	31	6	3
I	O descongelamento de produtos é feito sob-refrigeração	23	13	4
I	O risco de contaminação cruzada está ausente	22	18	
I	São respeitados os critérios de tempo x temperatura para manipulação a temperatura ambiente? (30 min)	27	12	1
N	As mesas e bancadas de manipulação são de material adequado e estão em bom estado de higiene e limpeza?	32	8	
I	Ausência de carne pré-moída?	35	5	
	TOTAL DE PONTOS DO BLOCO 3			
	BLOCO 4 Utensílios, equipamentos e higienização			
N	Os utensílios são de material que não transmita substâncias tóxicas, odores e nem sabores aos mesmos e aos alimentos	40		
N	Estão em condições de higiene adequadas	33	7	
N	Estão armazenados da forma correta	33	7	0
N	O moedor de carne é de material adequado	33	3	4
N	O equipamento está em condições de higiene e conservação adequadas	32	7	1
R	O equipamento pode ser considerado seguro para o trabalhador	32	4	4
R	Há proteção na serra fita	20	18	2
N	A câmara de congelamento e/ou Freezer são de material adequado	38	1	1
N	Estado de conservação está adequado	32	6	2
I	O equipamento é mantido a 0°C ou menos	29	5	6
R	Possui o dispositivo de segurança que permita abri-lo por dentro	26	10	4
N	A câmara de resfriados é de material adequado	33	2	5
N	Estado de conservação está adequado	31	9	
I	O equipamento é mantido na temperatura entre 0°C e 10°C	30	4	6
R	Possui o dispositivo de segurança que permita abri-lo por dentro	26	7	7
N	Balcão de exposição é de material adequado	40		
N	Estado de conservação está adequado	36	4	
I	O equipamento mantém as carnes na temperatura de 4°C	28	9	3
R	Possui medidor de temperatura posicionado para o lado externo	23	17	
N	É realizada a manutenção/calibração de equipamentos	20	20	
R	Há registro/POP da operação	1	39	
N	Os procedimentos de higienização das instalações estão corretos	33	7	
N	Os procedimentos de higienização dos utensílios e equipamentos estão corretos	31	9	
N	São utilizados produtos de sanitização adequados e com registro da ANVISA	31	8	

N	São armazenadas em local próprio com identificação do DML	14	26	
TOTAL DE PONTOS DO BLOCO 4				
BLOCO 5 Manipuladores				
C	**ITENS AVALIADOS**	**S**	**N**	**NA**
N	Os uniformes são compatíveis com a atividade e de cor clara	36	4	
N	Os uniformes estão limpos	31	8	1
N	Os manipuladores não utilizam adornos	31	9	
N	Os cabelos estão devidamente protegidos	23	17	
R	São utilizadas botas antiderrapantes	30	10	
R	São utilizadas luvas de malha de aço integras na proporção de 1 por manipulador	29	10	1
R	É utilizada jaqueta térmica para entrar nas câmaras	12	18	10
TOTAL DE PONTOS DO BLOCO 5				

C - Classificação e critérios de avaliação dos itens:
O critério estabelecido para classificação dos itens está baseado no risco potencial inerente a cada item em relação à qualidade e segurança dos produtos e processos.

IMPRESCINDÍVEL – I - Considera-se item imprescindível àquele que atende às Boas Práticas de Fabricação e Controle, que pode influir em grau crítico na qualidade ou segurança dos produtos e processos.
NECESSÁRIO – N - *Considera-se item necessário àquele que atende às Boas Práticas de Fabricação e Controle, e que pode influir em grau menos crítico na qualidade ou segurança dos produtos e processos.
**RECOMENDÁVEL – R - ****Considera-se recomendável àquele que atende às Boas Práticas de Fabricação e Controle, e que pode refletir em grau não crítico na qualidade ou segurança dos produtos e processos.

**O item necessário, não cumprido na primeira inspeção será automaticamente tratado, como imprescindível, nas inspeções seguintes, caso comprometa a segurança do alimento.*
*** O item recomendável, não cumprido na primeira inspeção será automaticamente tratado como necessário, nas inspeções seguintes, caso comprometa as Boas Práticas de Fabricação e Controle. Não obstante, nunca será tratado como imprescindível.*

OBS: Os itens avaliados devem ser definidos por: **SIM (S), NÃO (N) e NÃO APLICÁVEL (NA),** quando for o caso.

No bloco 1- Documentação, o gráfico apresenta a quantidade de quesitos cumpridos, não cumpridos e outros que não se aplicam aos estabelecimentos inspecionados. É importante ressaltar que nesse bloco o cumprimento dos quesitos por parte dos estabelecimentos ficou por volta de 45% enquanto o não cumprimento ficou aproximadamente 51% e o restante, 4%, não se aplicam.

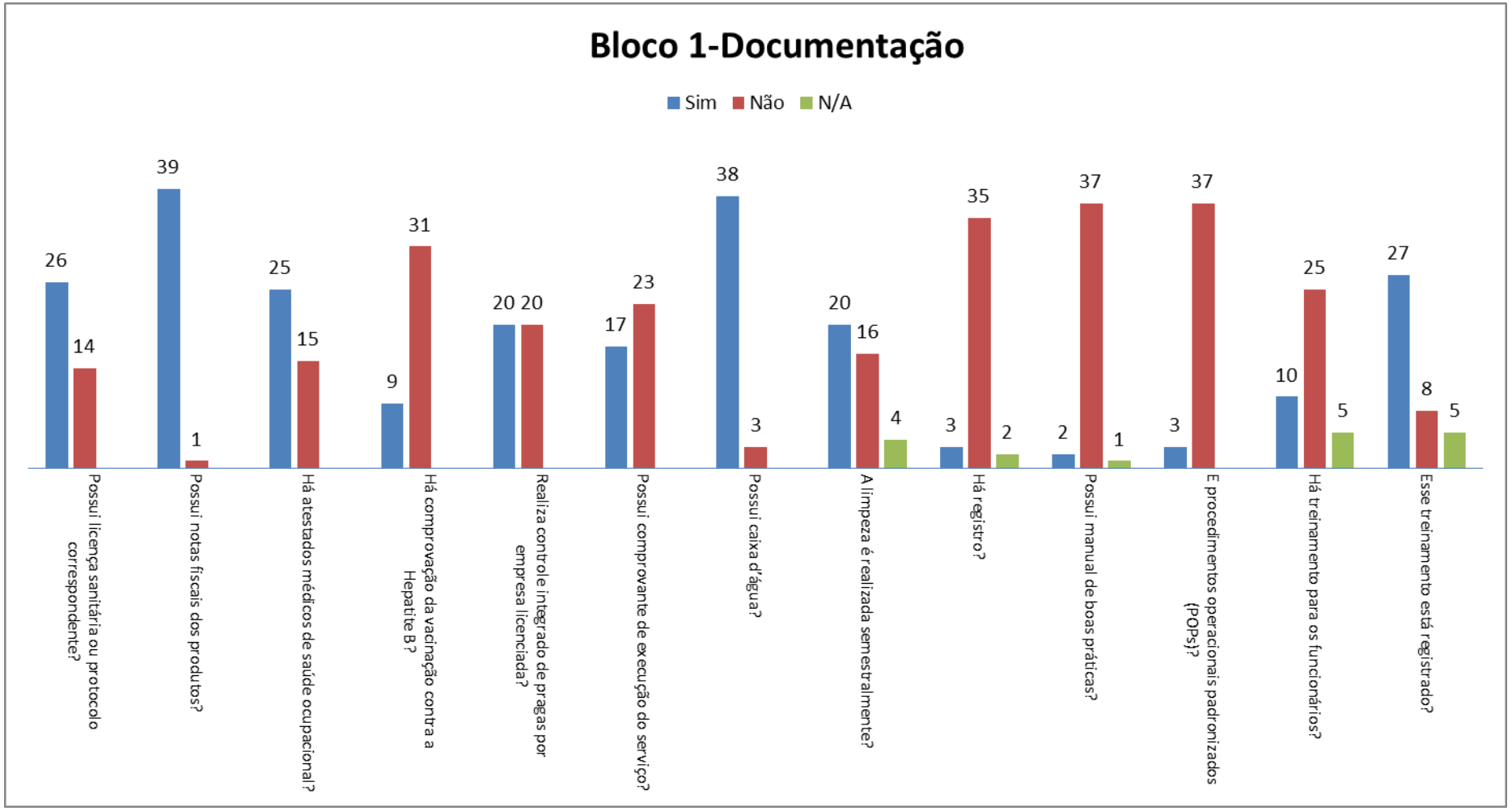


Gráfico 1- Bloco Documentação

No bloco 2-condições físico-estruturais, o gráfico 2 representa a quantidade de itens avaliados e a relação de cumprimento dos mesmos pelos estabelecimentos inspecionados. As casas de carnes e açougues avaliadas cumpriram mais de 52% dos itens, portanto os itens não cumpridos alcançaram 42% e somente 6% dos itens avaliados no roteiro não se aplicaram aos estabelecimentos.

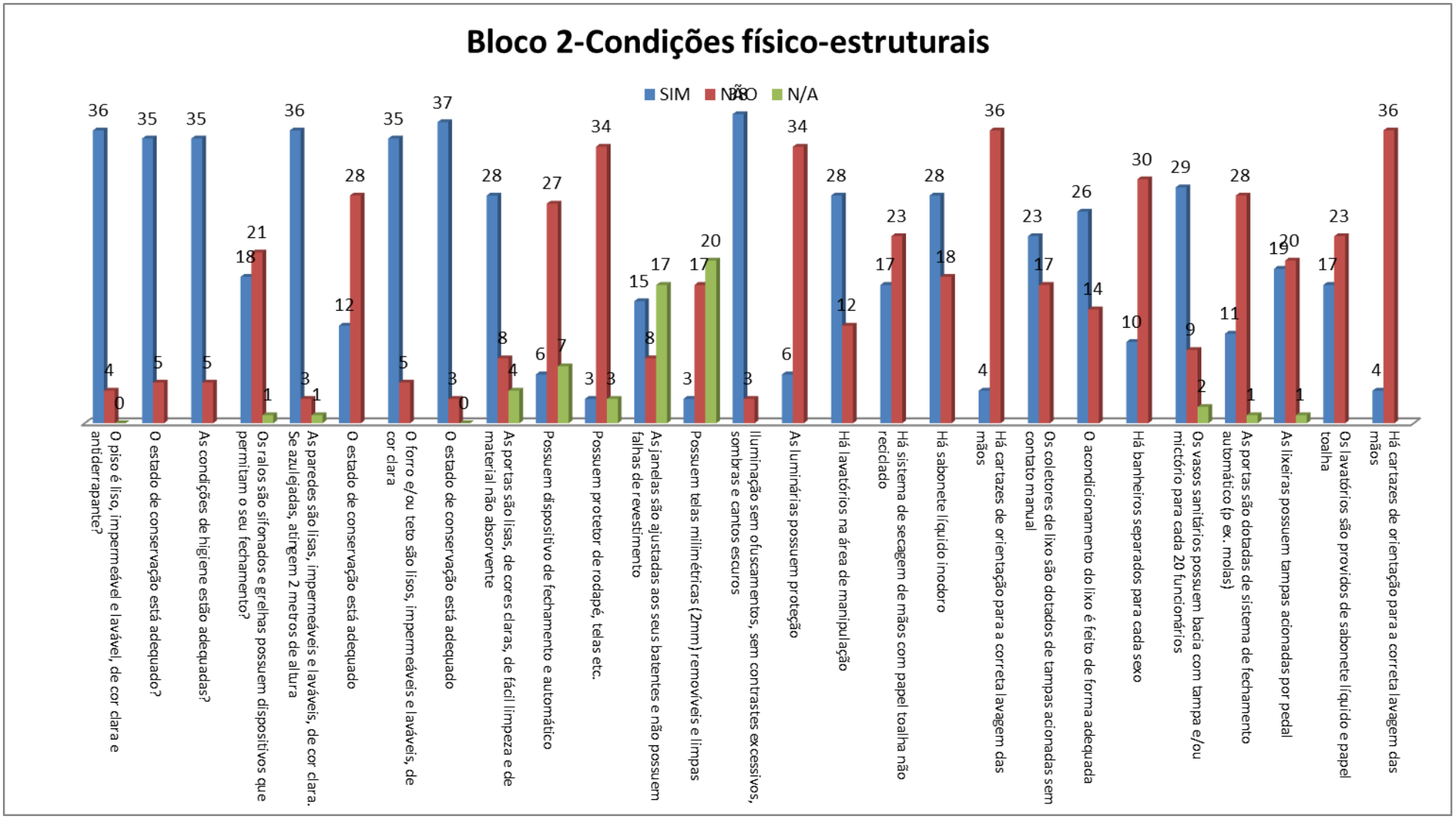


Gráfico 2- Bloco Condições Físico-Estruturais

Já no bloco 3- Recebimento, armazenamento e manipulação de matérias-primas, o gráfico 3 demonstra a relação de itens avaliados classificados de acordo com o seu cumprimento. É importante ressaltar que esse bloco pode ser considerado como um dos melhores avaliados em comparação com os outros, pois mais de 70% dos itens avaliados foram cumpridos pelos estabelecimentos, o que certamente nos leva a crer que as casas de carne e açougues inspecionadas estão sensibilizadas em relação ao manuseio, condicionamento e manipulação das matérias primas utilizadas pelas mesmas.

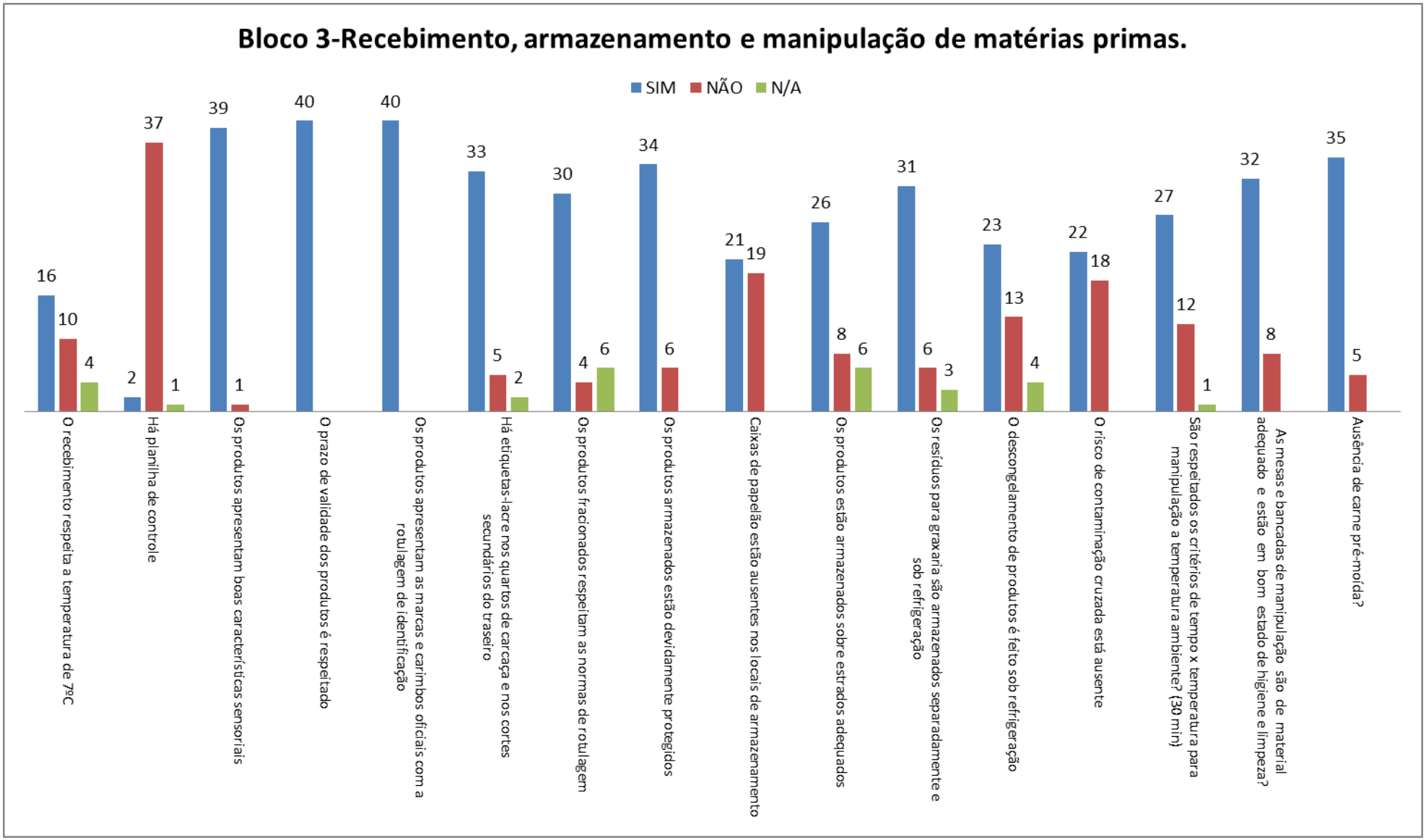


Gráfico 3- Bloco Recebimento, armazenamento e manipulação de matérias primas.

Em se tratando do bloco 4- Utensílios, equipamentos e higienização, o gráfico 4 demonstra a relação de itens avaliados de acordo com o seu cumprimento. É fundamental citar que cerca de 70% itens avaliados estão de acordo com as regulamentações, orientações e recomendações, o que consequentemente torna bloco como o mais bem avaliado de acordo com os dados existentes nos roteiros sanitários aplicados pelos inspetores de saúde de Contagem, Ibirité e Sarzedo.

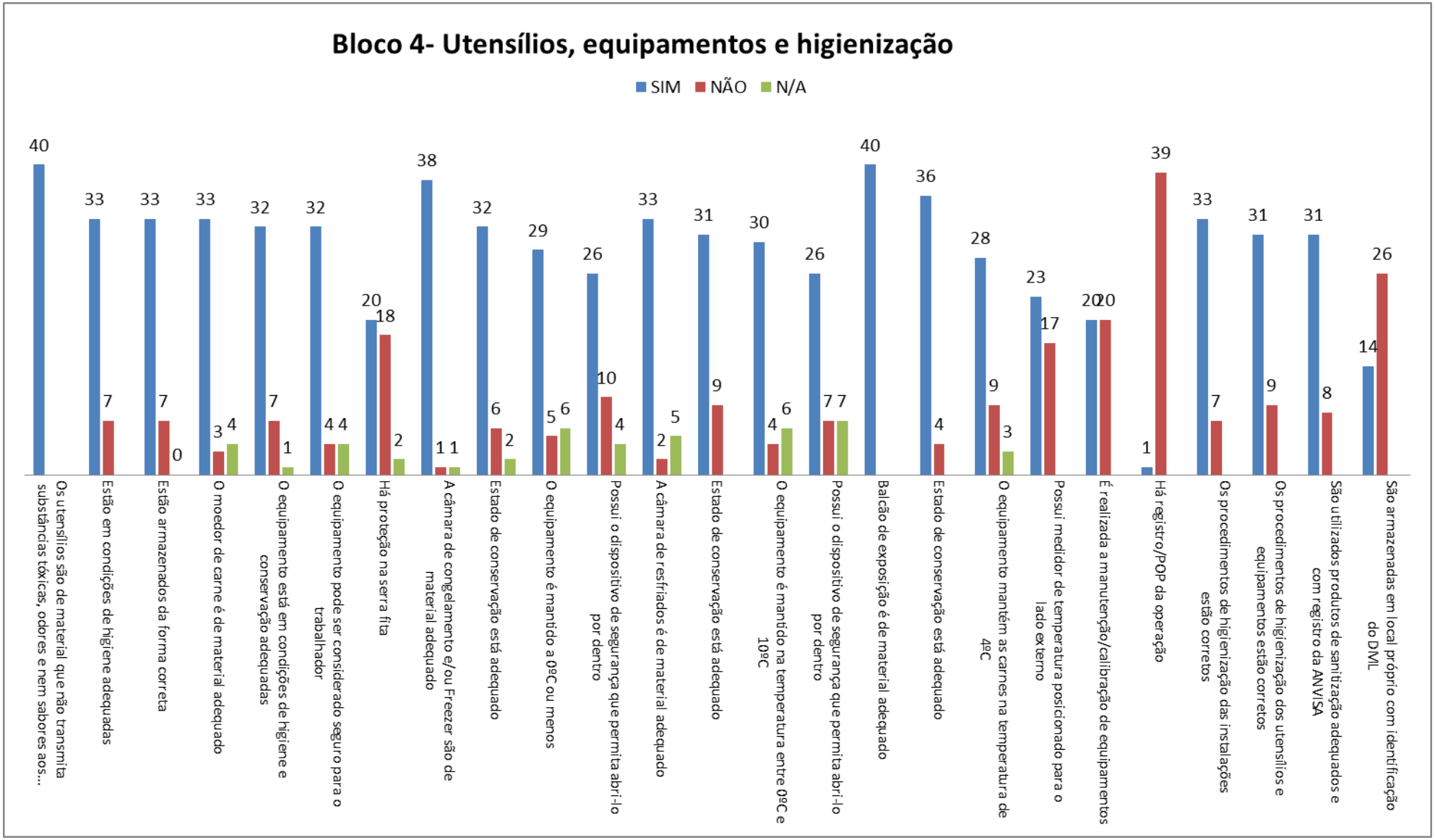


Gráfico 4- Bloco Utensílios, equipamento e higienização.

Em relação ao bloco 5- Manipuladores, o gráfico 5 demonstra a relação de itens cumpridos pelos estabelecimentos. Os itens avaliados constataram que cerca de 70% dos estabelecimentos inspecionados seguem as recomendações e necessidades avaliadas nesse bloco, por outro lado 27% não realizam as mesmas.

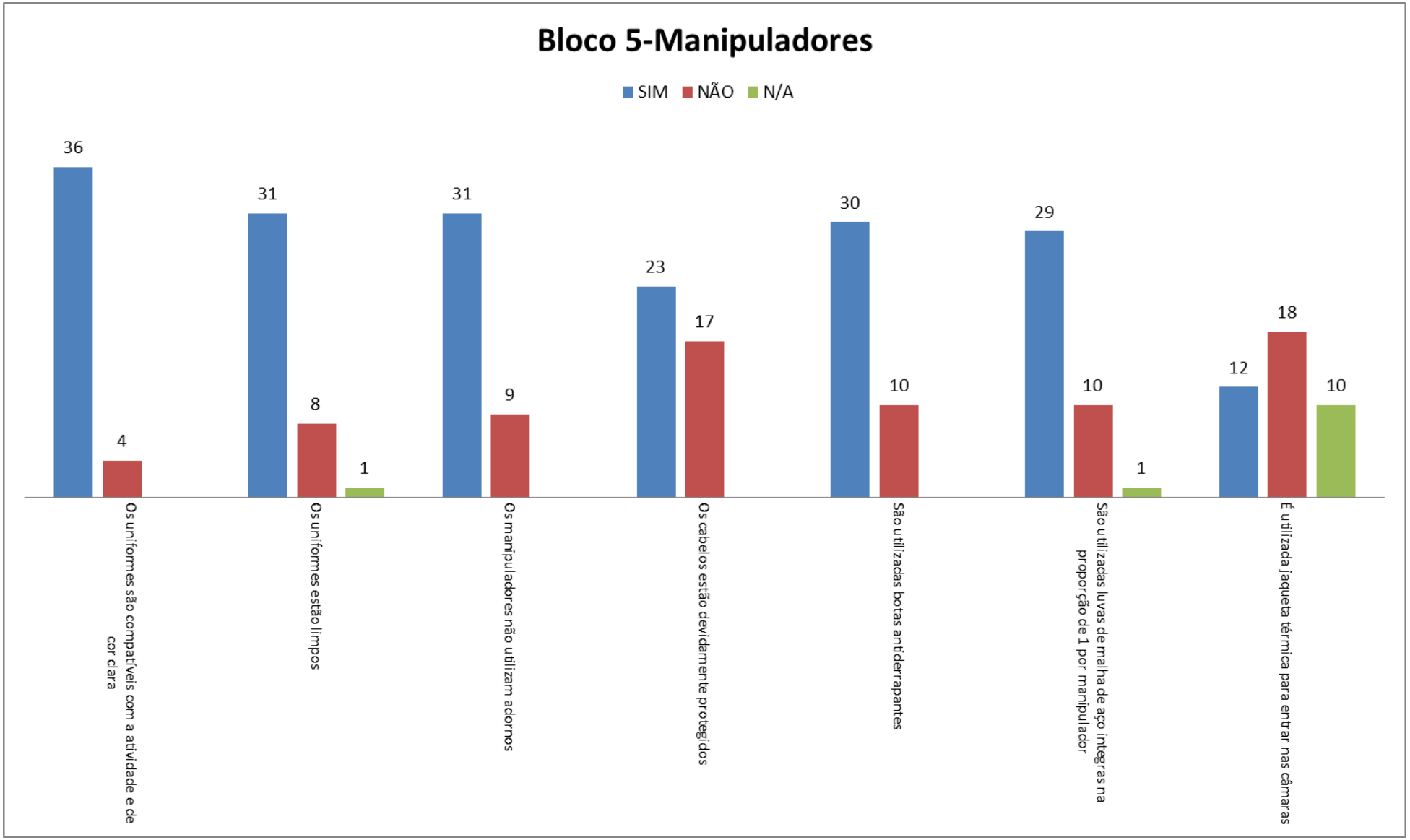


Gráfico 5- Bloco Manipuladores.

No total, podemos concluir que mais de 60% dos itens foram cumpridos pelos estabelecimentos avaliados, conforme se pode observar no gráfico 6. Sendo assim, é extremamente importante a utilização pelos municípios do roteiro de inspeção sanitária criado para que possam realizar uma avaliação dos estabelecimento de forma homogênea e, somente assim, propor mudanças seja no âmbito jurídico, organizacional e sanitário para esse ramo de atividade.

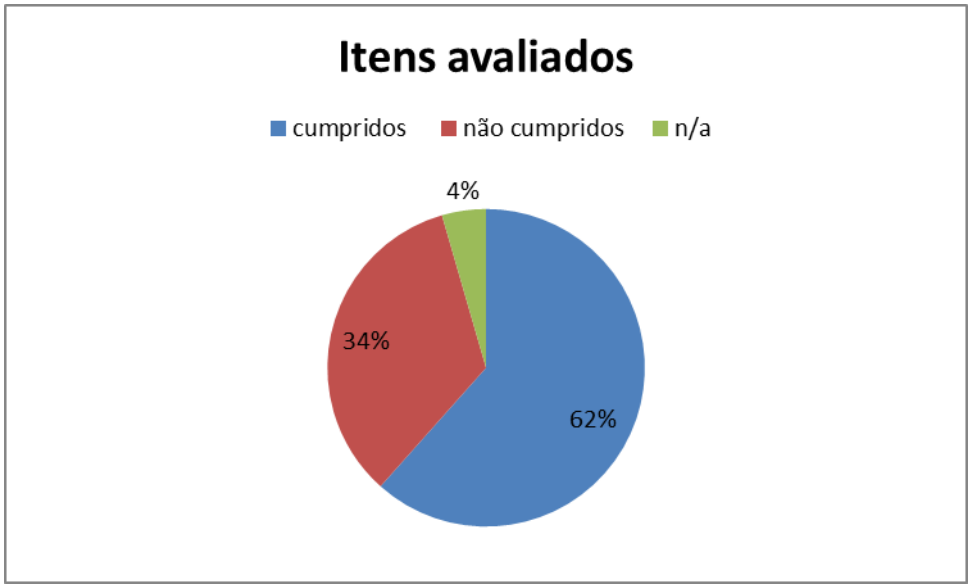


Gráfico 6- Itens avaliados

Análise do questionário aplicado para avaliação do uso do roteiro de inspeção de casas de carnes e açougues.

Recebemos 11 questionários de aplicadores diferentes dentre os inspetores que aplicaram os questionários foram identificados inspetores com vasta experiência acima de 5 anos, os quais classificamos assim:

Experiência (em anos)	**Quantidade de inspetores**
Menos de 01	3
01 a 02	2
05 a 10	1
Acima de 10	5
Total	**11**

Dos 11 (onze) inspetores apenas 3 (três) alegam ter recebido treinamento para executar o ofício de fiscal sanitário, e dentre os 11 (onze) apenas 2 (dois) afirmaram ter recebido treinamento especifico para realizar a inspeção em casas de carnes e açougues.

A maioria dos inspetores acharam que o roteiro é de fácil entendimento, apenas duas ressalvas, uma considerando o entendimento razoável e outra alega desconhecimento de alguns itens (fato que pode ser sanado com treinamento);

Considerações finais:

Todos os inspetores concordaram que os roteiros são completos, abordando todos os aspectos necessários, direcionam a inspeção e facilita a avaliação em todos os aspectos minimizando vícios e permitindo uma avaliação mais completa.

Vários inspetores, cerca de 50% dos que utilizaram o roteiro, reclamaram do tempo necessário para a aplicação, alegando que se utilizarem o roteiro não haverá tempo para inspeção do número necessário para cumprimento de meta (produção diária). Este fato evidencia que as inspeções não têm sido realizadas de forma integral e eficaz, já que nem todos os itens estão sendo inspecionados.

Outro questionamento que deve ser revisto se refere à disponibilidade de termômetros calibrados para conferência da temperatura em que os produtos estão armazenados, a ausência desta ferramenta compromete a aplicação do roteiro, visto que deveria ser aferida, no momento da inspeção, a temperatura de armazenamento dos produtos, e sem o equipamento devidamente calibrado não haverá possibilidade de questionar a temperatura de armazenamento.

Outra sugestão apresentada pelos inspetores foi a possibilidade de inserção de um campo de observação entre os blocos de pergunta, permitindo a anotação de respostas complementares para as perguntas que não se respondem apenas com as opções dadas.

Anexo I

Registro da capacitação para aplicação dos roteiros

Anexo II

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

I. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão social: Casa de Carne Campos

CNPJ: 13.258.102/0001-53

Nome fantasia: Casa de Carne Campos

Endereço: Rua dos Rodoviários nº 122 Bairro: Centro-Sarzedo/MG

Responsável técnico: Cláudia Amaranto Campos

RG: M8858148 CPF: 03848503670

II. OBJETIVO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

Inspeção sanitária para aplicação do roteiro, cujo objetivo é padronizar ações, construído como produto do Projeto Aplicativo do curso de especialização GVISA.

III. PERÍODO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

A inspeção foi realizada em 15/05/2014.

IV. EQUIPE TÉCNICA

Marcos Benedito Wenceslau - Fiscal sanitário - Matrícula 6161

Lúcia Aparecida dos Santos - Fiscal sanitário - Matrícula 6312

V. INSTRUMENTOS NORMATIVOS

Lei Complementar 193/2002- Código sanitário municipal

VI. INTRODUÇÃO:

O estabelecimento localiza-se em via pública de fácil acesso. Atua no comércio varejista de produtos cárneos *in natura*, resfriados e congelados. Trabalham no local 2 açougueiros e 1 caixa. A inspeção foi acompanhada pela Sra. Cláudia Amaranto Campos, proprietária. Horário de funcionamento: 8 às 19h.

Apresenta alvará de localização e sanitário válidos e afixados em local de visibilidade.

VII. DESENVOLVIMENTO:

O estabelecimento possui acesso livre, independente e sem comunicação direta com dependências residenciais. Possui ventilação satisfatória, ausência de lixo nos arredores, paredes e pisos íntegros, de cor clara, lisos, laváveis e impermeáveis, com ralos sifonados e grelhas que possuem dispositivos que permitam o seu fechamento.

Não existe projeto arquitetônico, logo o mesmo não foi avaliado.

Possui:

- Área de vendas com caixa registradora, balcões expositores refrigerados e outros equipamentos e utensílios: moedor de carne, serra fita, facas, amoladores e ganchos.

- Local para desossa,

- Depósito de material de limpeza;

- Um banheiro.

Os resíduos para graxaria são armazenados separadamente, sob refrigeração e coletados por empresa especializada.

Controle integrado de Vetores e Pragas Urbanas

Foi apresentado comprovante da última aplicação do controle de pragas do local, porém, não apresentaram cópia da licença da empresa que realiza esse serviço.

Abastecimento de Água

- O estabelecimento é abastecido com água da COPASA.

- Não foi apresentado registro da limpeza do reservatório de água realizado por empresa especializada.

Saúde e Higiene dos Manipuladores

- EPI's observados no local: botas, luvas de malha de aço, casaco térmico;
- Vestuário: Cor branca, constituído de calça, jaleco, touca e bota de plástico.

Higiene: Observa-se que os funcionários apresentam boas condições de higiene. Porém, não foram apresentados Atestados Médicos de Saúde Ocupacional ou cartões de vacina.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estabelecimento encontra-se dentro dos padrões sanitários estabelecidos pelo código sanitário municipal.

CONCLUSÃO:

A casa de carne encontra-se em condições satisfatórias quanto à legislação sanitária vigente.

Sarzedo, 19 de maio de 2014.

Marcos Benedito Wenceslau	Lúcia Aparecida dos Santos
Fiscal sanitário	Fiscal sanitário
Matrícula 6161	Matrícula 6312

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

I. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão social: Cláudio Santana Campos

CNPJ: 00.426.522/0001-50

Nome fantasia: Açougue Xodó

Endereço: Rua dos Rodoviários nº 200 Bairro: Centro

Responsável técnico: André Luiz Roberto

RG: 14125085 CPF: 072.117.896-03

II. OBJETIVO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

Inspeção sanitária para aplicação do roteiro, cujo objetivo é padronizar ações, construído como produto do Projeto Aplicativo do curso de especialização GVISA.

III. PERÍODO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA

A inspeção foi realizada em 16/05/2014.

IV. EQUIPE TÉCNICA

Marcos Benedito Wenceslau - Fiscal sanitário - Matrícula 6161

Lúcia Aparecida dos Santos - Fiscal sanitário - Matrícula 6312

V. INSTRUMENTOS NORMATIVOS

Lei Complementar 193/2002- Código sanitário municipal

VI. INTRODUÇÃO:

O estabelecimento localiza-se em via pública de fácil acesso. Atua no comércio varejista de produtos cárneos *in natura*, resfriados e congelados. Trabalham no local 4 açougueiros e 2 caixas. A inspeção foi acompanhada pelo Sr. André Luiz Roberto. Horário de funcionamento: 8 às 19h.

Apresenta alvará de localização, porém, não possui alvará sanitário.

VII. DESENVOLVIMENTO:

O estabelecimento possui acesso livre, independente e sem comunicação direta com dependências residenciais. Possui ventilação satisfatória, ausência de lixo nos arredores, paredes e pisos íntegros, de cor clara, lisos, laváveis e impermeáveis, com ralos sifonados e grelhas que possuem dispositivos que permitam o seu fechamento.

Não existe projeto arquitetônico, logo o mesmo não foi avaliado.

Possui:

- Área de vendas com caixas registradoras, balcões expositores refrigerado, uma câmara fria e outros equipamentos e utensílios: moedor de carne, serra fita, amaciador de bifes, facas, amoladores e ganchos.

- Local para desossa,

- Depósito de material de limpeza;

- Um banheiro.

Os resíduos para graxaria são armazenados separadamente, sob refrigeração e coletados por empresa especializada.

Controle integrado de Vetores e Pragas Urbanas

Foi apresentado comprovante da última aplicação do controle de pragas do local, porém, não apresentaram cópia da licença da empresa que realiza esse serviço.

Abastecimento de Água

- O estabelecimento é abastecido com água da COPASA.

- Não foi apresentado registro da limpeza do reservatório de água realizado por empresa especializada.

Saúde e Higiene dos Manipuladores

– EPI's observados no local: botas, luvas de malha de aço, casaco térmico;

– Vestuário: Cor branca, constituído de calça, jaleco, touca e bota de plástico.

Higiene: Observa-se que os funcionários apresentam boas condições de higiene. Porém, não foram apresentados Atestados Médicos de Saúde Ocupacional ou cartões de vacina.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estabelecimento encontra-se dentro dos padrões sanitários estabelecidos pelo código sanitário municipal. Em relação ao alvará sanitário, aplicamos a primeira penalidade cabível: advertência.

CONCLUSÃO:

A casa de carne encontra-se em condições higiênico-sanitárias satisfatórias quanto à legislação sanitária vigente, mas foi advertida ante ausência do alvará sanitário.

Sarzedo, 19 de maio de 2014.

Marcos Benedito Wenceslau
Fiscal sanitário
Matrícula 6161

Lúcia Aparecida dos Santos
Fiscal sanitário
Matrícula 6312

Referências

MENDONÇA, C. R.; GRANADA, G. I. **Coliformes em açougues de Pelotas-RS**. Rev. Bras. de Agrociências, v. 5, n. 1, p. 75-76, 1999.

MESQUITA, M. O.; DANIEL, A. P.; SACCOL, A.L.F.; MILANI, L. I. G. ; FRIES, L. L. M. **Qualidade microbiológica no processamento do frango assado em unidade de alimentação e nutrição.** Ciênc. Tecnol. Aliment, v. 26, n. 1, jan-mar, 2006.

CALIFANO, A.N.; de ANTONI, L.; MASCHERONI, R.H. **Prevalence of unsafe practices during home preparation of food in Argentina.** Dairy Food and Environmental Sanitation, v.20, n.12, dez, 2000.

GERMANO, M.I.S. **Promoção da Saúde: desafio para os profissionais envolvidos no treinamento de manipuladores de alimentos.** Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2002.

MENUCCI, T. A. et al. Avaliação da contaminação por matérias estranhas em carne de sol comercializadas em “casas do norte”. **Revista do Instituo Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 47-54, 2010.

SILVA, J.A. As novas perspectivas para o controle sanitário dos alimentos. **Revista Higiene Alimentar**, v. 13, n. 65, p. 19-25. 1999.

LOGUERCIO, A. P.; SILVA, W. P.; ALEIXO, J. A. G. **Condições higiênico-sanitárias no processamento de carne moída.** Higiene Alimentar, v. 16, n. 98, p. 63 – 66, 2002.

PARDI, M. C.; et al. Ciência, Higiene e Tecnologia da Carne. v I. **Ciência e Higiene da Carne. Tecnologia da sua obtenção e Transformação**. Universidade Federal Fluminense: EDUFF- Editora Universitári, 2001.

BLISKA, F.M.M. **O consumo e o consumidor de carne bovina no Brasil.** CTC Tecnocarnes – Boletim de Conexão Industrial do Centro de Tecnologia de Carnes do ITAL, v.8, n.1, p. 6-7, jan/fev, 1997.

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

-CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Lei 8.078 de 11/09/90**. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.

-http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home

-Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Coleção progestores - Para entender a gestão do SUS, 1ª edição. vol.9 p.16, 248p.

CINTIA MARIA FARIAS DA SILVA

FABIANE OLIVEIRA DA SILVA

GLÓRIA MARIA TAVARES MONTEIRO

LOSANGES RODRIGUES DE OLIVEIRA

LUCIANA DE CASTRO DON

MARCO AURELIO QUINTANILHA

SILVANA BRITO DA SILVA

SILVANA HÉLITA GONÇALVES BOTELHO SOUZA

TEREZINHA MARIA OLIVEIRA DE MELO

DISQUE DENÚNCIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE RISCO SANITÁRIO

São Paulo

2014

CINTIA MARIA FARIAS DA SILVA

FABIANE OLIVEIRA DA SILVA

GLÓRIA MARIA TAVARES MONTEIRO

LOSANGES RODRIGUES DE OLIVEIRA

LUCIANA DE CASTRO DON

MARCO AURELIO QUINTANILHA

SILVANA BRITO DA SILVA

SILVANA HÉLITA GONÇALVES BOTELHO SOUZA

TEREZINHA MARIA OLIVEIRA DE MELO

DISQUE DENÚNCIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE RISCO SANITÁRIO

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

Orientador: Raimundo Sidnei dos Santos Campos

São Paulo

2014

RESUMO

O presente projeto constitui uma proposta de trabalho baseada no planejamento estratégico e na gestão participativa. Compreende que a comunicação dialógica é importante para a construção coletiva de processos de trabalho diferenciados. Do pressuposto que a informação desempenha crucial importância para a efetividade das ações de Vigilância Sanitária, para gestão de riscos e comunicação dos riscos sanitários, delineou-se a proposição de constituir o Disque Denúncia como uma ferramenta de gestão de risco sanitário através da adesão a novas e adequadas estratégias de gestão de trabalho e reestruturação do setor, que serão tecidas pelo diálogo com os atores sociais envolvidos para dar maior resolutividade às denúncias. O objetivo é subsidiar a implementação do Disque Denúncia do DVISA como ferramenta de gestão de risco sanitário no município de Manaus, e a partir de um processo de trabalho dinâmico assegurar celeridade às respostas das denúncias, monitorando a eficiência e eficácia das estratégias pactuadas. A metodologia utilizada é fundamentada no planejamento estratégico situacional de Matus, desenvolvida em quatro momentos: no momento explicativo ocorreu o diagnóstico situacional dos problemas; no momento normativo delineou-se propostas para reestruturação do setor; no momento estratégico foram avaliados a viabilidade e ainda no momento tático operacional foram criados indicadores de monitoramento da efetividade do plano. A execução do projeto está dentro do espaço de governabilidade dos atores envolvidos. Dentre os resultados esperados, se pretende aumentar a capacidade de resposta com qualidade do serviço para as demandas apresentadas ao setor, imprimindo maior efetividade nas ações e na gestão do trabalho.

Palavras chave: vigilância sanitária, planejamento estratégico, comunicação, gestão de risco, gestão do trabalho.

LISTA DE SIGLAS

CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

DVISA: Departamento de Vigilância Sanitária

GCOP: Gerência de Controle de Processos

GENGS: Gerência de Engenharia Sanitária

GVPRO: Gerência de Vigilância Sanitária em Produtos

GVSER: Gerência de Vigilância Sanitária em Serviços

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

SEBRAE: Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SEMSA: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

VISA: Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO..... 05

2 OBJETIVOS..... 09

2.1 Geral..... 09

2.2 Específicos 09

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 10

3.1 Risco: Objeto de intervenção da Vigilância Sanitária 10

3.2 Comunicação de Risco 14

3.3 Gestão do Trabalho 16

4 PERCURSO METODOLÓGICO 17

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 19

6 REFERÊNCIAS 20

ANEXOS

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O tema para construção do projeto de intervenção na área de gestão de riscos sanitários do grupo de especializandos do curso de Gestão em Vigilância Sanitária surgiu como um desconforto após a leitura da realidade do trabalho da Vigilância Sanitária no município de Manaus. As experiências vivenciadas no contexto do trabalho mostram uma organização permanentemente “afogada“ em uma imensa demanda reprimida de estabelecimentos que necessitam de fiscalização.

Segundo o censo empresarial da cidade de Manaus (SEBRAE, 2011), a zona urbana de Manaus possui 50.570 pontos não residenciais cadastrados com algum tipo de atividade empresarial. Deste universo, foram mapeados 29.732 estabelecimentos, com destaque para o alto percentual das atividades de interesse à saúde dos setores de comércio, serviço e indústria que segundo o Código Sanitário de Manaus, regido pela Lei n° 392/97 e Decreto n° 3910/97, requerem fiscalização sanitária.

Além disso, somente 26,1% destes estabelecimentos fez algum tipo de capacitação para o negócio. Essa ausência de conhecimento técnico quando se vai abrir um negócio que envolva comércio, fabricação, importação, exportação, manipulação, fracionamento de produtos de interesse à saúde pode representar um grande risco aos usuários do serviço ou produto e também, um grande obstáculo para a ação da Vigilância Sanitária, pois dificulta o entendimento às exigências sanitárias e incorre em um grande número de reinspeções no mesmo local até o licenciamento sanitário, ou seja, que esteja em conformidade com a legislação.

Some-se a isso, a cidade aumentou gradativamente a sua participação na composição do PIB brasileiro nos últimos anos, passando a responder por 1,4% da economia do país, possui uma população de 1 982 179 habitantes, de acordo com estimativas do IBGE - 2010, sendo a sétima mais populosa do Brasil e a 131ª mais populosa do mundo. Outros dados que corroboram para a compreensão dessa questão são revelados pela Junta Comercial do Amazonas demonstrando que no período de 2008 a 2012 foram abertas em média entre 17 e 18 empresas ao dia no Amazonas.

Dados do DVISA Manaus mostram que existe um universo de mais de cinco mil processos circulantes no departamento, que foram agregados a partir de 2013 com a implantação do sistema da Prefeitura de Manaus ICAD, que identifica as empresas formais, cadastradas no CNPJ e que desenvolvem atividades que necessitam de fiscalização sanitária. Para a execução desse grande quantitativo de inspeções sanitárias o DVISA, no exercício de 2013, contou com um efetivo total de 84 fiscais para atuar nas diversas áreas do município, sendo 46 fiscais da GVPRO, 23 da

GVSER, 15 da GENGS. Como a licença sanitária possui validade de um ano, estes mesmos estabelecimentos são periodicamente fiscalizados. O atual efetivo de fiscais tem grande dificuldade de executar plena cobertura desse quantitativo de estabelecimentos em um ano, considerando que em geral são necessárias mais de uma inspeção para licenciar um estabelecimento.

As ações da VISA Manaus na gestão do risco sanitário utilizam como principal ferramenta as inspeções programadas provenientes dos processos formalizados no setor, porém esta prática deixa à margem os riscos oferecidos pelos estabelecimentos informais, que não possuem CNPJ, e, portanto, permanecem invisíveis ao sistema ICAD e sem gerar uma demanda de fiscalização sanitária programada.

Neste contexto, a equipe de fiscalização do DVISA Manaus possui diversas limitações para desenvolver atividades de busca ativa de estabelecimentos clandestinos, o que contribui negativamente para gestão do risco, a saber: limite de sua capacidade para atender o fluxo de processos provenientes de empresas formalizadas, baixo incremento de recursos humanos na atividade de fiscalização e aumento crescente do número de estabelecimentos de interesse sanitário.

Diante deste quadro, a coleta e verificação de procedência das informações acerca de irregularidades sanitárias demandadas de denúncias da população através do Disque Denúncia pode ser visto como um potencial mecanismo de gestão de risco sanitário. Esse serviço atua com vinculação à direção do DVISA e a Ouvidora da SEMSA, competindo-lhe receber denúncias e reclamações por meio dos telefones 0800 092 0123 e (092) 3216-7756, correio eletrônico da SEMSA, aplicativo de celular, pessoalmente, através de ofícios de outros órgãos e entidades da sociedade.

O fluxo de trabalho consiste no seguinte: as denúncias recebidas são registradas no sistema informatizado local, não integrado aos outros sistemas internos da VISA, recebem um número de protocolo e são encaminhadas às gerencias de Engenharia Ambiental, de Produtos ou Serviços após receber um número sequencial, culminando em dificuldades para operacionalização do serviço. Acrescidas a isso, inexiste uma equipe de plantonistas exclusiva para o atendimento das denúncias urgentes, faltam critérios para segregação de demandas prioritárias, inexistem metas para atendimento e prazos pré-estabelecidos para devolução das denúncias pelas gerências, o que resulta em perdas de evidências fundamentais para a confirmação da veracidade dos fatos.

Ainda, a equipe ao se colocar no lugar da população disposta a fazer uma denúncia elencou diversos problemas que se iniciam pela tentativa de encontrar o

meio de realizar a denúncia a Vigilância Sanitária: o número 0800092013 está pouco divulgado, inclusive não consta na página eletrônica da SEMSA, é de difícil memorização, não pode ser acessado por celular; ao ligar para o número foi constatado que é informado o e-mail pessoal da interlocutora responsável pelo Disque Denúncia; algumas vezes, a linha permanece ocupada, por existir um único ramal para atender a população; impossibilidade de obter um prazo para verificação da denúncia. Caso o interessado faça contato para acompanhar o andamento da denúncia é praticamente inviável acompanhar sua tramitação, pois não existe um sistema eletrônico que opere integrado com outros setores. As informações relativas ao resultado das fiscalizações executadas são alimentadas manualmente.

Segundo um relatório do setor Disque Denúncia do DVISA da SEMSA Manaus, no ano de 2013 foram registradas 1417 denúncias provenientes dos telefones 0800920123, 3216-7756**,** da Ouvidoria da SEMSA ou pessoalmente protocoladas no setor. O número de denúncias registradas pode ser considerado baixo quando confrontado com a realidade sanitária da cidade de Manaus e o alto quantitativo de autos de infração lavrados nas inúmeras fiscalizações realizadas. Os dados do relatório das atividades do DVISA Manaus referente ao ano de 2013 (GCOP) revelaram que foram realizadas 9126 inspeções relativas a inspeções programadas com a finalidade de licenciamento sanitário e atendimento a denúncias, e foram lavrados 2278 autos de infração, ou seja, do universo inspecionado 25% foi autuado e 61 estabelecimentos sofreram interdição por algum tipo de irregularidade sanitária na atividade desenvolvida. Esse paradoxo potencializa uma noção empírica de que um baixo número de denúncias não significa um padrão de regularidade nos estabelecimentos e vem reforçar a ideia que a população desconhece o real papel da Vigilância Sanitária, ou que há falta de consciência sanitária ou falta comunicação entre a população e Vigilância Sanitária e ainda, que pode haver descredibilidade da população perante o órgão.

O mesmo relatório do setor mostra que paralelamente ao baixo número de denúncias destaca-se como grave problema o fato de que somente cerca de 20% das denúncias recebidas sofreram algum tipo de verificação pelo DVISA. Diante deste dado, a equipe por meio de pesquisa de campo no setor elencou os nós críticos que podem explicar este resultado: ausência de processos de trabalho bem definidos e padronizados, indefinição e garantia de prazos de respostas às denúncias, inexistência de filtragem de demandas emergenciais, inexistência de metas na resolutividade às denúncias para serem alcançadas pelas gerências, falta de treinamento e capacitação dos recursos humanos existentes, comunicação intra e

intersetorial deficientes, inclusive com vigilâncias sanitárias de outros estados para troca de experiências.

Segundo Freitas e Santos (2013), as irregularidades sanitárias são marcadores de riscos à saúde pública. A partir do momento em que se tem um canal com finalidade de registrar denúncias de irregularidades, pode-se enxergar outras potencialidades para seu uso. Atualmente, o Disque Denúncia limita-se a registrar denúncias e reclamações e dentro do possível, verificá-las. Porém, se as informações captadas por este setor forem adequadamente gerenciadas, se houver uma estrutura adequada para sua verificação, e divulgação do canal e da importância da denúncia, existe a possibilidade da transformação para um instrumento útil na gestão de risco.

Experiências descritas pela responsável pelo setor Disque Denúncia reforçam a potencialidade de melhor exploração deste instrumento; foram relatadas operações bem sucedidas desencadeadas por denúncias e que resultaram em redução do risco. São exemplos: apreensão de anabolizantes aplicados clandestinamente com prisão dos responsáveis; interdição de drogarias que não possuíam responsável técnico, com aplicação de injetáveis, comercio de medicamentos sujeitos a controle especial e antibióticos ilegalmente; apreensão de inúmeros produtos comercializados sem o registro no Ministério da Saúde; interdição de estabelecimentos que manipulavam alimentos sem mínimas condições de higiene; interdição de empresas que descartavam resíduos químicos nocivos ao ambiente em local totalmente impróprio; penalização com multa de empresas que funcionavam sem licença sanitária; autuação e apreensão de produtos de empresas que transportavam alimentos que necessitavam de refrigeração ou fora de condições ideais de temperatura; autuação de empresas por má conservação de alimentos e bebidas; entre inúmeras outras.

As razões acima elencadas justificam o presente projeto aplicativo como subsídio de planejamento estratégico para gerenciamento de risco à saúde, partindo do pressuposto que a população, com sua noção intrínseca de risco potencial à saúde, poderá contribuir nesse processo, desde que haja uma ferramenta bem estruturada para viabilizar a captação destas denuncias, transformando o setor em um instrumento de gestão eficaz, agregado ao rol das estratégias desenvolvidas pela Vigilância em Saúde no âmbito da proteção a saúde coletiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar uma proposta de operacionalização do Disque Denúncia do Departamento de Vigilância Sanitária no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde visando seu funcionamento como uma ferramenta de gestão de risco sanitário para melhor estruturação dos serviços e ações da vigilância sanitária no município de Manaus**.**

2.2 Específicos

- Propor a reestruturação dos processos de trabalho a partir de um fluxo dinâmico e participativo com ferramentas e dispositivos que assegurem a celeridade às respostas das denúncias.
- Mapear o perfil de competência do setor para subsídio da capacitação dos recursos humanos.
- Recomendar a pactuação de metas e prazos de atendimento de denúncias.
- Sugerir a implantação de relatórios no setor Disque Denúncia que auxiliem no planejamento estratégico da gestão do risco sanitário.
- Elaborar indicadores para o monitoramento do desempenho do setor e da eficiência do plano.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A partir dos problemas evidenciados e da abrangência do PA delineia-se um quadro teórico para melhor compreensão do tema e de suas dimensões alinhadas ao perfil de competências preconizado no decorrer do curso.

3.1 Risco: Objeto de intervenção da Vigilância Sanitária

A expressão 'vigilância em saúde' remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa, de acordo com o *Dicionário Aurélio*, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

No campo da saúde, a 'vigilância' está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças. Entendida como uma 'proposta de ação' e uma 'área de práticas', a 'vigilância em saúde' apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

As vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde. Seu desenvolvimento foi desigual no tempo e em cada contexto histórico em relação a cada um dos seus principais componentes: as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e em Saúde do Trabalhador. O relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001) recomendou a integração das ações de VISA no conjunto das políticas de saúde, programas e ações desenvolvidas nas três esferas do SUS, com ênfase nas ações de Vigilância Sanitária, Ambiental, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, de informação, educação e comunicação em saúde e estratégia da saúde da família (DE SETA *et al*, 2010).

Neste documento a Vigilância em Saúde foi destacada como uma estratégia de integração das ações de controle de riscos, distribuído em vários órgãos e principalmente a integração das diversas áreas da VISA no campo da gestão do risco sanitário.

Existe uma literatura muito vasta para definir o que risco. O risco pode ser considerado como um conceito fundamental das vigilâncias em saúde. Fundamental porque é a possibilidade de que “algo” aconteça e de que este “algo” interfira “negativamente” no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, que devem ser minimizados. A operacionalização do risco é que faz das vigilâncias em saúde um importante componente da saúde coletiva. Risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ao ambiente (DE SETA *et al*, 2010).

Ainda pode ser considerado também como um conceito unificador. É a ação/intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida da população que faz com que as diversas “vigilâncias” – do processo de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador), do processo de produção-consumo (vigilância sanitária) e da exposição a situações de risco (vigilância ambiental/epidemiológica) – situem-se no campo da promoção e da proteção da saúde. O objetivo de minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano é algo comum às vigilâncias do campo da saúde (DE SETA *et al*, 2010).

O enfoque do risco é claro na definição da vigilância sanitária incorporada na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), em seu artigo 6º, parágrafo1º, quando delineia um marco referencial para a VISA de natureza preventiva e do âmbito das relações sociais de produção-consumo, 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 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; o controle da prestação de serviços que se direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990).

A Vigilância Sanitária no Brasil vem sendo objeto, ao longo dos últimos anos, de um profundo trabalho de reflexão crítica do seu *modus operandi*. Busca-se romper com uma tradição predominantemente normativa e fiscalizadora, para se ver comprometida com um papel social de reguladora abrangente. Essa é marcada por um intenso e acelerado desenvolvimento tecnológico no qual, por um lado, ganha lugar o discurso do risco que passa a desempenhar papel fundamental na estruturação, reprodução e reparo do projeto histórico da modernidade (Beck, 1992

apud RANGEL *et al*, 2007), em função da crise da legitimação resultante de eventos de grande monta que afetaram amplos contingentes populacionais e produziram extensos danos ao ambiente, à vida e à saúde humana (RANGEL *et al,* 2007).

A Overseas, consultoria especializada em Gestão de Risco, a define com um processo que garante que os objetivos têm mais probabilidades de serem alcançados, que situações causadoras de danos não irão ocorrer, ou têm menor probabilidade de ocorrer, que situações benéficas serão alcançadas ou têm maior probabilidade de serem alcançadas. O objetivo do Gerenciamento dos Riscos não é eliminar os riscos, mas gerenciar os riscos envolvidos em todas as atividades, para maximizar as oportunidades e minimizar os efeitos adversos (OVERSEAS, 2014).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde os riscos podem ser gerenciados por meio de uma gama de opções combinadas de diversos modos. A medida de tratamento do risco consiste na seleção e implementação das estratégias mais apropriadas, envolvendo a regulamentação, a disponibilidade de tecnologia de controle, análise de custos e benefícios, a aceitabilidade de riscos e análise de seus impactos.

Para Veyret (2007) *apud* Corrêa (2009) a gestão do risco merece um enfoque no seu contexto de espaço, nesse sentido, qualquer método de gestão do risco validado em um determinado país, pode não apresentar os mesmos resultados no tempo e no espaço em que foram criados, visto terem sidos estabelecidos em volta dos riscos representados na região de origem, em condições específicas. Para que os métodos empregados na gestão do risco mostrem-se efetivos é necessário que sejam revistos e adaptados para o contexto atual. Por outro lado, o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre cidades, países não pode ser desprezado, uma vez que serve de subsídios para observação e estudos posteriores.

Corrêa (2009) destaca que na visão de Veyret (2007), devido às muitas abordagens da gestão do risco, é possível concebê-la como um sistema que articula práticas de gestão, atores e espaço segundo lógicas diversas. Goldim (2002), *apud* Corrêa (2009) faz uma associação da gestão do risco com o princípio da precaução:

> É a garantia contra os riscos potenciais que, de acordo com o estado atual do conhecimento, não podem ser ainda identificados. Este princípio afirma que a ausência da certeza científica formal, a existência de um risco de um dano sério ou irreversível requer a implementação de medidas que possam prever este dano (GOLDIM, 2002 *apud* CORRÊA, 2009).

Ressalta Correa (2009) que os riscos estão em toda parte, pois na sociedade não existe nada totalmente seguro, os riscos relativos a produtos e serviços devem ser

avaliados vis-à-vis em relação ao benefício esperado. No caso da Vigilância Sanitária, cujo principal objetivo é a garantia da segurança sanitária de produtos e serviços oferecidos à população, o conceito de risco é o principal referencial teórico de suas ações. Neste âmbito, Correa (idem) discorre que o risco pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso que pode afetar a integridade da saúde de usuários de produtos e serviços de interesse a saúde. Portanto, o conceito de risco e como fazer gestão do risco, para a Vigilância Sanitária, ainda são processos em construção no campo referencial da saúde.

Convém destacar que a Portaria 1.052/2007 que aprovou o Plano Diretor de Vigilância Sanitária enfatiza o princípio da precaução como balizador da gestão de risco:

> Muitas vezes o risco coloca-se como uma probabilidade, sem que haja, de fato, dados quantitativos, mas sim indícios, baseados na racionalidade e nos conhecimentos científicos disponíveis. Essa concepção, aliada ao contexto de incertezas produzidas pelas rápidas mudanças no sistema produtivo é a base, até mesmo para que a Vigilância Sanitária adote em seu processo de regulação o princípio da precaução. (BRASIL, 2007, p 34).

Deste modo, a partir de um olhar amplo, se pressupõe que para a execução do gerenciamento do risco sanitário no Brasil devem ser criados mecanismos regulamentares, os quais devem abranger os processos de inspeção, de registro e de fiscalização. Entre outras medidas, a orientação e a comunicação são consideradas ferramentas importantes a serem utilizadas pelos órgãos de Vigilância Sanitária, no sentido de informar a população quanto ao amplo leque de riscos ao qual estão sujeitos em relação a produtos, serviços e ambientes.

Segundo Costa (2003) a inspeção sanitária é o principal instrumento utilizado na gestão de risco pela Vigilância Sanitária por consistir na comprovação do cumprimento da legislação e por estar fundamentada na legislação sanitária que constitui instrumento imprescindível para ação da autoridade pública, em razão da sua natureza interventora e necessidade da observância do princípio da legalidade. A legislação sanitária propicia legitimidade às intervenções sanitárias. A autora ressalta que outros instrumentos precisam ser explorados pela Vigilância Sanitária na gestão de risco: o monitoramento da qualidade de produtos e serviços com apoio laboratorial, a interação com as outras Vigilâncias (Ambiental, Epidemiológica e Saúde do trabalhador), educação e informação sanitária, comunicação social, pesquisas entre outros.

Esta autora ressalta a importância do investimento em ferramentas diversas de gestão do risco sanitário, uma vez que o risco sanitário afeta, direta ou indiretamente diversos setores nas dimensões política, econômica e da saúde. Neste âmbito é importante considerar que uma estratégia de prevenção redundará em vantagens para toda a sociedade. A efetividade da operacionalização da gestão do risco requer a revisão e a adaptação para o contexto em que será aplicado, considerando a análise do contexto para garantia do bom êxito do trabalho.

Cabe observar, em um segundo momento, que a sociedade civil participa da mobilização em torno do risco identificado, e que a mídia tem seu papel fundamental na comunicação do risco.

A finalidade da gestão de risco, no âmbito da Vigilância Sanitária, é permitir que a população tenha acesso a serviços e produtos de interesse á saúde com qualidade, proporcionados pela segurança da regulação, por meio da identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos, realizando assim, seu gerenciamento.

3. 2 Comunicação de Risco

As áreas de comunicação e de saúde tratam de fenômenos distintos, mas que se interconectam no fato de que a comunicação, como fenômeno da linguagem, é constituída de toda e experiência humana, entre elas a saúde. Nesta, a complexidade do objeto e das ações da Vigilância Sanitária apontam para a necessidade da formulação de políticas de comunicação que contemplem as especificidades de sua organização e função, orientadas pela prática de planejamento estratégico e situacional. Estratégico, na medida em que pensa a totalidade social e contextual, na medida em que o ponto de partida é o local onde as ações se realizam (RANGEL *et al,* 2007).

A comunicação tem sido chamada a contribuir no trabalho da vigilância sanitária, tanto na interação entre os diversos sujeitos em diferentes espaços internos institucionais, de modo a permitir a integração das ações das três esferas de governo, como na comunicação externa com o publico a que atende (setor regulado, população, profissionais de saúde). Dois problemas têm recebido maior destaque: dar visibilidade às ações da vigilância sanitária e levar o conhecimento de sua função social à população e aos interlocutores das diferentes e inúmeras áreas de sua atuação (RANGEL *et al*, 2007).

A comunicação interna entre os sujeitos da organização e destes com aqueles que constituem os grupos sociais expostos às situações de risco e entre os demais setores da sociedade conformam fluxos de comunicação particulares que requerem estratégias de comunicação específicas (Rangel, idem). Por isso, este projeto passa pela reestruturação e divulgação dos fluxos comunicativos que estão envolvidos nos pontos críticos identificados como relevantes ao mau funcionamento do setor no âmbito interno e externo, como reconhecimento à necessidade desses sujeitos.

A complexidade da comunicação em saúde é grande e não há fórmulas ou prescrições de como fazer e, ainda que a área necessite de estudos empíricos que fundamentem melhor seu potencial na transformação da realidade sanitária, alguns princípios ou diretrizes, conquanto se esboçando, podem contribuir para a construção de ações comunicativas efetivas. As estratégias de comunicação devem contar com a participação da população que apontará suas demandas e necessidades. Essa participação envolve o compartilhamento de saberes técnico-científico e popular sobre os problemas de saúde e seus determinantes, relacionados às condições de vida e de trabalho, modo de viver, consumir e circular nos espaços e territórios; relacionadas às representações de saúde e doença, segurança e insegurança, riscos e controle sanitário. A sociedade deve ser convocada a participar do reconhecimento dos problemas e a refletir sobre a realidade em que vive.

Como a população tem uma noção empírica de risco potencial, desde já, ela pode ser estimulada a denunciar situações em seu cotidiano e colaborar com o DVISA nesse processo de gerenciamento do risco, desde que seja de seu conhecimento quais instrumentos estão disponíveis para realizar a denúncia.

Lefrève (2007) nos coloca que, hoje, o desenvolvimento da comunicação social em saúde, como parte da dimensão subjetiva da saúde, vem sendo persistentemente dificultado pelo não adequado entendimento de uma tensão de natureza estrutural que preside as relações comunicacionais entre as autoridades sanitárias /profissionais de saúde e a população/usuários /clientes/consumidores, que decorre de um conflito entre a “lógica sanitária”, que preside os sentidos dominantes no campo sanitário e a “lógica do senso comum” ou da população, que preside os sentidos dominantes no universo comum.

Diante dessa tensão citada pelo autor, o Disque Denúncia pode ser, ainda, um instrumento aproximador e canalizador da comunicação, desde que haja divulgação do instrumento, dos resultados das ações resultantes das denúncias,

correlacionando ao seu impacto na proteção da saúde da população, para o exercício pleno da cidadania e coadunado com os princípios do SUS.

3.3 Gestão do Trabalho

Um dos eixos estruturantes da nossa proposta de intervenção passa pela área de gestão de trabalho, pois parte do problema detectado ocorre devido a entraves e limitações dos processos gerenciais do setor como: falta de capacitação permanente de pessoal, delimitação das competências, ausência de procedimentos operacionais escritos, de fluxogramas delimitados, de prazos e metas, de indicadores de produtividade, de um sistema informatizado e unificado, de equipamentos e de recursos humanos.

> A gestão do trabalho é, pois, uma questão que tem merecido, na atualidade, a devida atenção por parte de todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. Pensar em gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIAS *et al,* 2006, p.119).

Segundo Marques e De Jesus (2007), as Vigilâncias Sanitárias regionais e municipais têm uma estruturação precária: falta espaço físico, equipamentos e profissionais qualificados, em especial para as novas demandas produzidas pelo mercado; falta padronização de rotinas, procedimentos e informações; e inexiste um sistema de informação em VISA.

É evidente a precariedade dos recursos para a realização do trabalho nos serviços de saúde públicos e por isso, para a melhoria da qualidade de serviço oferecido pelo setor Disque Denúncia a fim de alcançar as metas propostas, são necessários investimentos em recursos humanos e materiais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta para intervenção no objeto problema apoia-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES), um método de planejamento baseado em problemas, idealizado por Matus (1993) e revisado por Artmann *et al (* 1997) para ser utilizado a nível local, capaz de articular sujeitos sociais (atores), com a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.

O planejamento nesse método é entendido como uma ferramenta organizacional, como o momento de desenho – no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação.

A proposta da intervenção ocorre em quatro momentos do PES matusiano para o processamento técnico-político do problema, que implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos. São eles: momento explicativo, momentos normativo, momento estratégico e momento tático-operacional.

No momento explicativo realizou-se a seleção e análise dos problemas considerados relevantes para os especializandos (atores). Identificou-se um problema na área de comunicação em vigilância sanitária utilizando a ferramenta Matriz decisória[1] para seleção de problemas, sendo priorizado pelos critérios de importância/valor, urgência e capacidade de enfrentamento. A explicação situacional (com pesquisa *in loco*) apontou que existem vários problemas com o canal de comunicação da Vigilância Sanitária com a população – o Disque Denúncia, com várias causas que foram selecionadas como nós críticos, sobre as quais, materializadas as propostas de ação, podem trazer resultados favoráveis à população e à gestão.

No momento normativo, realizaram-se as propostas de ação para o plano de intervenção, com resultados definidos. As operações/ações foram desenhadas tomando como referência os nós críticos selecionados.

---

[1] Matriz Decisória para Seleção de Problemas é uma ferramenta didática que permite identificar num um universo de problemas, um com possibilidades de enfrentá-lo com um plano de ação. O recurso constitui-se de dois momentos: primeiramente, os problemas são ponderados considerando o valor e interesse, e num segundo momento, seleciona-os com critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

As ações, os responsáveis pelas ações (atores), os recursos predominantes empregados (políticos, econômicos, cognitivos, materiais, humanos etc.), o tempo de realização estão mais bem detalhados no plano de ação.

No momento estratégico, analisou-se a viabilidade do plano nas suas várias dimensões (política, econômica, social, cultural, etc.), com a construção de ações estratégicas que possam tornar as operações/ações viáveis. Avaliou-se que o interesse que os atores envolvidos têm seja alto e o momento político de estruturação do DVISA-Manaus seja favorável, sendo todos da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). O controle de recursos ou variáveis que cada ator pode mobilizar avaliou-se está no espaço de sua governabilidade, caso não ocorra, a operação pode ocorrer num espaço de negociação cooperativa (segundo Matus,1997).

O momento tático-operacional, que é a gestão do plano, traduz-se no compromisso que tem os especializandos, mormente os fiscais de saúde, em participar ativamente das ações: elaboração do procedimento operacional padronizado para o setor, do instrumento de viabilidade de denúncia e de seleção de prioridades, mapeamento do perfil de competência dos trabalhadores do setor e de proposta de indicadores de monitoramento do desempenho do setor e eficiência do plano.

5 PROPOSTA DE INTERVENCAO

Problema priorizado: Falta de resolutividade e capacidade de resposta às denúncias do setor Disque Denúncia do DVISA Manaus.

Operação	Ações (O que)	Estratégia (como)	Quando	Atores (quem?)		Recursos necessários	Produto esperado
				Responsável	Atores envolvidos		
Estruturação	Diagnóstico situacional sobre o processo de trabalho	Entrevista com colaboradores do setor; Teste de acionamento do canal; Levantamento de dados estatísticos para relatórios	Novembro 2013	Especializandos GAF 3	Responsável pelo setor	Relatórios do setor	Mapeamento dos nós e Pontos críticos
	Pactuação de metas com GVPRO e demais gerências para aumentar a eficácia das fiscalizações provenientes das denúncias: urgentes e rotinas	. Proposição de metas mensais de denúncias e prazos de devolução com a gerência (Anexo 1)	Elaboração da proposta Dezembro /2013 Pactuação – junho/2014	Especializando GAF 3	Responsável pelo setor, gerência GVPRO e outras gerências, diretor.	Escala de fiscais Plantonistas	Aumento da resolutividade das demandas
	Elaboração do POP do Sistema e fluxo de trabalho	Pesquisa em outras ouvidorias e atendimento ao cliente	Abril / 2014	Especializando GAF 3	Gestor do GVPRO, Diretora.	Computador e internet	Sistematização e padronização do processo de trabalho (Como era? Como vai ficar?)
	Pactuação de fluxo de informações (Retroalimentação com as áreas internas do DVISA	Fixação dos prazos de devolução das denúncias atendidas (Fiscais/Gerência)	Pactuação / Junho 2014	Especializando GAF 3.	Fiscais / Gerências	Computador e Planilha EXCEL	Dados estatísticos para a gestão de riscos. Acompanhamento das denúncias pelo denunciante
	Filtragem das demandas por Classificação de Risco	Implantação da Tabela de risco (Anexo 2)	Elaboração Abril/2014 Aprovação Junho/2014 Implantação 2014	Especializandos GAF 3.	Responsável pelo setor Gerente do GVPRO/outras gerências e Diretor DVISA	. Pesquisa Literatura . Computador / internet . Excel	Filtragem sistematizada denúncias (urgentes)
	Capacitação	.Mapeamento do perfil dos colaboradores, competências. . Propor Plano de treinamento interno	2ºSemestre de 2014	Especializandos GAF 3	Responsável pelo setor e Diretor DVISA	. Humanos . Financeiros	Padronização do serviço
	Desmembramento das linhas telefônicas do setor para finalidades específicas	Solicitação ao setor competente para uso da Linha 0800 092 123 exclusivo para recebimento do disque denúncia e a 3216-7756 para acompanhamento das denúncias e demais informações	2ºSemestre de 2014	Diretor DVISA			Organização do Fluxo da Comunicação
Implantação	Divulgação da nova configuração de atendimento telefônico e aplicativo da ouvidoria e Divulgação do Disque denúncia no site da Prefeitura e impressa por meio de adesivo.	Interno: Reunião com os Fiscais. Circular interna na sala dos fiscais. Externo: Fixação do Cartaz e adesivo nos locais fiscalizados .Sugestão de implantação de um link no site Prefeitura/SEMSA (espaço virtual Dvisa): carta de serviços, como realizar denúncia (e-mail, aplicativo, telefone, pessoalmente).	2ºSemestre 2014	GAF 3	Direção DVISA .Assessoria de Comunicação SEMSA. . Fiscais DVISA	Humanos .Material (gráfica) .	Aumento do acesso da população ao Disque denúncia.
Monitoramento	Adoção e/ou criação de indicadores de avaliação e resultados	Proposta de indicadores: % de atendimento denuncia em relação ao total de denúncias (mensal) % da meta atendida (trimestral) % de estabelecimentos em que foi divulgado o Disque denúncia. Obs.: Indicador 2 e 3 estratégia.	Junho 2014	GAF 3	. Diretor DVISA . Gerente DVPRO	. Humano . Material (computador, Excel)	Avaliação da melhoria do desempenho do setor. . Avaliação da efetividade do Projeto

6 REFERÊNCIAS

ARIAS, E. H. L. *et al*. **Gestão do trabalho no SUS**, Brasília, v.3, n.1, p.119-124, mar. 2006, Cadernos RH Saúde

ARTMANN, Elizabeth; AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marlene de Castilho. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, **Cad. Saúde Pública,** vol.13, n.4, out/dez. 1997

BRASIL Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providencias. Publicada no **Diário Oficial da União**; Poder executivo, de 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **I Conferencia Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório final**. Brasília: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 159p. (Conferência realizada em Brasília, de 26 a 30 de novembro de 2001).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 1.052, de 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor da Vigilância Sanitária (retificado no **DOU** n 103, de 30/05/2007 – Seção 1. p.92)

BECK, U. Risk society – toward a new modernity. London: Trousand Oaks. New Delhi: Sage Publication, 1992. 206p. (Theory, Culture and Society Series). In: RANGEL-S, Maria Ligia; MARQUES, Tetê; COSTA, Ediná Costa. Risco, vigilância sanitária e comunicação: subsídios para uma política de proteção e promoção da saúde. In: COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs.). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

COSTA, Ediná Costa. Vigilância Sanitária, proteção e defesa da Saúde In: ROQUAYROL M.Z; ALMEIDA FILHO,N. **Epidemiologia e Saúde**, 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 357-387

COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

CORRÊA, Atila Coelho. **Gestão do Risco Sanitário no Brasil e Responsabilidade da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.** Centro de Desenvolvimento Sustentável/ Universidade de Brasília, 2009. 145p. (Dissertação de Mestrado)

DE SETA, Marismary Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; DELAMARQUE, Elizabete Vianna. **Gestão da vigilância à saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 150p.

FREITAS, Fernanda Pini; SANTOS, Branca Maria Oliveira. Irregularidades sanitárias como marcador de risco á saúde: um desafio para a vigilância sanitária. *Revista VISA em Debate (on line)*, v. 1. n.1, 2013, p.43-51.

GOLDIN, José Roberto. O Princípio da Precaução. Instituto Servier. La prevencion et la protection dans la societe du risque: le príncipe de precaution. Amsterdam: Elservier, 2001, p.15-16, 23-24. Material atualizado em 11/04/2002. (c) Goldin/2002. In: CORRÊA, Atila Coelho. **Gestão do Risco Sanitário no Brasil e Responsabilidade da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.** Centro de Desenvolvimento Sustentável/ Universidade de Brasília, 2009. 145p. (Dissertação de Mestrado)

LEFREVE, Fernando. Comunicação social e mídia: lógica sanitária e lógica popular. In: COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs.). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

MARQUES, Tetê; DEJESUS, Antônia Maria Brito. Práticas de comunicação em vigilância sanitária: experiências e desafios. Em: COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs.). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA, 1993. *In*: ARTMANN, Elizabeth; AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marlene de Castilho. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, **Cad. Saúde Pública,** vol.13, n.4, out/dez. 1997

PAIM, J. S & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

OVERSEAS. **O que é gestão do risco?** Acesso em: http:overseasbr.com.br. Disponível em: 23/05/2014.

RANGEL-S, Maria Ligia; MARQUES, Tetê; COSTA, Ediná Costa. Risco, vigilância sanitária e comunicação: subsídios para uma política de proteção e promoção da saúde. *In*: COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs.). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política.** Salvador: EDUFBA, 2007.

SEBRAE(AM).Censo Empresarial Cidade de Manaus 2010.Manaus:Norma Editora, 2011, 80p.il.

VEYRET, Y. Os riscos**:** o homem como agressor e vítima do meio ambiente (org.); tradutor Dílson Ferreira da Cruz. São Paulo: Contexto, 2007. Em: CORRÊA, Atila Coelho. **Gestão do Risco Sanitário no Brasil e Responsabilidade da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.** Centro de Desenvolvimento Sustentável/ Universidade de Brasília, 2009. 145p. (Dissertação de Mestrado

ANEXOS

ANEXO 1 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO DO DISQUE DENÚNCIA

DVISA MANAUS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – FUNCIONAMENTO DO DISQUE DENÚNCIA		PÁGINA N°	
	EDIÇÃO/ REVISÃO: 1ª./00	DATA DE EMISSÃO: 23/07/2014	IMPLANTADO:	
	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VALIDADO POR:	

1. OBJETIVO:

Estabelecer procedimentos documentados para funcionamento do Disque denúncia DVISA Manaus.

2. DEFINIÇÕES:

Análise de viabilidade de denúncia: É um documento em forma de questionário que deverá ser aplicado as denúncias recebidas, cujas respostas **SIM** em todas as perguntas, caracterizam a denúncia como **apta** para ser encaminhada para próxima etapa.

Classificação de risco: Metodologia de avaliação de risco potencial por sistema de pontos para seleção de denúncias com prioridade de atendimento.

Denúncia: É o ato ou efeito de relatar o descumprimento de normas sanitárias, preceitos legais e situações de risco potencial à saúde individual e/ou coletiva da população.

Disque denúncia: É o canal de comunicação responsável por receber e registrar as demandas de denúncias.

Inspeção sanitária: Atividade desenvolvida por profissionais com capacidade comprovada e credenciamento legal, com objetivo de avaliar os estabelecimentos, serviços de saúde, produtos, condições ambientais e de trabalho, implicando em expressar julgamento de valor sobre a situação observada, se dentro dos padrões técnicos minimamente estabelecidos na Legislação Sanitária, e quando for o caso, a consequente aplicação de medidas de orientação ou punição, previstas na Legislação.

Licença: Ato privativo do órgão de saúde competente dos Estados, do Distrito Federal

e dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvam qualquer das atividades sob regime de vigilância sanitária, instituído pela Lei no 6.360, de 1976.

Prazo para atendimento da denúncia: É o tempo limite a partir da formalização, classificação, análise de viabilidade e deliberação da denúncia para inspeção fiscal e a devolução do relatório da equipe de fiscalização ao setor Disque denúncia com parecer conclusivo procedente ou não procedente a cerca da denúncia.

Responsabilidade técnica: É a atividade que trata do exercício profissional do responsável por um produto, serviço ou empresa de interesse à saúde com vistas a garantir ao consumidor a qualidade de produtos e serviços prestados.

Responsável técnico: É o profissional legalmente habilitado em seu conselho de classe para exercer atividades profissionais que exijam responsabilidade técnica.

Risco iminente: Perigo de acontecer um fato indesejado em curto prazo.

Risco potencial: É a possibilidade de ocorrência de evento que poderá ser danoso para a saúde; ou seja, refere-se à possibilidade de algo – produto, processo, serviço, ambiente – causar direta e indiretamente dano á saúde.

3. PROCEDÊNCIA DAS DENÚNCIAS:

3.1 Iniciativa de qualquer segmento da sociedade, órgão público e privado, pessoa física, pessoa jurídica ou colaborador do DVISA.
3.2 Em caráter anônimo ou identificado, como preferir o demandante.

4. FORMA DE COMUNICAÇÃO:

4.1 Pessoalmente na sede do DVISA, na sala do disque denúncia, de segunda a sexta-feira, no horário das 08 às 17 horas.
4.2 Por meio do telefone 0800 092 0123.
4.3 Pelo e-mail: denuncia.vigilanciasanitaria@pmm.am.gov.br
4.4 Pelo site: semsamanaus.am.gov.br, ícone disque denúncia DVISA, contendo todas as informações para realizar uma denúncia;
4.5 Aplicativos de celular sistema Androide, Ouvidoria Manaus> saúde> reclamação> denúncia> vigilância sanitária.

5. PRAZOS PARA ATENDIMENTO DAS DENÚNCIAS.

5.1 Um dia - para manifestações caracterizadas por repasse de informações a cerca de denúncias identificadas como não sendo de competência do DVISA.
5.2 Cinco dias - para denúncias classificadas como prioridade.

5.3 Trinta dias - para denúncias que necessitem de encaminhamento as gerências ambiental/epidemiológica/saúde do trabalhador e da vigilância sanitária (produtos, serviços e engenharia).

5.4 Quando proveniente de outros órgãos oficiais como, por exemplo, Ministério Público respeitar prazo descrito em documento.

6 PACTUAÇAO DE METAS:

6.1 Trimestralmente o responsável pelo setor Disque Denúncia deverá reunir-se com a direção e as gerências envolvidas para pactuar o percentual mínimo mensal (sugestão inicial 70%) de atendimento as demandas de denúncias encaminhadas aos respectivos setores, que foram consideradas viáveis para inspeção, após avaliação do setor Disque Denúncia;

6.2 Trimestralmente deverá ser emitido um termo escrito de pactuação de metas mensais para o atendimento as denúncias assinado entre os setores envolvidos e a direção DVISA;

6.3 As demandas avaliadas como prioridade e viáveis para inspeção deverão ser atendidas 100% pela equipe plantonista escalada para atendimento ao setor Disque Denúncia.

7 RELATÓRIOS:

Deverá ser elaborado trimestralmente um relatório para análise do Gestor da DVISA Manaus que deverá conter no mínimo:

7.1 Total mensal de demandas de denúncias registradas no setor;

7.2 Quantitativo de denúncias recebidas estratificado por tipo de canal de comunicação acionado;

7.3 Percentual total de demandas de denúncias atendidas (prioridades e distribuídas às gerencias) em relação à meta trimestral pactuada com a direção;

7.4 Percentual mensal de denúncias prioritárias atendidas;

7.5 Percentual mensal de denúncias atendidas por setor em relação ao pactuado com as gerências;

7.6 Pendências mensais acumuladas;

7.7 Operações conjuntas com outros órgãos;

7.8 Percentual mensal de denúncias procedentes;

7.9 Percentual mensal de denúncias improcedentes;

7.10 Percentual de multas aplicadas oriundas das denúncias;

7.11 Percentual de interdições realizadas oriundas das denúncias;

7.12 **Percentual de estabelecimentos em que foi divulgado o material promocional do setor em relação ao programado**;

7.13 Prazo médio de resposta às demandas (prioridade e por setor);

7.14 Percentual médio de atraso no atendimento a denúncias por setor;

7.15 Necessidades do setor.

Obs.: Os indicadores em negrito são os principais para avaliação de desempenho do setor Disque Denúncia em relação ao aumento da

capacidade de atendimento as denúncias como parte da estratégia de gestão risco da DVISA.

8 PERFIL DE COMPETENCIA DOS COLABORADORES DO SETOR DISQUE DENÚNCIA:

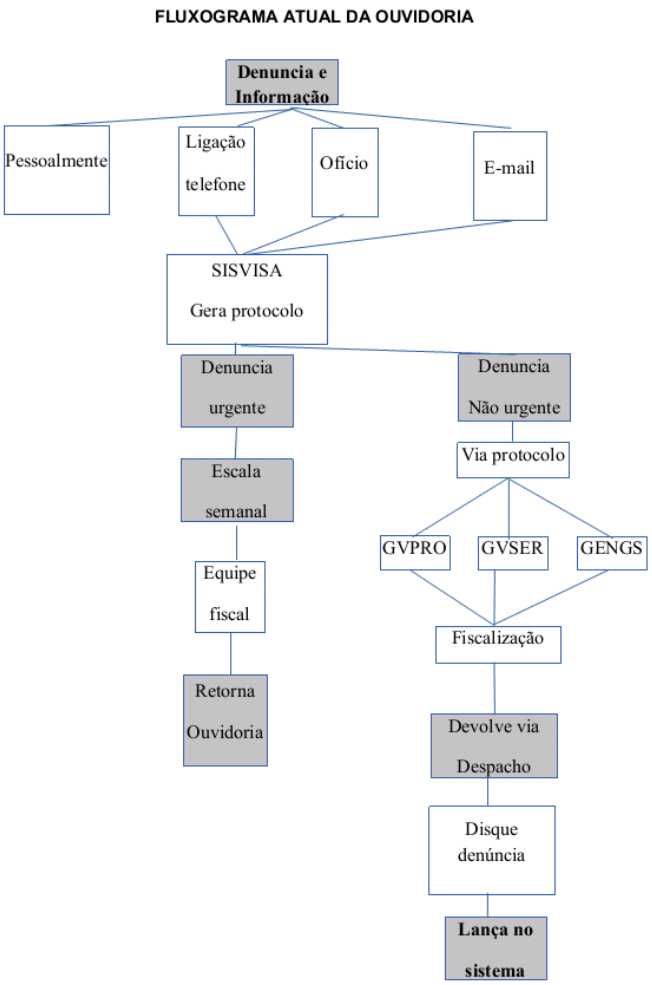
COLABORADOR	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	CAPACITAÇÃO MÍNIMA E HABILIDADE EM:
Responsável pelo setor	- Registro das denúncias; - Classificação de risco para seleção das demandas prioritárias; - Análise de viabilidade de inspeção das denúncias; - Elaboração dos relatórios mensais; - Acompanhamento dos indicadores do setor; - Interação com as Gerências e Direção Dvisa; - Elaboração da escala de fiscais para atendimento das demandas prioritárias; - Acompanhamento dos prazos de devolução das demandas enviadas para fiscalização; - Análise do resultado das inspeções e encaminhamento para providências.	- Noções de risco sanitário e seu gerenciamento; - Operação do sistema informatizado para registro, protocolo, gerenciamento das denúncias e geração de relatórios de monitoramento; - Atendimento ao público; - Noções de comunicação de risco e educação em saúde; - Direito sanitário; - Áreas de competência da Vigilância Sanitária; - Rotinas de inspeção sanitária; - Troca de experiências com ouvidorias sanitárias em outras regiões do país; - Interpretação e análise de indicadores de desempenho; - Escopo de estabelecimentos que necessitam de responsável técnico; -Capacidade de persuasão, escuta análise crítica, adaptação e flexibilidade; e paciência, credibilidade e sensibilidade, além de ser probo e proativo. - Articulação, interlocução e maturidade na resolução de conflitos; - Conhecimento do procedimento operacional padrão do setor.
Colaborador que registra as denúncias	-Registro das denúncias; - Direcionamento e orientação do demandante em prestar as informações necessárias para viabilização da averiguação da denúncia.	- A equipe da ouvidoria deve possuir características como cordialidade, paciência, conhecimento, boa redação, capacidade de síntese, comunicação, afinidade com o atendimento ao público, habilidade, sensibilidade e proatividade. - Domínio do manuseio do sistema

		informatizado; - Conhecimento do procedimento operacional padrão do setor

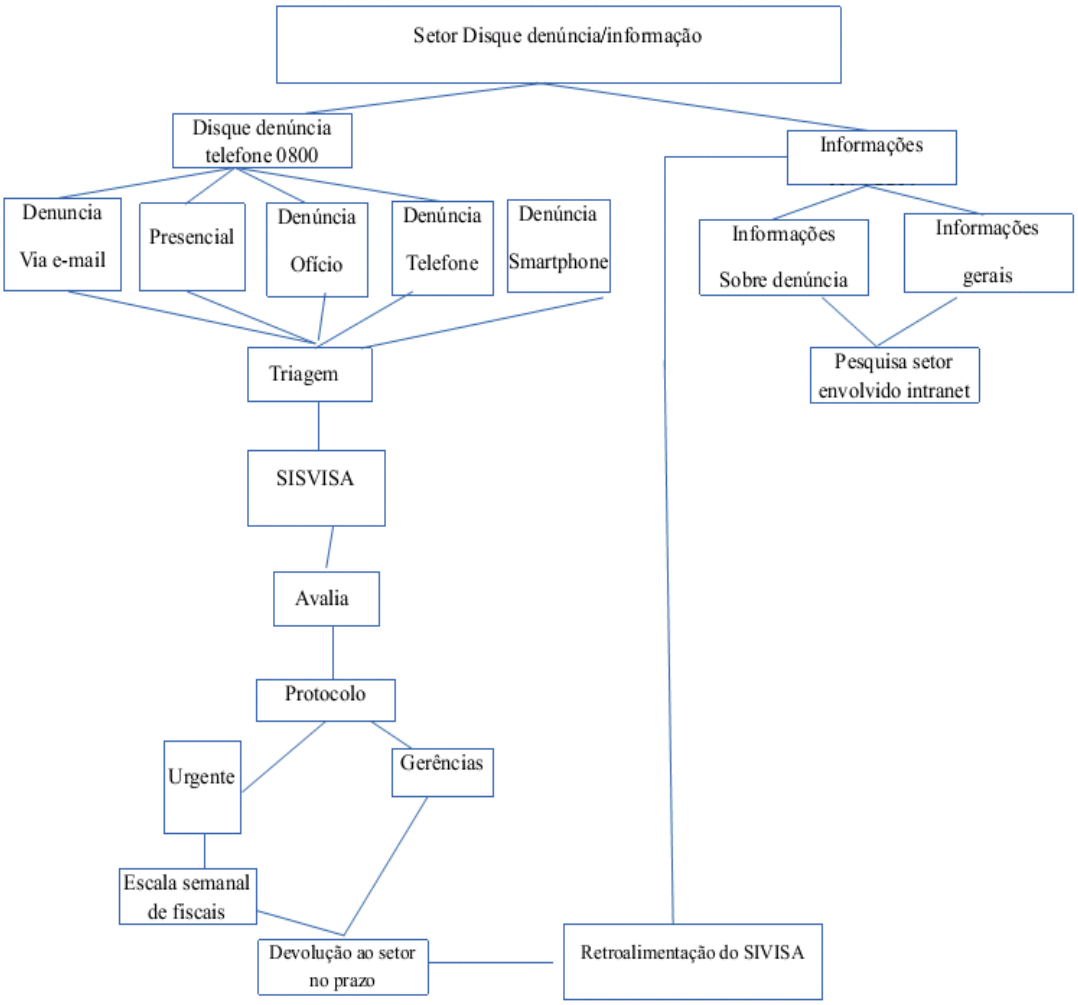
8 ROTINA OPERACIONAL DO SETOR:

8.1 Receber atentamente a denúncia;
8.2 Caso a denúncia não pertença à área de atuação da Vigilância Sanitária fornecer o contato do órgão responsável;
8.3 Caso a denúncia pertença à área de atuação da Vigilância Sanitária fornecer o número de protocolo;
8.4 Registrar de forma clara, objetiva e com o maior quantitativo de detalhes a denúncia no sistema informatizado e dispensando atenção especial ao endereço com ponto de referência;
8.5 Orientar quanto ao anonimato a critério do denunciante;
8.6 Fornecer o número de protocolo para acompanhamento;
8.7 Aplicar a análise de viabilidade de inspeção sanitária;
8.8 Caso seja aprovada a denúncia segue para análise de classificação de risco para seleção de prioridades;
8.9 Em caso de prioridade identificar com carimbo vermelho e apensar despacho para inspeção imediata;
8.10 Em caso de denúncias mais complexas e que ofereçam riscos a integridade dos fiscais encaminhar solicitação a direção para convocar apoio da DECON para atuação conjunta e se necessário convocar outros órgãos.
8.11 Em caso de denúncias classificadas como baixo risco ou médio risco protocolar para encaminhamento as respectivas gerências;
8.12 Monitorar prazos para devolução dos relatórios;
8.13 Registrar resultados das inspeções sanitárias no sistema informatizado;
8.14 No início de cada mês elaborar os relatórios de análise de desempenho do setor;
8.15 Trimestralmente realizar avaliação conjunta com a direção e gerências das metas pactuadas e elaborar se necessário novo termo de pactuação.
8.16 Distribuir para as equipes que estão escaladas em blitz e colocar nas pastas de rotinas fiscais o material de divulgação do disque denúncia para ser entregue/afixado nos estabelecimentos.

9 ROTINA OPERACIONAL DO SETOR/FLUXOGRAMA:



FLUXOGRAMA PROPOSTO



10 REFERÊNCIAS

Anvisa. Guia de orientações básicas: Para ouvir a Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: <http://www.anVisa.gov.br/ouvidoria/novidades/cartilha_ouvidoria.pdf>. Acesso em: 27 de dezembro de 2011.Guia de Ouvidorias. Disponível em: <http://www.guiadeouvidorias.com.
br> Acesso em: 02 de outubro de 2012.

Ministério da Saúde. Guia de Orientações Básicas para implantação de Ouvidorias do SUS, 2010. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_ouvidoriasdosus.pdf.> Acesso em: 24 de julho de 2014

Ouvidoria-Geral da União. Orientações para implantação de unidade de ouvidoria. Brasília: 2003. Disponível em: < http://www.cgu.gov.br/publicacoes/OuvidoriaOrientacaoImplantacao/Arquivos/CartilhaOuvidoriaImplantacao.pdf> Acesso em 24 de julho de 2014.

ARIAS, E. H. L. et all. **Gestão do trabalho no SUS**, Brasília, v.3, n.1, p.119-124, mar. 2006, Cadernos RH Saúde

BECK, U. Risk society – toward a new modernity. London: Trousand Oaks. New Delhi: Sage Publication, 1992. 206p. (Theory, Culture and Society Series). In: RANGEL-S, Maria Ligia; MARQUES, Tetê; COSTA, Ediná Costa. Risco, vigilância sanitária e comunicação: subsídios para uma política de proteção e promoção da saúde. In: COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs.). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

COSTA, Ediná Costa; RANGEL-S, Maria Ligia (Orgs). **Comunicação em Vigilância Sanitária: Princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

CORRÊA, Atila Coelho. **Gestão do Risco Sanitário no Brasil e Responsabilidade da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.** Centro de Desenvolvimento Sustentável/ Universidade de Brasília, 2009. 145p. (Dissertação de Mestrado)

GOLDIN, José Roberto. O Princípio da Precaução. Instituto Servier. La prevencion et la protection dans la societe du risque: le príncipe de precaution. Amsterdam: Elservier, 2001, p.15-16, 23-24. Material atualizado em 11/04/2002. (c) Goldin/2002. In: CORRÊA, Atila Coelho. **Gestão do Risco Sanitário no Brasil e Responsabilidade da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.** Centro de Desenvolvimento Sustentável/ Universidade de Brasília, 2009. 145p. (Dissertação de Mestrado)

FREITAS Fernanda Pini; SANTOS, Branca Maria Oliveira. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária**. Vigilância sanitária em Debate** *(on line), v.1, n,.1, p43-51, 2013.* Em: http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/

OVERSEAS. **O que é gestão do risco?** Acesso em: http:overseasbr.com.br. Disponível em: 23/05/2014.

VEYRET, Y. Os riscos**:** o homem como agressor e vítima do meio ambiente (org.); tradutor Dílson Ferreira da Cruz. São Paulo: Contexto, 2007. Em: CORRÊA, Atila Coelho. **Gestão do Risco Sanitário no Brasil e Responsabilidade da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.** Centro de Desenvolvimento Sustentável/ Universidade de Brasília, 2009. 145p. (Dissertação de Mestrado.

ANEXO

ANEXO A- ESTRUTURA DA FICHA DE DENÚNCIA/AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE E SELEÇÃO DE PRIORIDADE

Dados da Denúncia		Nº Protocolo:
Denunciante (*) caso não seja anônimo	Nome:	Contato:
Dados do reclamado/denunciado:		
Nome (pessoa Física ou jurídica):		
Endereço: Rua ou Av.		Número:
Complemento:		Bairro:
Ponto de referência:		
Relato da denúncia		
Avaliação da viabilidade da denúncia		
Endereço está completo e com ponto de referencia?	☐ Sim ☐ Não	
Está claro no relato da denúncia o ponto focal a ser avaliado pela equipe fiscal?	☐ Sim ☐ Não	
O assunto da denúncia é de competência da VISA?	☐ Sim ☐ Não	
Casa a verificação da denúncia exponha a equipe fiscal a algum tipo de risco ou requeira auxílio de outro órgão, o apoio já foi solicitado?	☐ Sim ☐ Não	
Para ser considerada viável é necessário que todas as respostas sejam sim.		
Resultado da avaliação de viabilidade: ☐ Viável ☐ Não Viável.		
Avaliação do risco potencial para seleção de prioridades		
Classificação do risco	Pontos	Perguntas Norteadoras
Baixo Risco	0	Atividade exercida sem licença sanitária = 1 ponto.
Médio Risco	1- 4	Atividade exercida sem Responsável Técnico = 1 ponto.
Alto Risco = Prioridade	≥ 5	Situação que expõe a risco iminente = 5 pontos.
Valor resultante da soma de pontos das respostas das perguntas norteado ☐		Se não investigado em até três dias há perda de evidências = 5 pontos.
Resultado da Classificação de risco:		Risco de surto = 5 pontos.
☐ Prioridade ☐ Encaminhar para gerências		OBS:
☐ GVPRO ☐ GVESE ☐ GENC ☐ AMBIENTAL ☐ EPIDEMIOLOGIA ☐ CEREST		

ANEXO B- PLANO DE TREINAMENTO INICIAL PARA IMPLANTAÇÃO DO POP PARA O SETOR DISQUE DENÚNCIA VISA MANAUS

TREINAMENTO:

- Atendimento ao público;
- Noções de risco sanitário e risco iminente;
- Noções de surtos. Doenças transmissíveis por alimentos e água e doenças diarreicas;
- Escopo das atividades regulamentadas pela Lei 5991/73 e 6360/76- Estabelecimentos que necessitam de licença sanitária e responsável técnico;
- Noções práticas de vigilância sanitária: etapas da fiscalização sanitária, noções de ato administrativo e trâmite processual, escopo de trabalho de todas as gerências/setores de vigilância em saúde;
- Conhecimento dos órgãos com atividades afins com a VISA Manaus e lista atualizada de contatos;
- Treinamento na operação do sistema informatizado de denúncias e elaboração dos relatórios do setor;
- Noções de comunicação de risco e educação em saúde;
- Treinamento do POP do setor;

ANEXO 2- FICHA DE DENÚNCIA COM AVALIAÇÃO DE VIABILIDADE E RISCO POTENCIAL PARA SELEÇÃO DE PRIORIDADES.

Dados da Denúncia	Nº Protocolo:
Denunciante (*) caso não seja anônimo	Nome: Contato:
Dados do reclamado/denunciado:	
Nome (pessoa Física ou jurídica):	
Endereço: Rua ou Av.	Número:
Complemento:	Bairro:
Ponto de referência:	
Relato da denúncia	
Avaliação da viabilidade da denúncia	
Endereço está completo e com ponto de referencia?	☐ Sim ☐ Não
Está claro no relato da denúncia o ponto focal a ser avaliado pela equipe fiscal?	☐ Sim ☐ Não
O assunto da denúncia é de competência da VISA?	☐ Sim ☐ Não
Casa a verificação da denúncia exponha a equipe fiscal a algum tipo de risco ou requeira auxílio de outro órgão, o apoio já foi solicitado?	☐ Sim ☐ Não
Para ser considerada viável é necessário que todas as respostas sejam sim.	
Resultado da avaliação de viabilidade: ☐ Viável ☐ Não Viável.	
Avaliação do risco potencial para seleção de prioridades	
Classificação do risco Pontos	Perguntas Norteadoras
Baixo Risco 0	Atividade exercida sem licença sanitária = 1 ponto.
Médio Risco 1- 4	Atividade exercida sem Responsável Técnico = 1 ponto.
Alto Risco = Prioridade ≥ 5	Situação que expõe a risco iminente = 5 pontos.
Valor resultante da soma de pontos das respostas das perguntas norteado ☐	Se não investigado em até três dias há perda de evidências = 5 pontos.
Resultado da Classificação de risco:	Risco de surto = 5 pontos.
☐ Prioridade ☐ Encaminhar para gerências	OBS:
☐ GVPRO ☐ GVESE ☐ GENC ☐ AMBIENTAL ☐ EPIDEMIOLOGIA ☐ CEREST	

HELLEN EMILIA MENEZES DE SOUZA
HELSON DA COSTA PALHETA
IVANA CRISTINA LOPES DA CUNHA
JAIME JOSÉ GOMES SANTIAGO
LILIAN BARBOSA DE ALMEIDA LITAIFF
LUCIENA BRAGA DA COSTA

EDUCAÇÃO PERMANENTE DO FISCAL DE SAÚDE: FUNDAMENTOS JURÍDICOS E ADMINISTRATIVOS PARA ATUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

São Paulo
2014

HELLEN EMILIA MENEZES DE SOUZA
HELSON DA COSTA PALHETA
IVANA CRISTINA LOPES DA CUNHA
JAIME JOSÉ GOMES SANTIAGO
LILIAN BARBOSA DE ALMEIDA LITAIFF
LUCIENA BRAGA DA COSTA

EDUCAÇÃO PERMANENTE DO FISCAL DE SAÚDE: FUNDAMENTOS JURÍDICOS E ADMINISTRATIVOS PARA ATUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

Orientador: Raimundo Sidnei dos Santos Campos

São Paulo
2014

RESUMO

Este projeto tem como tema o Ensino Permanente do Fiscal: fundamentos jurídicos e administrativos para atuação em vigilância sanitária. O objetivo é capacitar fiscais de saúde nos fundamentos do Direito Sanitário, Teoria do Processo Administrativo e Redação Jurídica para análise de problemas e tomadas de decisão**,** dentro da prática diária, analisando os conflitos de competência técnica na fiscalização de produtos e serviços e as implicações administrativas e jurídicas nas fragilidades documentais. Pretende-se realizar a capacitação dos 96 fiscais de saúde do Departamento de Vigilância Sanitária – DVISA da SEMSA Manaus. A proposta se fundamenta na política de educação permanente em saúde e será desenvolvida com base na metodologia ativa e na análise de situações problemas. Será criada uma Comissão Permanente de Educação (CPE), cujos membros serão nomeados através de portaria, e que contará com o apoio da Gerência de Educação em Saúde – GESAU/SEMSA. A CPE será formada pelo corpo técnico do próprio departamento, cujos membros participantes serão representantes das Gerências do DVISA, fiscais de saúde e técnicos administrativos. Cabe a esta comissão a responsabilidade de planejar e organizar os eventos relacionados à capacitação: aulas, oficinas, levantamento de especialistas das áreas temáticas além do estabelecimento de parcerias com instituições de ensino. A primeira etapa da capacitação será executada por especialistas da área jurídico-sanitária e deverá contar com carga horária de 12 horas semanais. Para não haver prejuízo nas atividades de rotina das gerências, os participantes serão divididos em 04 grupos de trabalho. Na etapa seguinte serão organizadas oficinas de trabalho, com carga horária de 08 horas semanais, para a construção da redação jurídica de documentos fiscais já lavrados e nos quais se identificaram falhas na redação jurídica. Em seguida, serão organizadas rodas de conversas e círculos de debates para o estudo de caso com relatos de experiências. Esta etapa, intitulada como ‘Café com Debate’, representa um espaço de diálogo entre os fiscais de saúde onde serão compartilhadas experiências entre o conteúdo visto nas aulas e oficinas e o seu aproveitamento para melhoria da rotina de trabalho, este encontro deverá contar com 04 horas semanais, perfazendo, portanto, uma carga horária total de 24 horas semanais. A falta de capacitação representou uma facilidade para a construção desse PA já que, permite um delineamento pioneiro cuja proposta parte do próprio corpo técnico, cientes da real necessidade de formação.

Palavras Chaves: Vigilância Sanitária. Educação Permanente. Capacitação. Direito Sanitário. Processo Administrativo. Conflitos de competência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 4

2 OBJETO E OBJETIVOS 6

Objetivo Geral 6

Objetivos Específicos 6

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 7

4 PERCURSO METODOLÓGICO 10

4.1 Comissão de Execução e Facilitadores 10

4.2 Estratégia Metodológica 10

4.3 Conteúdo Programático, Carga Horária e Programação 11

4.4 Público Alvo 14

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 15

6 GESTÃO DO PLANO 17

6.1 Previsão de Equipe 17

6.2 Indicadores de Avaliação 17

6.3 Orçamento 18

7 REFERÊNCIAS 19

8 ANEXOS

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A necessidade de aperfeiçoamento e organização dos serviços da Vigilância Sanitária requer um modelo de gestão que favoreça a reorganização das práticas de saúde e uma política de recursos humanos que vá ao encontro das especificidades do campo. Sendo assim, a Educação em Vigilância Sanitária representa umas das competências atribuídas ao gestor da VISA, e é de extrema relevância que este seja capaz de identificar as necessidades de treinamento/capacitação dos fiscais de saúde a fim de que haja melhoria nos processos de trabalho (LEAL;TEIXEIRA, 2009).

Em virtude da complexidade da atuação fiscal – que envolve tanto o controle de produtos quanto o de prestação de serviços - o exercício profissional do fiscal de saúde implica em demanda crescente por informação e conhecimento científico atualizado; requer, ainda, saberes oriundos de vários ramos do conhecimento humano e saberes específicos não incluídos nos cursos de formação profissional em saúde e de outras profissões que também atuam na vigilância sanitária (COSTA, 2001).

Uma vez que a ação fiscal está plenamente embasada nos princípios constitucionais, administrativos e nas regras jurídico-sanitárias vigentes, é de suma importância que o fiscal de saúde domine os conhecimentos relativos às noções de Direito Sanitário assim como Processo Administrativo Sanitário a fim de salvaguardar tanto os direitos do administrado fiscalizado como também para atingir a finalidade básica de proteção do interesse coletivo da saúde.

Contudo, para que este objetivo seja alcançado, o ensino da matéria do direito sanitário não poderá restringir-se tão somente ao jurídico, uma vez que a regra de direito deriva da realidade social e nela encontra as condições de eficácia. Embora as normas jurídicas e técnicas sejam fundamentais, não são suficientes, pois, deverão ser também consideradas as construções sociais (COSTA, 2004).

No Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (DVISA/SENSA), não existe uma estratégia de educação permanente do fiscal de saúde até a presente data. Ao identificar esta limitação importante para administração pública, que tem efeitos diretos sobre os usuários de todos os tipos de serviços públicos, há necessidade da criação de uma estratégia permanente de capacitação do fiscal de saúde, com cursos e oficinas de curta duração sobre diversos temas de interesse da Vigilância Sanitária Municipal no âmbito das gerência de Produtos, Serviços, Engenharia e Ambiental.

Os fiscais de saúde, que atuam na Vigilância Sanitária do Município de Manaus, formados em diferentes áreas do saber, ao ingressarem na atividade fiscalizatória do município, na maioria das vezes, não tem competências e habilidades, na redação jurídica dos documentos de fiscalização (Auto de Infração (AI), Termo de Interdição (TI), Auto de apreensão e deposito (AAD), Auto de apreensão e inutilização (AAI)) e não foram treinados para interpretação das Leis e Decretos que regulamentam sua ação fiscalizadora, atos esses necessário para aplicação da penalidades previstas na legislação no âmbito de suas atribuições. Da mesma forma, desconhecem o trâmite básico, teórico e prático, do processo administrativo.

Tal realidade nos faz levantar os seguintes questionamentos norteadores:

- O fiscal de saúde capacitado nos fundamentos jurídicos e na teoria/prática do processo administrativos desempenhariam de forma mais eficiente/eficaz e com menos “fragilidades” documentais nas inspeções sanitárias?
- A educação permanente do fiscal de saúde promoveria maior motivação para cumprimento das metas do setor e aumento da produtividade institucional?

Além do conhecimento nos fundamentos jurídicos e do processo administrativo, o treinamento dos fiscais em recursos tecnológicos que facilitem a ação fiscal, desde o seu planejamento (Inspeção) até emissão do parecer final (relatório), possibilitará qualidade técnica na execução de suas atividades, potencializando o desempenho individual e coletivo para o desenvolvimento humano, profissional e institucional. Além das repercussões positivas no cumprimento de metas e resultados, o crescimento individual dos servidores, representará fatores motivacionais para condução da prestação do serviço de melhor qualidade para a população.

Acredita-se que a educação permanente dos fiscais possibilitará o desenvolvimento de competências, que mudarão a visão setorial para uma visão mais sistêmica do papel do Fiscal de Saúde no contexto da Vigilância Sanitária no Município, pemitindo assim a padronização dos processos de inspeção sanitária. Possibilitará também a formação crítica, reflexiva e criativa na elaboração de documentos como roteiros, manuais, panfletos, relatórios, projetos, planos de trabalho e de gestão, destacando as competências profissionais individuais e coletivas.

2 OBJETO E OBJETIVOS:

A necessidade de capacitação dos profissionais existentes no quadro de servidores da Vigilância Sanitária, para que tenham a mesma abordagem técnica e administrativa, nos motivou o interesse por estabelecer como objeto do projeto aplicativo a capacitação em serviço, em especial, os relacionados a fiscalização em vigilância sanitária no âmbito da fundamentação jurídica e teórica/prática do processo administrativo.

2.1 Objetivo Geral:

- Propor um plano de intervenção para educar permanentemente os fiscais de saúde nos processos jurídicos e administrativos que norteiam a atividade profissional no âmbito da vigilância sanitária.

2.2 Objetivos Específicos:

- Criar uma Comissão Permamente de Ensino (CPE).
- Sensibilizar os fiscais de saúde à educação permanente.
- Implementar o plano de intervenção.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Zarifian (2001) Competência é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiência e comportamentos que se exerce em um contexto preciso, e pode ser constatada quando em situação profissional é passivel de validação, e assim, compete à organização identificá-la, avaliá-la, validá-la e fazê-la evoluir.

Em 2006, através do Decreto n 5.707 (regulamentado pela Portaria n° 208/06) o governo federal adotou uma Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal, que tem por objetivo o desenvolvimento permanente do servidor público. Para tal, valorizando as diversas formas de aprendizagem (presencial, a distância, visitas técnicas...). Visa melhoria da eficiência e da eficácia do serviço público. Considera fundamental a adequação das competências requeridas aos objetivos das instituições. Suas estratégias de implementação são: gestão por competência como referência da política; a priorização de capacitação das áreas de RH e dos ocupantes de cargos de direção e assessoramento superiores; o reconhecimento do papel das escolas de governo; a criação de Comitê Gestor da Política que acompanha e orienta as ações de capacitação; o incentivo às iniciativas de capacitação promovidas pelas próprias instituições e a ampla divulgação das oportunidades (AMARAL, 2008).

Amaral (2008) destaca como resultados esperados da política inovadora de gestão de pessoas: (a) profissionais mais bem preparados e motivados, atentos à dinâmica da cidade e de seus conflitos; (b) decisões ancoradas em informações (análise quantitativa e qualitativa); (c) melhor dimensionamento de necessidades; desconcentração da operação e liberação de quadros da administração para outras atividades menos repetitivas; (d) direitos de servidores assegurados; (e) e incentivo à participação social para melhorar as decisões, com foco na inclusão.

A capacitação é importante para desenvolver as pessoas, melhorar o desempenho dos funcionários e, ao mesmo tempo, contribuir para o fortalecimento dos resultados esperados e na qualidade dos serviços prestados (ARAÚJO; GARCIA, 2009; BOOG, 2002; CARVALHO; NASCIMENTO, 1999). Todavia, ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva (BRASIL,2009)

Para Farah (2003) a questão da educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e sendo acrescida de informações de acordo com o momento sócio-econômico-político vivenciado no país. A autora relata que que essa evolução resultou em conceitos diversos, que são utilizados, em determinados momentos, como

sinônimos e, em outros, como concepções diferentes: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009)

Existem várias abordagens sobre educação permanente em saúde na literatura, para Ceccim (2005) o que deve ser realmente central a este tema é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

Farah enfatiza que a educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. Desta forma, deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde.

Segundo Davini (2009) os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando os aportes da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho. Uma corrente de pensamento tem origem nas concepções de Edu-cação Permanente - desenvolvidas tanto em experiências concretas como em formulações teóricas desde o começo da década de 70,

particularmente difun- didas pela Unesco. Elas facilitaram o reconhecimento do adulto como sujeito de educação (tradicionalmente centrada na criança) e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além do ambiente escolar, ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais. A partir de então, outras vertentes de origens diversas, geraram novos desenvolvimentos no campo da capacitação laboral, tais como o Desenvolvi- mento Organizacional, os Círculos de Qualidade, a Qualidade Total ou a Reen- genharia Organizativa, particularmente difundida no âmbito das empresas. No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”

4 PERCURSO METODOLÓGICO:

4.1 Comissão de Execução

Uma Comissão Permanente de Ensino (CPE) será nomeada através de portaria pela DVISA, que com apoio da GESAU/SEMSA, implementará a estratégia de capacitação em serviço, através do planejamento das aulas, oficinas, estudo de caso com relato de experiência, estabelecimento das parcerias, levantamento dos especialistas e sensibilização dos fiscais sanitários.

Para viabilização da proposta será necessário estabelecer contatos e parcerias com instituição de ensino superior (UEA, FESPM ENAP...), Procuradoria Geral do Município, Ordem dos Advogados ou Escola técnicas do SUS, FVS, ANVISA, MAPA, SEPROR, Conselhos de Classe dentre outros para execução das ações formativas dos fiscais.

Os especialistas serão profissionais com experiência profissional em fundamentos jurídicos e/ou administrativos, oriundos de parcerias ou de contratos de prestação de serviço, selecionados pela CPE, com experiência em metodologias participativas e visão crítica na área de Vigilância Sanitária

4.2 Estratégia Metodológica

Será utilizado a metodologia baseada em problematização, metodologias ativas de ensino e aprendizagem em educação em saúde, considerando-se as diferentes particularidades das situações problemas vivenciadas na rotina fiscal da vigilância sanitária. O ponto principal da proposta é levantar as fragilidades na elaboração documental dentro da competência fiscal e partir da necessidade real propor a intervenção, orientando e capacitando para resolução do problema.

Para capacitação será utilizada aulas dialogadas, estudo de caso com relato de experiência e oficina de trabalho, sendo organizado da seguinte forma:

A- Aulas Expositivas Dialogadas e Oficina de Trabalho

O primeiro momento se dará pelas aulas expositivas dialogadas, estratégia que se caracteriza-se pela exposição de conteúdos com a participação ativa dos fiscais, considerando o conhecimento prévio dos mesmos, sendo o especialista o mediador para que os fiscais questionem, interpretem e discutam o objeto de estudo. O conteúdo programático será contextualizado de modo que mobilize as estruturas mentais dos fiscais para que este articule informações que já traz consigo com as que serão apresentadas.

O ponto forte desta estratégia é o diálogo entre fiscais e especialista, onde haverá espaço para questionamentos, críticas, discussões e reflexões, onde o conhecimento possa ser sintetizado por todos.

Nessa estratégia, a avaliação pode ser realizada pela participação dos estudantes contribuindo na exposição, questionando, respondendo, enfim, no diálogo da aula e/ou por atividades complementares tais como sínteses escritas, produção de mapas conceituais, esquemas, e resoluções de situações problema.

B- Oficinas de Trabalho

No segundo momento ocorrerá a oficina de trabalho para a construção da redação jurídica de documentos fiscais. Será utilizado como base para a redação documentos já lavrados pela vigilância, nos quais foi identificado fragilidades na redação. Tais documentos serão selecionados pela CPE.

A oficina de trabalho caracteriza-se pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências, em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, mas também no processo de construção do conhecimento.

C- Estudo de Caso com Relato de Experiência (Café com Debate)

No terceiro momento haverá uma reunião geral de todos os fiscais que receberam capacitação, onde ocorrerá um estudo de caso com relato de experiência e confraternização dos fiscais.

Trata-se de um momento de compartilhamento de experiência entre o conteúdo visto na oficina e a prática da rotina fiscal. Neste momento será feita uma avaliação da aplicabilidade entre o conteúdo ministrado na oficina e a pratica fiscal, assim como, será diagnosticado novas demandas de capacitação em serviço. Esta reunião contempla um momento de confraternização entre a equipe onde será servido um café com delicias regionais.

4.3 Conteúdo Programático, Carga Horária e Programação

Na semana de capacitação a carga horária para aulas expositiva dialogadas e oficinas são e 20 horas. No estudo de caso de caso com relato de experiência será necessário mais 4 horas, totalizando 24 horas de capacitação.

Segue abaixo os temas gerais que deverão ser detalhados com os facilitadores:

- Fundamentos Jurídicos aplicados em Vigilância Sanitária;
- Processo Administrativo da teoria à prática para Vigilância Sanitária;
- Redação técnica e jurídica na prática da Vigilância Sanitária;
- Conflitos de Competência Técnica na Fiscalização de Produtos e Serviços.

Sugere-se como ementa: Vigilância sanitária e a aplicação das normas jurídicas: definições e hierarquia. Princípios que norteiam a administração pública; Princípios que norteiam a administração pública; Conceitos jurídicos necessários à compreensão e à análise das competências; Competências legislativas privativas. Conflitos de competência; Processo administrativo sanitário da teoria a prática (conceitos, processos, procedimentos; atos administrativos: rito sumaríssimo; Rito da análise fiscal) Fundamentos na apresentação de defesa em processo administrativo na prática fiscal.

Programação das Atividades

Aulas expositivas dialogadas			
1º dia			
Hora	**Ação**	**Responsável**	**Tempo**
08:00 às 09:00	Acolhimento da turma: dinâmica de apresentação	Especialista	1h
09:00 às 10:30	Diagnóstico situacional sobre a prática fiscal redação jurídica de documentos fiscais	Especialista	1h30min
10:30 às 12:00	**intervalo**		
10:40 às 12:00	Vigilância sanitária e a aplicação das normas jurídicas: definições e hierarquia. Princípios que norteiam a administração pública;	Especialista	1h20min
2º dia			
08:00 às 9:50	Poder de polícia: conceito, polícia judiciária e polícia administrativa, as liberdades públicas e o poder de polícia.	Especialista	1h50min
9:50 às 10:00	**Intervalo**		
10:00 às 12:00	Conceitos jurídicos necessários à Compreensão e à Análise das Competências. Competências legislativas privativas e concorrentes. Conflitos de competência	Especialista	2h
3º dia			
08:00 às 9:50	Processo administrativo sanitário da teoria a prática (conceitos, processos, procedimentos; atos administrativos: rito sumaríssimo; Rito da análise fiscal)	Especialista	1h50min
9:50 às 10:00	**Intervalo**		
10:00 às 12:00	Fundamentos na apresentação de defesa em processo administrativo na prática fiscal.	Especialista	2h
OFICINAS DE TRABALHO			
4º dia			
08:00 às 9:50	Fragilidades na redação documental análise da redação	Especialista Auxiliares	1h50min
9:50 às 10:00	**Intervalo**		
10:00 às 12:00	Reelaboração de redação	Especialista Auxiliares	2h
5º dia			
08:00 às 9:50	Fragilidades na redação documental – análise da redação	Especialista Auxiliares	2h
9:50 às 10:00	**Intervalo**		
10:00 às 12:00	Reelaboração de redação	Especialista Auxiliares	2h

Estudo de caso com relato de experiência			
Café com debate			
Hora	**Ação**	**Responsável**	**Tempo**
08:00 às 09:00	Apresentação de 1 casos: Conflitos de Competência na fiscalização	Auxiliares	1h
09:30 às 10:00	**Intervalo - CAFÉ**		
10:00 às 12:00	Apresentação de 2 casos: Conflitos de Competência na fiscalização	Auxiliares	2h

4.4 Público Alvo

O público alvo para capacitação serão os 96 fiscais do Departamento de Vigilância Sanitária do Município de Manaus. Para um melhor aproveitamento pedagógico as aulas dialogadas serão em conjunto mas para as oficinas, os fiscais serão divididos em 4 grupos de trabalhos.

A capacitação deverá ser incorporada na avaliação do desempenho do funcionário público, para que seja atingido o fim que se propõe.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A construção e a articulação das ações de intervenção para alcançar as metas encontram-se na planilha de Grove em anexo, com base nos itens a seguir:

Problema priorizado: Os fiscais de vigilância sanitária, não possuem competência e habilidades, na redação jurídica de documentos, bem como desconhecem os trâmites básicos (teóricos e práticos) do processo administrativo.

Objetivo geral: Capacitar os fiscais de saúde nos fundamentos jurídicos e administrativos para interpretação, aplicação e redação de documentos em vigilância sanitária, dentro da sua pratica diária.

Objetivo específico:

- Capacitar nos Fundamentos do Direito sanitário, Processo Administrativo e Redação jurídica, para interpretar, aplicar e redigir documentos em vigilância sanitária;
- Analisar os conflitos de competência técnica na fiscalização de produtos e serviços;
- Avaliar as implicações administrativas e jurídicas nas fragilidades documentais

Equipe/Recursos

Equipe: Hellen Souza, Luciena Braga, Ivana Cunha, Hélcio Palheta, Jaime Santiago, Lilian Almeida, Gestores do Departamento de Vigilância Sanitária (Diretor e Gerentes), Chefe do Setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SEMSA e o facilitador.

Recursos Materiais: canetas, pastas com elástico, blocos, material didático, data show, apostilas, material eletrônico, mídia eletrônica, certificados, sala de aula, coofee break.

Recursos Humanos: contratação de especialistas.

Objetivo Específico 1: Capacitar os fiscais para interpretação, aplicação e redação de documentos nos fundamentos jurídicos e trâmite do processo administrativo, para redação de auto de infração, termo de intimação, Auto de apreensão e depósito, auto de apreensão e inutilização e relatório técnico de inspeção.

Estratégias e Ações

1. Parceria entre DVISA e GSAU/SEMSA.

2. Realizações de oficinas baseadas em aprendizagem em equipe com processamento de situações problemas e de narrativas vivenciadas na prática diária.
3. Estabelecimento da comissão permanente de ensino (CPE)

Objetivo Específico 2: Analisar os conflitos de competência técnica na fiscalização de produtos e serviços.

Estratégias e Ações

1. Levantar na prática diária os conflitos de competência e as fragilidades documentais para discussão em grupo no café com debate e oficinas de trabalho.

Objetivo Específico 3: Conhecer as implicações administrativas e jurídicas nas fragilidades documentais.

Estratégias e Ações

1. Executar um treinamento em serviço para definição de procedimentos operacionais padrão (POP).
2. Nomear/definir uma comissão para elaboração de POP’s

Fatores de sucesso: Recurso financeiro da educação permanente; Comprometimento dos fiscais; Seleção adequada dos especialistas; Apoio dos gestores e chefes departamentais

Desafios: alcançar motivação profissional e institucional dos gestores, fiscais sanitários, facilitadores, vontade institucional e freqüente rotatividade dos cargos comissionados.

6 GESTÃO DO PLANO

6.1 Previsão de Equipe

Quem?	**Como?**
DVISA/SEMSA **Comissão de Ensino Permanente - CEP** (Gerente de Produtos, Serviços, Ambiental e Engenharia; Representante Fiscal de cada área)	Planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das oficinas e Café com Debate Levantamento das demandas de treinamento em serviço.
Administrativo Jurídico	Apoio logístico à comissão de ensino. Apoio Técnico no planejamento das Oficinas e Cafés com Debates.
GESAU/SEMSA Gerência de Educação em Saúde	Apoio no planejamento, execução acompanhamento e avaliação das oficinas e Café com Debate.

6.2 indicadores de Avaliação:

Será utilizado para avaliação da capacitação o índice de capacitação em serviço conforme especificado abaixo:

Índice de Capacitação em Serviço – Serão considerados os profissionais que participarem de 80% da capacitação planejada.

$$ITS = \frac{\text{Fiscais capacitados}}{\text{Total de Fiscais/DVISA}} \times 100$$

Para a avaliação da organização e satisfação dos fiscais, após o termino da oficina e café com debate será utilizado a ficha de Avaliação em Anexo adaptada do modelo da GESAU.

6.3 Orçamento:

6.3.1 Contratação dos Facilitadores

Descrição Honorários	Quantidade Pessoas	Quantidade (horas)	Valor unitário R$	Valor total R$
Facilitador	01	20	200,00	4000,00
Auxiliares	04	12	100,00	4800,00
			Total	**8800,00**

6.3.2 Despesas de hotel, passagens, alimentação e coffee-break

Descrição	Quantidade	Valor unitário R$	Valor total R$
Passagem aérea (unidade)	02	1500,00	3000,00
Hospedagem (dias)	07	350,00	2450,00
Alimentação (dias)	07	100	700,00
Coffe-break	6		6000,00
		Total	**12150,00**

6.3.3 Material de expediente, gráfico e apoio bibliográfico

Descrição	Quantidade	Especificação	Valor unitário R$	Valor total R$
Pastas	110	unidade	0,98	107,80
Canetas	03	Caixa com 50unidades	11,40	34,20
Blocos de anotações 30 folhas cada	110	unidade	0,90	99,00
Lápis preto n. 2	01	caixa com 144unidades	13,00	13,00
Impressão	10.000	Folhas	0,15	1.500,00
Papel para reprografia A4 caixa com 10 resmas	05	Caixas	93,00	465,00
Cartucho de tinta para impressora	10	unidades	93,00	930,00
			Total	**3.149,00**

6.3.4 Orçamento consolidado

Honorários R$	Diárias e Passagens R$	Material de Expediente
8800,00	12.150,00	3.149,00
	Total	**24.099,00**

7 REFERÊNCIAS

AMARAL, Helena Kerr. **Capacitação de servidores.** Ciclo de Palestras para Gestores Públicos do Rio Grande do Norte,2008. (Palestra)

ARAÚJO, L. C. G. de.; GARCIA, A. A. **Gestão de pessoas:** estratégias e integração organizacional. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

BOOG, G. G. **Manual de treinamento e desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.. Disponível em: **<** http://www.planalto.gov.br.>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde.Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Accesso em: 15 jun 2014.

_____Decreto no 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br.>. Acesso em: 28 jan. 2014.

BITTENCOURT, M.A.; ZOUAIN, D.M. Escolas de governo e a profissionalização do servidor público: estudo dos casos da escola de serviço público do estado do Amazonas – ESPEA e da fundação escola de serviço público municipal de Manaus – FESPM. **Revista ADM.MADE,** ano 10, v.14, n.2, p.75-94, 2010.

CARVALHO, A. V. de; NASCIMENTO, L. P. do. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira, 1999.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário . Interface **-** Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância e a construção de uma nova vigilância sanitária: profissional de saúde ou fiscal? Disponível em:< http://files.comunidades.net/nsavisanatal/trab_vigi_san.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2014.

DALLARI, S. G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Rev. Saúde publ.,** São Paulo, v.22, n. 4, p. 327-34, 1988.

DAVINI, M.C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde.** In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde.Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.p >. Accesso em: 15 jun 2014.

FARAH, B.F. **Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde:** sinônimos ou diferentes concepções?. Revista APS, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

LEAL, C.O.B.S.; TEIXEIRA, C.F. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador –BA, Brasil. **Interface- Comunic., Saúde, Educ**., v.13, n.30, p.167-79, jul/set. 2009.

SANTOS, R.M.; VICENTIN,R. Administração Pública: a necessidade de qualificação profissional técnico-científica dos funcionários públicos como fim para um atendimento de excelência aos cidadãos. 2012. Disponivel em: < http://jus.com.br/artigos/22624>. Acesso em: 20 jan 2014.

ZARIFIAN, Philippe. **Valor, organização e competência na produção do serviço** - esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M.S. *Serviço:* produção, desempenho e trabalho**.** São Paulo: Senac. 2001.

ANEXO A - PLANILHA DE GROVE DO PROJETO APLICATIVO

Problema priorizado: Os fiscais de vigilância sanitária, não possuem competência e habilidades, na redação jurídica de documentos, bem como desconhecem os trâmites básicos (teóricos e práticos) do processo administrativo.

Objetivo geral: Capacitar os fiscais de saúde nos fundamentos jurídicos e administrativos para interpretação, aplicação e redação de documentos em vigilância sanitária, dentro da sua pratica diária.

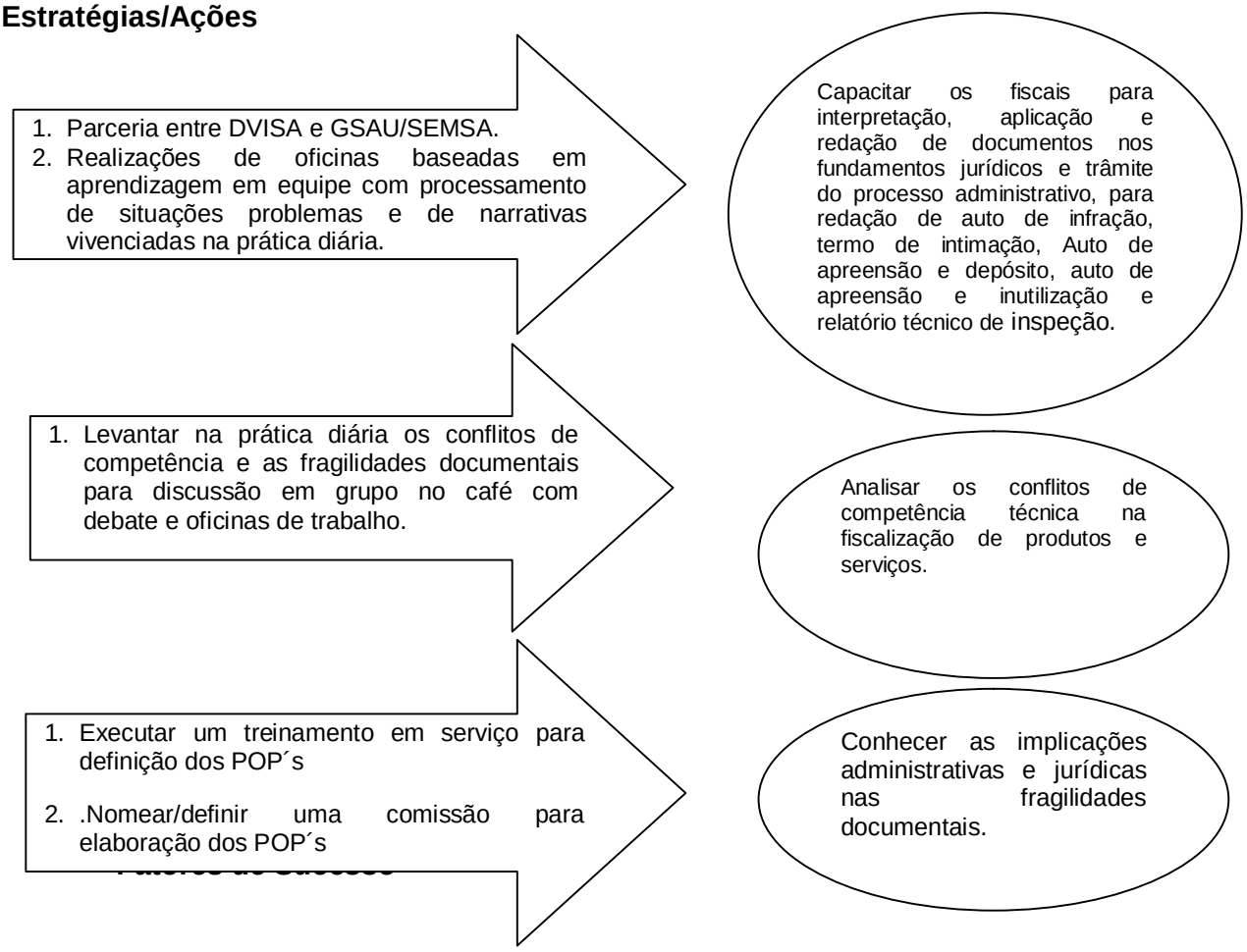
Equipe/Recursos

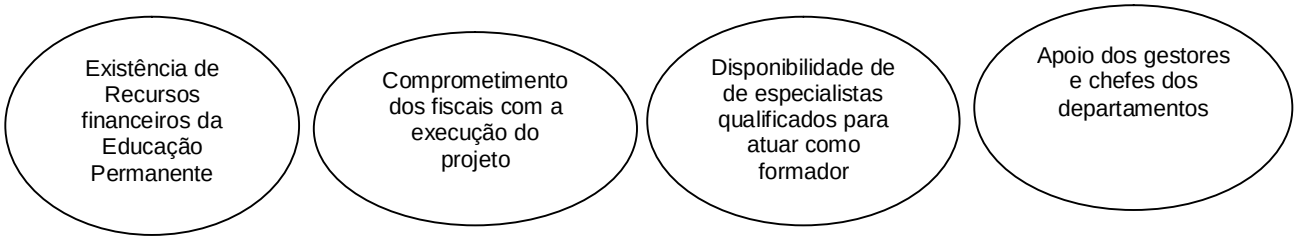
Equipe: Hellen Souza, Luciena Braga, Ivana Cunha, Hélcio Palheta, Jaime Santiago, Lilian Almeida, Gestores do Departamento de Vigilância Sanitária (Diretor e Gerentes), Chefe do Setor de Gestão do Trabalho e educação de saúde da SEMSA e o facilitador.

Recursos Materiais: canetas, pastas com elástico, blocos, material didático, data show, apostilas, material eletrônico, mídia eletrônica, certificados, sala de aula, coof break.

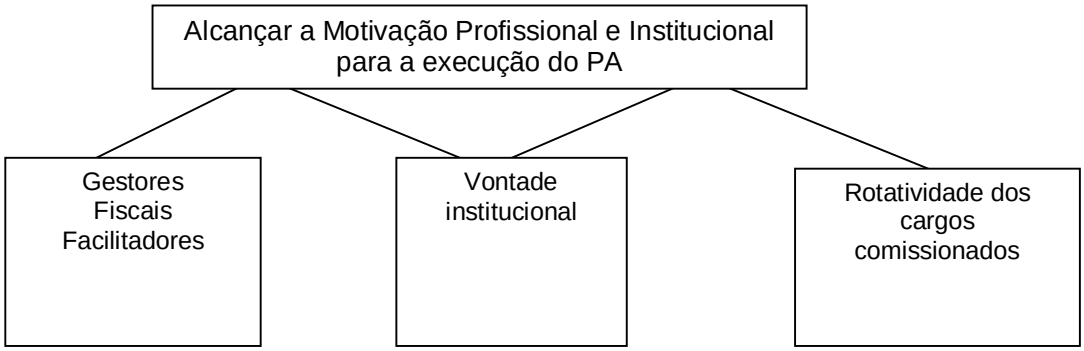
Recursos Humanos: contratação de facilitadores.

Estratégias/Ações




Existência de Recursos financeiros da Educação Permanente
Comprometimento dos fiscais com a execução do projeto
Disponibilidade de de especialistas qualificados para atuar como formador
Apoio dos gestores e chefes dos departamentos

Desafios


Alcançar a Motivação Profissional e Institucional para a execução do PA
Gestores Fiscais Facilitadores
Vontade institucional
Rotatividade dos cargos comissionados

AVALIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO EVENTO

Evento:	**Horário:**	**Carga Horária:**
Local:	**Data:**	**Nº. Participantes:**

- Procure responder as questões abaixo, marcando com (x) a opção escolhida:

ORGANIZAÇÃO	**Ótimo**	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
• Coordenação				
• Material Didático (Apostila e Utilização do Material)				
• Pontualidade				
• Instalações				
• Carga Horária				
AVALIAÇÃO GLOBAL	**Ótimo**	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
• Contribuição para o desenvolvimento de seu trabalho				
• Os assuntos abordados foram interessantes				
• Avalie o seu grau de satisfação com o treinamento oferecido				
AUTO AVALIAÇÃO	**Ótimo**	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
• Interesse em participar do curso				
• Assimilação dos assuntos				
• Conhecimento do assunto abordado antes do curso				
• Conhecimento do assunto abordado depois do curso				
• Você está seguro para colocar em prática os conhecimentos adquiridos?				
AVALIAÇÃO DO FACILITADOR	**Ótimo**	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
Nome do Instrutor:				
• Demonstração de domínio sobre o assunto abordado				
• Metodologia empregada				
• Capacidade de prender a atenção nas aulas e motivar o grupo				
• Capacidade de esclarecer o assunto				
AVALIAÇÃO DO AUXILIAR FACILITADOR	**Ótimo**	**Bom**	**Regular**	**Insuficiente**
Nome do Instrutor:				
• Demonstração de domínio sobre o assunto abordado				
• Metodologia empregada				
• Capacidade de prender a atenção nas aulas e motivar o grupo				
• Capacidade de esclarecer o assunto				

SUGESTÕES
PONTOS FORTES

PONTOS FRACOS

ARMANDO CARDOSO CHAVES
CLEONICE MOREIRA CORDEIRO
DIANA CLÁUDIA TEIXEIRA PEIXOTO
JOSÉ ABELANGE DE VASCONCELOS
KELLYN KESSIENE DE SOUSA CAVALCANTE
LEONARDO BARBOSA ROLIM
MÁRCIA REJANE SANTOS AQUINO
REGINA CLAUDIA CORREIA BENÍCIO

INTERSETORIALIDADE: FORTALECENDO AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ

Fortaleza 2013-14

ARMANDO CARDOSO CHAVES
CLEONICE MOREIRA CORDEIRO
DIANA CLÁUDIA TEIXEIRA PEIXOTO
JOSÉ ABELANGE DE VASCONCELOS
KELLYN KESSIENE DE SOUSA CAVALCANTE
LEONARDO BARBOSA ROLIM
MÁRCIA REJANE SANTOS AQUINO
REGINA CLAUDIA CORREIA BENÍCIO

INTERSETORIALIDADE: FORTALECENDO AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ

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

Fortaleza/CE 2013-14

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que se dedicam e lutam diariamente pela construção do SUS

A Deus, por ser essencial nas nossas vidas;

Aos nossos familiares, pelo apoio, compreensão e incentivo;

À Olga Alencar, nossa orientadora na construção deste trabalho, pela atenção e disponibilidade;

Aos facilitadores, gestor de aprendizagem, especialistas, grupo autoral e equipe de apoio, pela dedicação em compartilhar os saberes e experiências acumulados;

Aos nossos chefes e colegas de trabalho pela compreensão das ausências ao ambiente de trabalho no decorrer do curso;

Aos colegas do Curso de Gestão e Vigilância Sanitária, pelo tempo, angústias e saberes compartilhados;

Às companheiras Tatiana e Thayza que contribuíram com este projeto, mas que infelizmente não puderam nos acompanhar até o final desta caminhada, nosso carinho e agradecimento.

Nada é impossível de mudar

Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido após a realização de oficinas de trabalho do Grupo Afinidade 2 do curso de Gestão em Vigilância Sanitária. Inicialmente, os participantes do grupo, formado por gestores e trabalhadores das áreas de vigilância sanitária e vigilância à saúde, apresentaram as realidades vividas por cada um na sua rotina de serviços. A partir das várias discussões sobre os problemas elencados pelo grupo, foi feita a identificação, a priorização e explicação do problema, bem como a construção de indicadores e seleção dos atores sociais envolvidos no mesmo. O projeto aplicativo tem como objetivo principal: implementar estratégias para potencializar as articulações intra e intersetorial para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário pela Vigilância Sanitária no município de Fortaleza, Ceará. Iniciamos o projeto contextualizando a vigilância sanitária no município de Fortaleza, seguida do referencial teórico e empírico. Foram elaborados dois planos de ação: o primeiro, com o objetivo de construir modelo de processo de trabalho intra e intersetorial para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário; e o segundo, com o objetivo de promover ações de educação permanente com vistas à disseminação da importância do trabalho intra e intersetorial no encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 07
2. OBJETIVOS 09
3. REFERENCIAIS 10
   3.1 Referencial Teórico 10
      3.1.1 Vigilância Sanitária inserida na Vigilância em Saúde 10
      3.1.2 Vigilância Sanitária, intrasetorialidade e intersetorialidade 11
      3.1.3 A intersetorialidade no município de Fortaleza - CE..... 13
      3.1.4 Características das ações de Vigilância Sanitária 16
      3.1.5. A ouvidoria como ferramenta de escuta da Vigilância Sanitária..... 17
      3.1.6 Educação Permanente em Saúde 19
      3.1.7 Educação Permanente em Saúde e Reforma Sanitária 21
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO..... 24
   4.1. Cenário da Intervenção 24
      4.1.1. Aspectos gerais do município de Fortaleza …..... 24
      4.1.2. Aspectos históricos ligados ao setor saúde no município de Fortaleza.. 25
      4.1.3. Vigilância Sanitária no município de Fortaleza …..... 27
      4.1.4. Processo de trabalho no encaminhamento de denúncias..... 29
      4.1.5. Processo de trabalho na emissão e renovação de registro sanitário no município de Fortaleza, Ceará..... 30
   4.2 Percurso Metodológico 31
   4.3 Proposta de Intervenção 35
   4.4 Gestão do Plano 39
   REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40

1. INTRODUÇÃO

O tema intersetorialidade tem sido intensamente discutido na literatura, não só no setor saúde, sendo comum também em outras áreas que discutem Políticas Públicas. A tônica do discurso tem se voltado para as dificuldades em se implementar o conceito na prática, ao passo que se reconhece ser vital sua operacionalização com vistas a melhoria dos serviços públicos no Brasil.

A escolha do município de Fortaleza para o desenvolvimento do projeto aplicativo deve-se ao fato do município apresentar, no âmbito da Vigilância Sanitária, problemas em seu processo de trabalho no que diz respeito ao atendimento de denúncias, à emissão do registro sanitário inicial e à sua renovação, devido, em parte, à dificuldade encontrada no âmbito de algumas Secretarias Regionais em interagir com outros órgãos da administração municipal, refletindo em morosidade nos processos. A falta de padronização, com particularidades nos processos de cada Secretaria Regional do município, embora exista normatização quanto à documentação necessária para instruir os processos e sobre a expedição de registro sanitário, dificulta o fluxo de cada processo citado, refletindo ações desarticuladas e com pouca articulação intra e intersetorial.

Atualmente, por não existir articulação intersetorial efetiva entre a Vigilância Sanitária das Secretarias Regionais e a Secretaria de Urbanismo e Meio Ambiente – SEUMA, muitos processos de registro sanitário estão temporariamente arquivados. Acontece que a aprovação de Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos é requisito indispensável para a concessão do registro sanitário pela Vigilância Sanitária, mas o trabalho dos dois órgãos não ocorre de forma simultânea. Assim, a Vigilância Sanitária faz as visitas ao estabelecimento, o local se adequa às exigências da Vigilância Sanitária, mas não recebe seu registro sanitário porque está pendente a aprovação do Plano de Gerenciamento, responsabilidade de outro órgão da administração municipal, qual seja, a SEUMA.

Situação semelhante ocorre em algumas Secretarias Regionais com a concessão de Alvará de Funcionamento do estabelecimento pela Coordenadoria de Meio Ambiente no âmbito de cada Secretaria Regional, que solicitam o Registro Sanitário concedido pela Vigilância Sanitária para a concessão do Alvará de Funcionamento. Em decorrência deste cenário, o processo de Alvará de Funcionamento pode ser arquivado, quando há a demora excessiva na concessão do Registro Sanitário. Outra fragilidade gerada nestes processos de trabalho é a possibilidade de um Registro Sanitário ser deferido para um estabelecimento

que não reúne as outras condições necessárias para a concessão do Alvará de Funcionamento.

É importante ressaltar que segundo a Lei Complementar 93, de 29 de agosto de 2011, Artigo 15º, *"não será emitido Registro Sanitário sem que haja um alvará ou um termo de permissão ou de concessão que o preceda. Sempre que possível o registro sanitário e o alvará de funcionamento deverão ser emitidos conjuntamente"*. Acrescente-se a esta questão que o trabalho conjunto da VISA e do Controle Urbano não é uma realidade em parte das Secretarias Regionais e depende exclusivamente de arranjos locais.

Na prática, para que um estabelecimento de saúde, por exemplo, obtenha Alvará de Funcionamento e Registro Sanitário no município de Fortaleza-CE, dependerá da articulação entre três órgãos da administração municipal que não possuem processos de trabalho alinhados, gerando demora e insatisfação do contribuinte.

A implementação de estratégias que facilite a articulação intersetorial na Vigilância Sanitária do município de Fortaleza trará significativa melhoria no que diz respeito à eficiência, à efetividade e à eficácia de suas ações, beneficiando o serviço, os usuários e o setor regulado.

Para o desenvolvimento deste projeto aplicativo, o grupo formulou o problema nos seguintes termos: ***Articulação deficitária nos âmbitos intra e intersetoriais para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário no município de Fortaleza-CE***.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Implementar estratégias para potencializar as articulações intra e intersetorial para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário pela Vigilância Sanitária no município de Fortaleza, Ceará.

2.1 Específicos:

- Construir um modelo de processo de trabalho intra e intersetorial no encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário;
- Promover ações de educação permanente com vistas à disseminação da importância do trabalho intra e intersetorial no encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário.

3. REFERENCIAIS

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.1 Vigilância Sanitária inserida na Vigilância em Saúde

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 (TEIXEIRA, 2001).

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 (JUNQUEIRA, 2000).

Conforme Pereira (2007), 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.

A aproximação entre território, fatores de risco e planejamento, mediada pela presença e participação de atores sociais, constitui uma alternativa de planejamento que parte de problemas concretos, em territórios determinados e numa perspectiva intersetorial (PIOVESAN *et. al.,* 2005).

A Vigilância em Saúde se propõe a integrar a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária a fim de superar a fragmentação das ações de vigilância no âmbito municipal. Têm fortalecido, em particular, as ações de vigilância sanitária, viabilizando a articulação com centros de saúde do trabalhador, constituindo-se em espaço privilegiado para a implementação de campanhas de vacinação e controle de epidemias (TEIXEIRA & PAIM, 2002).

Mais recentemente, essa proposição parece transcender o âmbito da vigilância epidemiológica e sanitária, organizando-se a partir da integração coordenada das áreas de vigilância ambiental, de saúde do trabalhador e de zoonoses, com o objetivo final de contribuir para a prevenção de agravos e a promoção da saúde, a exemplo da "Coordenadoria de Vigilância em Saúde".

É importante destacar que, na perspectiva dos trabalhadores, a construção do modelo assistencial da Vigilância em Saúde deve se dar através da intersetorialidade (PEREIRA, 2007).

A partir da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde foi concebido com base em um modelo de saúde voltado para atender as necessidades da população. A universalidade, a integralidade, equidade e o controle social são os princípios doutrinários que direcionam o Estado no seu compromisso com o bem estar social e a saúde coletiva. A VISA encontra-se inserida no modelo de atenção da Vigilância da Saúde, que assume a integralidade como uma de suas bandeiras. O papel da VISA é promover e proteger a saúde da população através de um conjunto de ações capazes de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde presentes em produtos e serviços, intervindo de forma intersetorial nos problemas sanitários (ALMEIDA, 2009).

3.1.2 Vigilância Sanitária (VISA), intrasetorialidade e intersetorialidade

O termo *"intrasetorial"* caminha junto ao conceito de integralidade das ações do setor de saúde, como expressado nos textos de URIBE RIVERA (1989), e de MONNERAT e SOUZA (2011). Após a leitura dos textos acima citados e de documento técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), entendemos que para falar em intrasetorialidade no setor saúde é necessário compreender o Sistema Único de Saúde em suas três esferas de governo, incluindo todas as interfaces possíveis do problema trabalhado dentro da estrutura do Ministério da Saúde e dos órgãos vinculados a ele (ANVISA, por exemplo), assim como toda a estrutura do SUS nas esferas estaduais e municipais.

A intersetorialidade em saúde é compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA & PAIM, 2002).

No "olhar" da Silva & Rodrigues (2010), a intersetorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se

apropriando. É evidenciado, através dos discursos, que alguns atores sociais são capazes de perceber a complexidade de certos problemas enfrentados pela população e, por conseguinte, compreendem a necessidade de intervenções de caráter intersetorial.

Essa percepção das limitações do olhar setorial é o primeiro passo para se alcançar a articulação intersetorial, visto que essa nova maneira de trabalhar baseia-se no reconhecimento da necessidade de criar novas alternativas de intervenção que dependem da articulação de outros olhares, saberes e forças. Entretanto, existe uma limitação no que se refere à operacionalização da intersetorialidade. Em suma, os sujeitos que atuam nos distintos órgãos e instituições sociais reconhecem a demanda por ações intersetoriais, mas ainda não sabem como praticá-la.

Partindo desse conceito, Wimmer e Figueiredo (2006) afirmam que as micro e macroestratégias intersetoriais construídas em articulação por Estado e Sociedade Civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Portanto, acredita-se que tais articulações e arranjos podem ocorrer através da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.

Inojosa (1998) corrobora que dentre as dificuldades para a intersetorialidade, existe aquela relacionada à sobrecarga de responsabilidades dentro da política setorial, a qual impede os profissionais de olharem além do objeto específico de atuação.

De acordo com Silva e Rodrigues (2010), a formação dos profissionais e, consequentemente, suas concepções representam fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos.

A análise dos discursos permite captar que, para praticar a intersetorialidade, os profissionais, cuja área de atuação relaciona-se aos contextos de vida e saúde das pessoas, precisam ser capazes de perceberem tanto os limites setoriais quanto os benefícios das ações integradas. Essa percepção é colocada como um fator facilitador no processo de construção da intersetorialidade, visto que impulsiona a busca por parcerias que, por sua vez, permitem dar respostas mais efetivas e inovadoras aos complexos problemas sociais.

No que se refere especificamente ao setor saúde, é evidenciado que as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas. Se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação.

Entretanto, se ele incorpora o paradigma da produção social da saúde, o mesmo entende que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo, então, um trabalho intersetorial (SILVA e RODRIGUES, 2010).

É enfática a referência à necessidade de comunicação entre os diferentes setores, serviços e equipamentos sociais. Nesse sentido, explicita-se a complexidade da operacionalização da intersetorialidade, pois sua aplicação implica a superação das hierarquias institucionais e das relações de poder existentes entre as corporações profissionais, setores, políticas e segmentos sociais.

Nesse processo, árduo e conflitante de construção da intersetorialidade, são considerados como avanços o reconhecimento tanto das limitações setoriais, quanto da necessidade de articulação entre os setores, políticas, entidades não-governamentais, organizações populares, iniciativa privada, etc.

Embora a VISA seja um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde, essas práticas ainda são pouco evidentes. Enquanto proposta inovadora em processo de construção, a intersetorialidade já alcançou alguns avanços, mas muitos desafios ainda estão sendo enfrentados para operacionalizar essa estratégia que contraria interesses hegemônicos.

3.1.3. A Intersetorialidade no município de Fortaleza – CE

A questão da *intersetorialidade* no município de Fortaleza tem sido pautada na discussão e na formulação de políticas públicas de saúde desde a década de 1980. Segundo Ribeiro (1997), em 1983 foi iniciado no município o processo de implantação dos Distritos Sanitários, entretanto, apenas em 1990 a estrutura foi oficializada na Secretaria de Saúde, tendo sido constituídos nove Distritos Sanitários, coincidindo com as Regiões Administrativas do município, *"buscando já naquele tempo viabilizar a Intersetorialidade das ações de saúde, estratégia considerada inovadora e difícil de ser efetivada, sobretudo pela cultura organizacional Setorial e centralizadora das Secretarias"* (RIBEIRO, 1997, p.48).

O município de Fortaleza passou por nova mudança organizacional em 1997, tendo sido constituídas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) por meio da Lei 8000, de 29 de janeiro de 1997, e efetivamente implantadas em abril de 1997 (Inojosa e Junqueira, 1997). A proposta estava ancorada nos princípios da descentralização e da intersetorialidade. Neste processo foram mantidas as Secretarias de Administração do Município (SAM), e a de Finanças (SEFIN), e foram extintas as Secretarias de Educação, Saúde e Trabalho e Ação Social, tendo sido criadas as Secretarias de Ação Governamental (SAG), de Desenvolvimento Social (SMDS) e a Secretaria de Desenvolvimento Territorial (SMDT) conforme explicita Ribeiro (1997):

> *"A Secretaria de Desenvolvimento Social (SMDS) foi criada com o objetivo de integrar as políticas sociais no macro-espaço, planejando, monitorando*

> *indicadores, definindo prioridades para o grupo de crianças, adolescentes, famílias e trabalhadores do município. É Articuladora, não executiva. A constituição de coordenadorias de Saúde, Educação, Habitação e Trabalho permite assessoramento técnico às Secretarias Executivas Regionais e o "sentar junto" para resolução dos problemas é um exercício contínuo mas ainda novo e construído a cada dia de intersetorialidade.*
> *A Secretaria de Desenvolvimento Territorial (SMDT) é a responsável pelo planejamento e articulação intersetorial das políticas de controle urbano, meio ambiente, transportes, obras viárias, obras municipais e limpeza urbana. Controla e Articula as ações realizadas pelos SER.*
> *Todas as ações que ultrapassem o âmbito de uma regional exigem a intervenção da SMDS ou SMDT"* (Ribeiro, 1997, p.52).

Junqueira (1998), ao discutir o modelo de gestão proposta para Fortaleza, destaca que:

> "*a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais"* (JUNQUEIRA, 1998, p.15).

Outra questão conceitual importante na formulação da proposta diz respeito à busca por identificar "*as determinações sociais dos problemas emergentes dos diversos grupos populacionais de um território e buscar soluções não apenas no âmbito de uma política, mas de maneira integrada, intersetorial"* (JUNQUEIRA, 1998, p.14). O autor, entretanto, ressalta que a mudança da estrutura formata uma nova forma de gerenciar, mas não garante por si só sua eficácia, e acrescenta que *"isso vai depender da mudança que se conseguir realizar na cultura da organização, nos seus valores, fazendo com que seus servidores compartilhem a construção desta nova realidade social"* (JUNQUEIRA, 1998, p.16).

É necessário explicitar que a reforma realizada em 1997 foi motivada por uma decisão política do então prefeito da cidade, Juraci Magalhães, e ancorada em uma proposta produzida por uma consultoria externa, em que pese o amplo descontentamento dos servidores municipais, que tiveram um reduzido espaço de participação na discussão da proposta (ANDRADE, 2006).

Em 2001, ocorreu uma nova reestruturação da Prefeitura de Fortaleza, e foram retomadas a criação de várias Secretarias e Órgãos extintos. Desta feita, a prefeitura contratou assessoria da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, inicialmente para realizar um diagnóstico da reforma realizada em 1997, e posteriormente propor alterações no modelo.

> *O diagnóstico realizado pela FGV evidenciou dificuldades no funcionamento do modelo de gestão proposto em 1997, especialmente no respeitante à concretização da intersetorialidade (...).* (ANDRADE, 2006, p 132*)*
> *Quanto à descentralização, a FGV diagnosticou que o município teve uma perda do controle de gestão, em virtude de cada secretaria ter atingido grau*

> *elevado de independência no emprego dos recursos, como se uma prefeitura fosse (...).* (ANDRADE, 2006, p 132-33)
> *No grupo focal de Fortaleza, a crítica ao processo de reforma é centrada na percepção que esses atores têm da reforma como um processo autoritário – definido e implementado normativamente – e à importação do método. A intersetorialidade e até mesmo a regionalização são vistas como fatores de desorganização. Num segundo momento, a regionalização, mais estabilizada, passa a ser vista como um fator positivo* (ANDRADE, 2006, p. 277).

Na segunda reforma, permaneceu firme o propósito da descentralização, mas a administração recuou no projeto da intersetorialidade (ANDRADE, 2006).

Conforme explicitado por Andrade (2006), *"a questão do poder (...) revelou-se, no caso da intersetorialidade, como um fator fundamental para a sua viabilidade"* (ANDRADE, 2006, p 278). Esta é uma discussão pertinente ao nosso objeto de intervenção, pois evidencia o quão desafiador é operacionalizar o conceito da intersetorialidade na prática.

Em 2007, foi criada a Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOR), abrangendo uma área de aproximadamente 5,6 km². Anteriormente tratava-se de uma Secretaria Extraordinária.

Em 2013, a organização administrativa foi modificada por meio da Lei Complementar nº 137, de 08 de janeiro de 2013, criando quatro novas secretarias, agrupando algumas secretarias e reorganizando a antiga SEMAN, que passa a ser denominada Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente (SEUMA), as SER passaram a serem denominadas Secretarias Regionais (SR). O principal foco da última reforma administrativa do município de Fortaleza, apresentado em documento técnico, foi a busca pela padronização das estruturas organizacionais dentro do município. (FORTALEZA, 2013).

3.1.4 Características das ações de Vigilância Sanitária

As ações de vigilância sanitária portam 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. Desse modo, permeiam todas as práticas médico-sanitárias: da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde (COSTA, 2009).

Nas diversas atividades relacionadas com a saúde faz-se necessária alguma ação de vigilância sanitária, também exercidas sobre o meio ambiente e o ambiente de trabalho. Em sua maior parte as ações são exercidas sobre coisas, produtos, tecnologias, processos,

estabelecimentos, meios de transportes e ambientes e uma fração menor, mas igualmente importante, sobre pessoas, principalmente os viajantes, incluindo os trabalhadores dos meios de transporte sob vigilância sanitária (SILVA, 2005).

Segundo Piovesan (2005), outra característica é o compartilhamento de competências com outros setores institucionais, o que amplia a complexidade e implica em vigoroso esforço de construção da intersetorialidade, dado que as racionalidades de outros setores não são idênticas às da saúde. Os alimentos, por exemplo, são objetos de competências do setor saúde e da agricultura. O controle dos agrotóxicos é compartilhado por instituições do setor saúde, da agricultura e do meio ambiente; já os serviços de saúde que utilizam radiações ionizantes têm as fontes controladas pela Comissão de Energia Nuclear (CNEN).

Para o controle de riscos e exercício do poder de polícia a vigilância sanitária aciona um conjunto de tecnologias de intervenção ou instrumentos de ação. Uns estão determinados em lei e uns integram outras práticas em saúde. O conjunto é imprescindível para abarcar o ciclo produção-consumo dos bens em seus diversos momentos. Os principais instrumentos são: a legislação (normas jurídicas e técnicas), a fiscalização, a inspeção, o monitoramento, o laboratório, a vigilância de eventos adversos e outros agravos, a pesquisa epidemiológica, de laboratório e outras modalidades, e as ações em torno da informação, comunicação e educação para a saúde (SILVA, 2005).

De acordo com Costa (2009), proteção da saúde e segurança sanitária implicam num sistema de informação organizado nas distintas esferas de gestão e o uso concomitante das várias tecnologias de intervenção, que se intercomplementam em um conjunto organizado de práticas, nas seguintes dimensões:

• Tecnológica, ou seja, com o uso dos vários instrumentos. Cada tecnologia de intervenção tem seu potencial e seus limites no controle de riscos.

• Sistêmica, ou seja, nos planos federal, estadual e municipal. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é um subsistema do SUS, portanto, a Visa está submetida aos mesmos princípios e diretrizes, mesmo que guarde alguma especificidade.

• Intersetorial, isto é, com ações articuladas com outros setores institucionais, com os quais a Visa partilha ou não competências.

3.1.5. A Ouvidoria como ferramenta e escuta da Vigilância Sanitária

As ouvidorias do SUS são canais democráticos de comunicação responsáveis pela mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, nas esferas federal,

estadual e municipal, devendo prezar por um atendimento humanizado e acolhedor, iniciado pela escuta qualificada do cidadão, prestada por profissionais comprometidos com o respeito e a ética profissional. A ouvidoria atua para atender a todos, sejam cidadãos, profissionais de saúde, gestores, conselhos de saúde, empresas, entre outros (MARTINS *et. al*., 2007).

Ao receber uma manifestação, a ouvidoria procura identificar as causas, a sua procedência e os meios para solucioná-la. Age em contato direto com todas as instâncias competentes, internas ou externas à instituição. Busca a satisfação do cidadão e identifica pontos que possam viabilizar a correção de falhas, estimulando processos de melhoria contínua da qualidade. Deve ainda contribuir no aprimoramento de regulamentos técnicos (tendo como base a experiência adquirida no processo de mediação e atendimento às demandas), sistematizar e dinamizar os canais de comunicação e negociação entre a instituição e o cidadão, visando o desenvolvimento de uma cultura do exercício pleno da cidadania. A ouvidoria torna-se, assim, um agente de mudança social e de promoção da saúde pública e da consciência sanitária (BARROS, 2007).

A atividade de análise e tratamento das demandas compreende o encaminhamento, acompanhamento e resposta às manifestações dos cidadãos. Esse processo consiste em categorizar as manifestações recebidas e estabelecer fluxos e rotinas, conforme as etapas a seguir: registro, classificação (denúncias, reclamação, solicitação, informação, elogio e sugestão), tipificação, encaminhamento e acompanhamento (ROCHA, 2000).

Em relação à Vigilância Sanitária, de acordo com Barros (2007), a ouvidoria da ANVISA existe desde 1999, sem vinculação hierárquica com a Agência, e funciona de forma independente. O ouvidor é indicado pelo Ministro da Saúde e nomeado pelo Presidente da República, com mandato de dois anos, sendo possível uma recondução.

Em busca de melhorar o atendimento, a ouvidoria implantou um sistema eletrônico para registrar as mensagens recebidas. Denominado Anvis@tende, o sistema permite que haja um prazo de atendimento e uma resposta para todas as mensagens enviadas, as quais recebem um número de registro e são acompanhadas pela equipe da ouvidoria e pelo próprio remetente da mensagem. Esse registro informatizado de dados entrou em operação em 2002. Antes do sistema, o atendimento era registrado manualmente. De 2002 a 2006, o número de mensagens recebidas por ano aumentou de 4.000 para cerca de 13.000 (MARTINS *et. al*., 2007).

A Ouvidoria da ANVISA é procurada por um público variado: cidadãos, empresas, organizações civis e empresariais, poderes e órgãos públicos das três esferas. A ouvidoria identifica a demanda (qualifica de acordo com tipo, prioridade, competência e outras

categorias), encaminha-a para a área competente e acompanha-a até a resposta final (ROCHA, 2000).

Assim, segundo Martins e colaboradores (2007), nesse processo, a ouvidoria:

1) verifica a estrutura e organiza o processo de atendimento interno às demandas;
2) promove a discussão de processos de trabalho relacionados ao atendimento das demandas;
3) recebe, qualifica e encaminha a demanda para a área competente;
4) recebe a resposta;
5) avalia a qualidade de seu conteúdo em relação à demanda; e
6) retorna ao demandante.

O tema das denúncias pode ser infração sanitária, crime contra a saúde pública ou envolver ambos. As infrações sanitárias estão previstas na Lei n° 6.437/77 e devem ser investigadas pelos órgãos de vigilância sanitária.

Cada esfera de governo pode se organizar de forma diferenciada para atender às demandas dos cidadãos. A proposta é que se planeje e pactue um fluxo adequado a cada realidade das equipes de ouvidorias e de vigilância sanitária (ROCHA, 2000).

A integração das ouvidorias envolve algo mais do que apenas trocar informações a respeito das diversas demandas dos cidadãos. Estar integrado significa realizar conjuntamente ações concretas que modifiquem o processo de trabalho das diversas equipes técnicas, ajudando-as a chegar mais rapidamente a seus objetivos (BARROS, 2007).

Assim, a integração e a descentralização das ouvidorias do SUS e da vigilância sanitária são traduzidas num trabalho que será construído e desenvolvido respeitando as experiências existentes (MARTINS *et. al*., 2007).

3.1.6. Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores

com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (BRASIL, 2005).

Segundo Ceccim e Colaboradores *(*2008), o ineditismo indiscutível se fez pela formulação concreta de uma *política de educação na saúde* (termo inexistente até então), superando a *programação da capacitação e atualização de recursos humanos*; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada historicamente e de viabilização extremamente difícil) e, ainda, pela interposição de uma nova instância/novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional). Criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção.

Optou-se por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. Este é o aspecto original, o diferencial de novidade configurado sob o conceito político-pedagógico da Educação Permanente em Saúde, conceito que resume a política proposta e lhe dá tradução concreta junto dos Conselhos de Saúde, instituições de ensino, associações docentes, movimentos sociais, organizações estudantis e representações de trabalhadores (ROVERE, 2005).

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a ordem do dia no setor e somou novos parceiros; uma nova etapa anunciou o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de recursos humanos da saúde. Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade e intersetorialidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (MERHY, 2005).

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS. Nesse sentido, segundo Mário Rovere (2005), o desafio da política brasileira foi o de "*ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional"* da formulação trabalhada pela Organização Pan- Americana da

Saúde, relativa à Educação Permanente do Pessoal da Saúde, para "*implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens"* nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, "*conectando-a as ações contra hegemônicas necessárias".* Por isso, para Rovere (2005), no desafio brasileiro, houve um desapego às referências originais, em consistência com seu ideário, para qualificar a própria educação permanente em saúde, colocando o desafio assumido no tamanho das lutas de produção da saúde, abrindo fronteiras e desterritorializando instituídos.

Quem participa da execução das políticas de formação e das políticas intersetoriais de educação permanente em saúde precisa estar entre os atores da negociação, da pactuação e da aprovação, muitos tendencialmente afastados dessa "convocação" ou previsão de atuação protagonista direta. Uma política de educação para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS; envolve estudantes, docentes, pesquisadores, gestores de ensino e gestores de informação científico - tecnológica que estão em seus respectivos nichos ocupacionais, de formulação de pactos e políticas ou de produção de práticas e redes sociais . Uma política intersetorial e de interface tem de ser produzida de maneira intersetorial e em interface, por isso as instâncias constituídas do SUS (comissões intergestores e conselhos) não foram – e não são – suficientes como palco de pactuação para as políticas de educação na saúde. Um a comissão permanente apenas entre ensino e serviço é insuficiente, e uma comissão intersetorial *territorializada* na mesma esfera dos conselhos de saúde excede ou carece dos territórios reais ou de produção de ensino, pesquisa, extensão educativa, documentação científico - tecnológica e histórico - documental e educação popular em saúde acontecem (CECCIM , 2005).

De acordo com Merhy (2005), temos enormes dificuldades para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a intersetorialidade têm enorme dificuldade de sair do papel, envolvem pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional. Os gestores do SUS que querem transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que os estudantes não são expostos às melhores aprendizagens e que as universidades não têm compromisso com o SUS.

Construir o processo de formulação e implementação da política de educação permanente em saúde para o SUS é uma tarefa para coletivos, organizados para esta produção. Nos termos da portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde: instância ou dispositivo do SUS para a gestão

locorregional da formação e do desenvolvimento em saúde. Se as instâncias podem representar conquistas em ordens normativas, os dispositivos são sempre como máquinas de fazer ver e de fazer falar, operando idas e vindas entre o ver e o dizer (BRASIL, 2005).

3.1.7. Educação Permanente em Saúde e Reforma Sanitária

Construída por uma série de rodadas oficiais pelas necessárias instâncias do sistema de saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, no início de 2004, a política de "Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde", representando, no interior do setor da saúde, a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação (CECCIM *et. al*., 2008).

O reconhecimento da Educação e Ensino da Saúde como subárea interdisciplinar entre Educação e Saúde Coletiva acolheria sua emergência real na sociedade do conhecimento, na cidadania política e no encontro intersetorial da Educação com a Saúde, absolutamente coerente com a crescente emergência de programas de ensino e desenvolvimento e de pesquisa com características interdisciplinares, em especial como acontece com a Educação e com a Saúde Coletiva (BRASIL, 2005).

De acordo com Ceccim (2005), o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário organizou-se e consolidou-se principalmente durante os anos de 1970 e 1980, como um movimento social em defesa da saúde como um direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. O slogan "saúde é democracia" designava um direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis das quais não se deveria abrir mão. Nesse contexto, a saúde ganhava uma conceitualização designada como "conceito ampliado de saúde", integrada pelos fatores que determinam e condicionam estados de saúde e em defesa da superação da dicotomia entre ações de promoção e prevenção ("saúde pública") e ações curativas ("assistência médica"), como vigente até então.

O Trabalho, como teoria, é uma área imensamente mais volumosa, há toda uma teoria do trabalho na sociologia ou nas Ciências Sociais e Saúde para pensar políticas públicas, processos de trabalho, corporações e história política das profissões, além de toda uma nova vertente na teoria mundial do trabalho que é a do trabalho imaterial. Para o SUS, essa área tornou-se das mais frágeis pela ausência de teorias contemporâneas de suporte à sustentabilidade do projeto "direito de todos, dever do Estado". Sem uma teoria do trabalho, a educação se torna a teoria da formação para o trabalho, fragilizando-se ambas vertentes

como domínios do conhecimento e na sua capacidade de entabular políticas públicas. A ordem melhor / razão maior (*intellectus sanctus*) que vibra no ensino não é a mesma que vibra no trabalho. O Trabalho é um debate da gestão, condução de processos e regulação (MERHY, 2005).

Um projeto de formação em saúde para a qualidade da atenção às pessoas e da gestão de sistemas e serviços passa pela reversão dos imaginários biomedicalizadores e pelo entendimento da cidadania em saúde. Passa, ainda, pela compreensão da integralidade e humanização da atenção, pelo desenvolvimento de estruturas de pensamento capazes de gestão participativa e por condições de responsabilidade e habilidade para com a educação permanente (CECCIM, 2006).

As diretrizes da Educação Permanente em Saúde como política foram a da articulação intersetorial e interinstitucional de base locoregional para o desenvolvimento do trabalho e do ensino da saúde, assim o seu principal dispositivo foram as "rodas", instâncias locoregionais de interação ensino-serviço gestão- controle social para a formulação, implementação e avaliação da educação permanente em saúde ou Pólos de Educação Permanente em Saúde. A designação Educação Permanente em Saúde poderia bem dizer de uma pedagogia em ato para um trabalho vivo em ato. O exercício da saúde é amplamente dependente do trabalho vivo em ato onde os trabalhadores podem colocar todas as sabedorias de que dispõem como opções tecnológicas *"para a produção de [modos de proceder] eficazes a serviço do usuário e de seu problema"* (CECCIM *et. al*., 2008).

Rovere (2005) destaca que os trabalhadores de saúde não podem se recusar de ofertar tudo o que dispõem para defender a vida (vamos dizer: escutar, cuidar, tratar), isto inclui o saber, o conhecimento e o trabalho em ato (vamos dizer: um expor-se e um comprometer-se), donde a possibilidade da construção de uma cumplicidade mútua entre usuários e trabalhadores, *"na melhoria real da qualidade de vida".*

A Educação dos Profissionais de Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, a abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, problematizando conceitos e conceitualizações. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde (BRASIL, 2005).

De acordo com Merhy (2005), agora podemos dizer: para uma cidadania em saúde por toda parte, uma educação da saúde por toda parte. Sobre uma educação da saúde por

toda parte, temos a formulação da Educação Permanente em Saúde ou, dito agora de outro modo, a pedagogia em ato na invenção cotidiana da saúde.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1 Cenário de Intervenção

4.1.1. Aspectos gerais do município de Fortaleza

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 Km². Limita-se ao norte e leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú. Fortaleza é hoje a quinta maior cidade do País com população estimada pelo IBGE em 2009 de 2.505.554 habitantes, com alta densidade demográfica (FORTALEZA, 2013). Está concentrada em Fortaleza aproximadamente 30% da população do Estado do Ceará, sendo a maior parte do contingente populacional localizada na faixa etária de 15 a 64 anos (MENEZES e MEDEIROS, 2012).

A concentração da população na faixa economicamente ativa, demanda, além dos necessários postos de trabalhos adicionais e qualificação destes trabalhadores, a oferta de serviços públicos ligados à infraestrutura urbana, condições de habitação adequadas, transporte, hospitais, escolas e segurança de qualidade. Observou-se, por exemplo, que apenas 60% dos domicílios tem acesso a esgotamento sanitário por meio da rede geral de esgoto, sendo este acesso concentrado em determinados bairros da cidade. Segundo o censo realizado em 2010, 93,5% da população com 10 anos ou mais eram alfabetizadas e, não obstante ter sido a quinta capital que mais evoluiu neste indicador na ultima década, Fortaleza ocupava, com relação a este indicador, a 21ª posição no ranking das 27 capitais brasileiras (MENEZES e MEDEIROS, 2012).

O município responde ainda por parte importante do Produto Interno Bruto (PIB), cerca de 48% em 2009, destarte este percentual tenha diminuído nos últimos anos da década de 2000 (MENEZES e MEDEIROS, 2012). O Anuário de Fortaleza, versão 2012-2013[1], aponta que o setor de serviços representou 77,78% do PIB de 2009, a indústria foi responsável por 22,09% e os demais 0,13% resultaram da agropecuária.

[1] Documento disponível em: <http://www.anuariodefortaleza.com.br/economia/apresentacao.php>, acessado em 14 de maio de 2015.

Dados do Ministério da Saúde (DATASUS)[2], apontam para uma tendência de queda da taxa de mortalidade infantil e pequeno aumento número de óbitos maternos, conforme tabela 1. Também é possível observar a baixa cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica no município de Fortaleza, que não passa de 40%, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 1. Número de óbitos maternos e taxas de mortalidade infantil no município de Fortaleza/Ceará, no período de 2009 a 2011.

Ano	Número de óbitos maternos	Tx mort infantil
2009	14	15,65
2010	20	11,92
2011	18	12,58

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema DATASUS[2]

Tabela 2. Cobertura de equipes atenção básica no Município de Fortaleza, no período de 2009 a 2012

Ano	Cob equipes atenção básica
TOTAL	**37,15**
2009	37,11
2010	39,87
2011	37,07
2012	34,52

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema DATASUS[2]

4.1.2. Aspectos históricos ligados ao setor saúde no município de Fortaleza

No início de sua história, Fortaleza era habitada por povos indígenas. Nessa época, as práticas de saúde se caracterizavam por rituais místicos de cura dos pajés (BOTELHO, 2006). Por volta do século XVII, devido à invasão de portugueses e Holandeses e a consequente dizimação dos povos indígenas ou imposição de uma nova cultura aos que restaram, outras práticas de saúde foram surgindo, principalmente com a chegada da família real portuguesa ao Brasil. A saúde pública nessa época priorizava a higiene dos portos e o controle das epidemias. Essa medida desqualificava o corpo dos índios e dos negros, apontando-os como fonte de sujeira, e conceituava o corpo feminino como impuro. A medicina exercia o controle sobre os corpos, espaços residenciais, valores, hábitos,

[2] Informações do Sistema DATASUS, disponíveis em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2012/cnv/pactce.def>, acessado em 14 de maio de 2015.

comportamento e saberes. Era uma medicina de traços discriminatórios e autoritário, herança que de alguma forma ainda resiste nos dias de hoje (CASTRO, 1970).

No inicio do século dezenove, por volta de 1815, cerca de 30 médicos viviam em Fortaleza. Nessa época eles enfrentavam epidemias como as de febre amarela e cólera. As pessoas acometidas de moléstias dessa natureza ou outras doenças contagiosas eram encaminhadas para o Lazareto da Lagoa Funda em Jacareacanga. Atitude que denotava a preocupação com a saúde coletiva, mas não deixava de ser discriminatório também, pois geralmente os que eram encaminhados para o lazareto eram pessoas de baixa renda. Além do caráter discriminatório, faltava conhecimento científico sobre a história natural dessas doenças (BARBOSA, 1994).

Em 1850 e 1860, os médicos Lourenço de Castro e Silva e Liberato de Castro Carreira empreenderam a primeira ação profilática nas ruas, atmosfera e água. Eles transferiram o matadouro público, proibiram o salgamento de couros em vias centrais, recomendaram a eliminação de águas estagnadas em quintais e a não criação de porcos em áreas urbanas. Era o início do disciplinamento dos comportamentos e espaços públicos. Estas intervenções, segundo Ponte (2001), buscavam a eliminação de lugares produtores de miasmas e germes morbígeros contaminadores da atmosfera da cidade. O pensamento sanitário da época enfatizava a necessidade de preservar a higiene como modo de prevenir doenças e definia como atribuição das autoridades municipais a responsabilidade de impor à comunidade, o respeito às regras de higiene. Esse pensamento também condenava o mau uso dos quintais residenciais por serem focos de infecção, depósitos de materiais fecais e águas pútridas (PONTE, 2001).

No inicio do século vinte, os poderes públicos juntamente com o empresariado aumentaram as intervenções em nome da higiene e saúde dos cidadãos, decretando a inspeção sanitária nas habitações particulares e coletivas para estabelecer padrões de higiene, especialmente nas habitações da população de baixa renda (FORTALEZA, 2008).

Por volta dos anos 30, após a revolução de “30”, tem início o enfraquecimento das oligarquias e o fortalecimento do capitalismo. Os Estados, grandes centros oligárquicos perdem força e a união centraliza administrativamente os principais serviços públicos. Nesta época é criado o Ministério da Educação e Saúde e o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Social. Ainda nesta época foi criada a Diretoria de Saúde Pública, órgão que promoveu a ampliação e modernização dos serviços sanitários. Fortaleza era distrito Sede de Saúde, a primeira cidade do nordeste a contar com um centro de saúde, com um laboratório central, uma polícia sanitária e uma política de capacitação de recursos humanos. Nesta época, as principais ações de saúde pública eram centralizadas,

verticalizadas e campanhistas, como a campanha de erradicação da varíola que vacinou 98% da população cearense (FORTALEZA, 2008).

Por volta dos anos 70, Fortaleza já era uma cidade bastante populosa, principalmente por conta do êxodo dos povos do interior que vinham fugindo das secas. Como toda cidade grande, havia muitos problemas sociais, como falta de moradia, crescimento desordenado, formação de favelas, desemprego, prostituição, delinquência e carência de serviços públicos de saúde (BARBOSA,1997).

Em 1984 teve início o primeiro governo democrático na capital cearense, ocorrendo uma efetiva descentralização administrativa, que fortaleceu o poder municipal e popular. Neste período, o movimento pela reforma sanitária brasileira se fortaleceu, o movimento lutava, entre outras coisas, por uma atenção à saúde mais justa. Fortaleza contribuiu fortemente com este movimento. Equipes técnicas que lutavam por reformas sanitárias se deslocaram até Brasília, na época da Constituinte (1988), para fazerem pressão buscando-se a aprovação das propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (FORTALEZA, 2008).

Aprovada a Constituição em 1988 e assegurada à saúde como direito de todos e dever do Estado, o passo seguinte foi a tentativa de reorganização dos serviços de saúde, que passaram gradativamente a serem municipalizados. Em 1989, Fortaleza assinou convênio de municipalização da saúde. Serviços de responsabilidade do Estado e da União passaram para a responsabilidade municipal. Fortaleza foi a primeira capital a ser municipalizada. A perspectiva de prevenção e promoção da saúde ganhou notoriedade depois da criação do novo modelo de assistência à saúde (FORTALEZA, 2008).

Após 26 anos de aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), Fortaleza ainda não garante acesso a todos os fortalezenses em conformidade com os princípios preconizados pelo SUS. Embora exista uma expressiva rede de atenção e assistência à saúde implantada, ainda persistem problemas estruturais e políticos, entre outros. O desafio que se coloca para a gestão municipal é aliar vontade política, gestão eficiente, valorização dos servidores e respeito aos princípios constitucionais para a saúde (FORTALEZA, 2008).

4.1.3. Vigilância Sanitária no município de Fortaleza

A Vigilância Sanitária está inserida nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) localizadas nas Secretarias Regionais (SR) do município de Fortaleza, trabalhando em consonância com a Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA) e Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS), todas as estruturas ligadas à Secretaria

Municipal de Saúde de Fortaleza/CE (SMS). Para melhor entendimento das estruturas apontadas, apresentamos na Figura 2 o organograma da SMS.

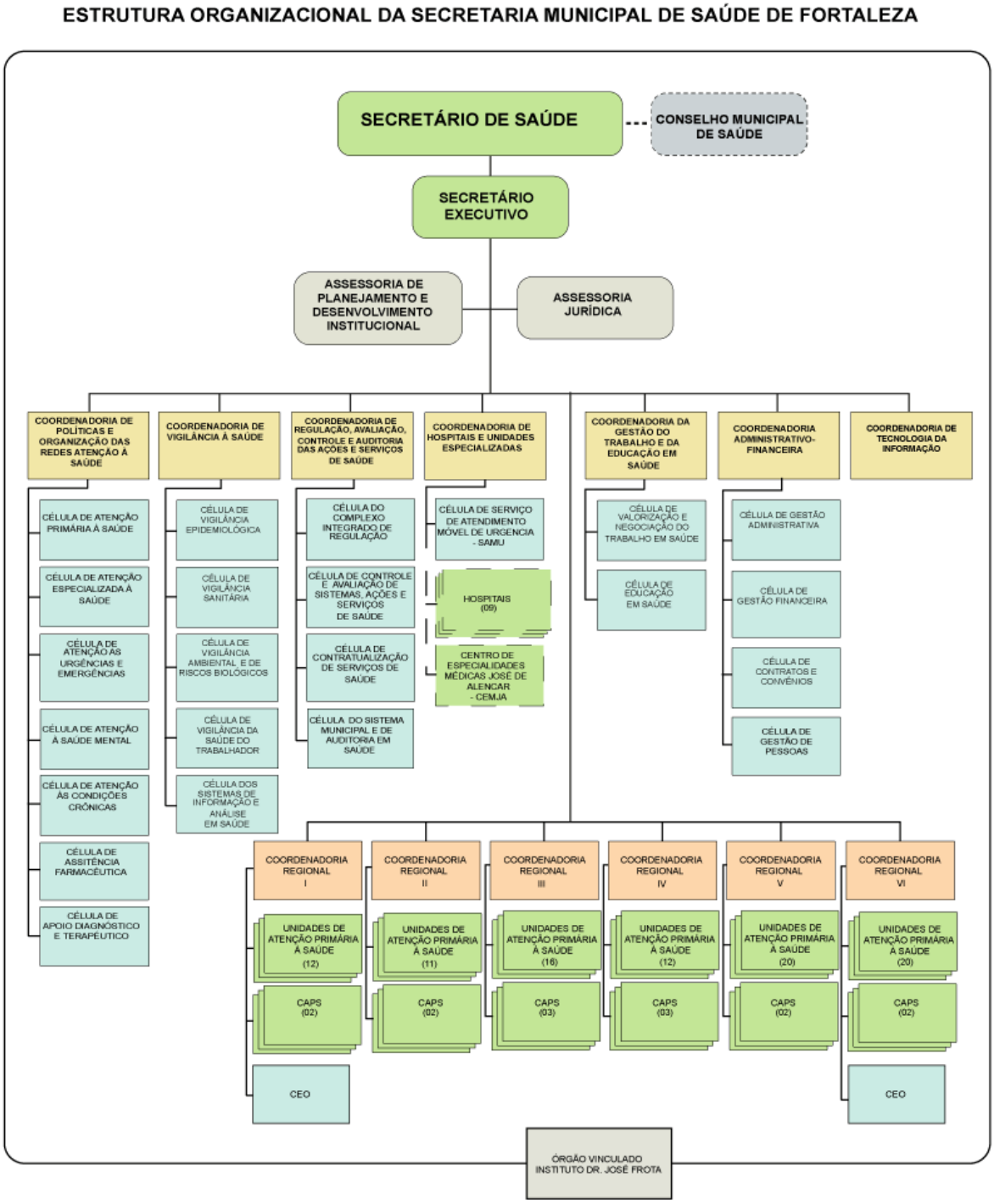


Figura 1. Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/Ce

Fonte: FORTALEZA, 2013a

De modo geral, as demandas chegam à Vigilância Sanitária nas SR pelos seguintes canais: i) Acolhimento da SR: pedido de Registro Sanitário (RS) inicial e RS renovação; ii)

Ouvidoria: denúncias; iii) Procuradorias; iv) CORES, CEVISA, COVIS, SMS; v) Coordenadoria do Meio Ambiente; vi) Controle de endemias.

4.1.4. Processo de trabalho no encaminhamento de denúncias – Competências da Ouvidoria da Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA)

A Ouvidoria foi instituída na CEVISA em agosto de 2010, sendo um dos objetivos desta Ouvidoria contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. As Ouvidorias Públicas se apresentam como instrumentos autênticos da democracia, na medida em que possibilitam à sociedade o exercício do direito à participação e ao Controle da Administração Pública, buscando ser um canal de comunicação e articulação entre o cidadão que exerce o seu papel no controle social e o gestor, visando contribuir para uma melhoria contínua dos serviços prestados pelo SUS. Elas também buscam assegurar ao cidadão a oportunidade de participar da Gestão de Políticas Públicas de Saúde, traduzida na capacidade de manifestar suas sugestões, reclamações, denúncias e elogios, através de canais ágeis, eficientes e eficazes.

De acordo com a Portaria Nº 8, de maio de 2007, as demandas deverão ser encaminhadas aos órgãos no prazo de 03 (três) dias úteis. O prazo máximo para a conclusão das demandas no Sistema será estabelecido pelo teor das manifestações que, por sua vez, determinará as prioridades especificadas a seguir: a) Urgente - até 15 dias; b) Alta - até 30 dias; c) Média - até 60 dias; d) Baixa - até 90 dias. Na figura 3 podemos observar o fluxograma utilizado pela ouvidoria no processamento das denúncias.

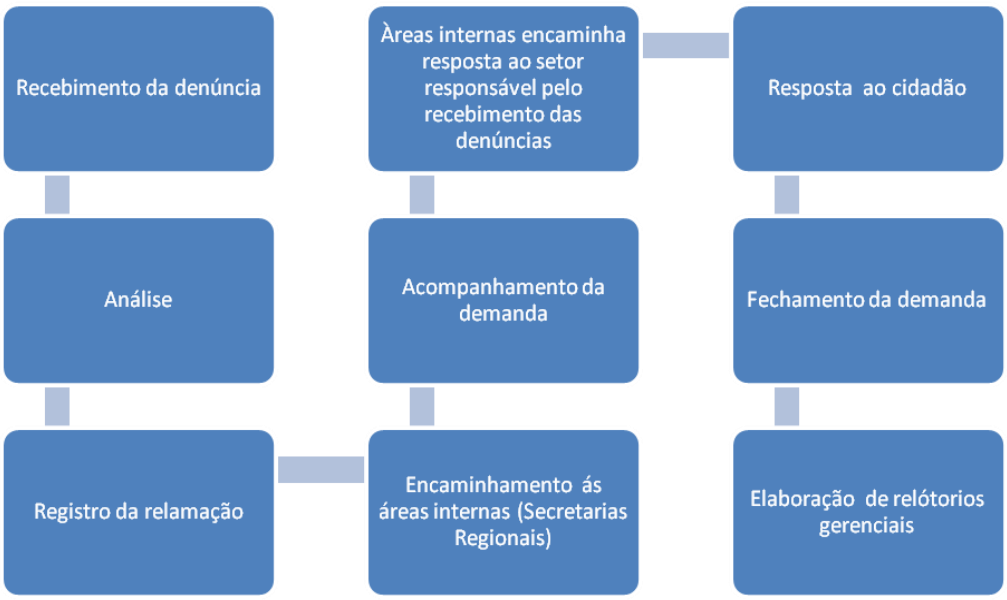


Figura 2. Fluxograma utilizado no encaminhamento de denúncias
Fonte: CEVISA, 2014[3]

A média mensal de denúncias no ano de 2013 foi de 70 denúncias, sendo a maior concentração referente a SR II, conforme gráfico 1.

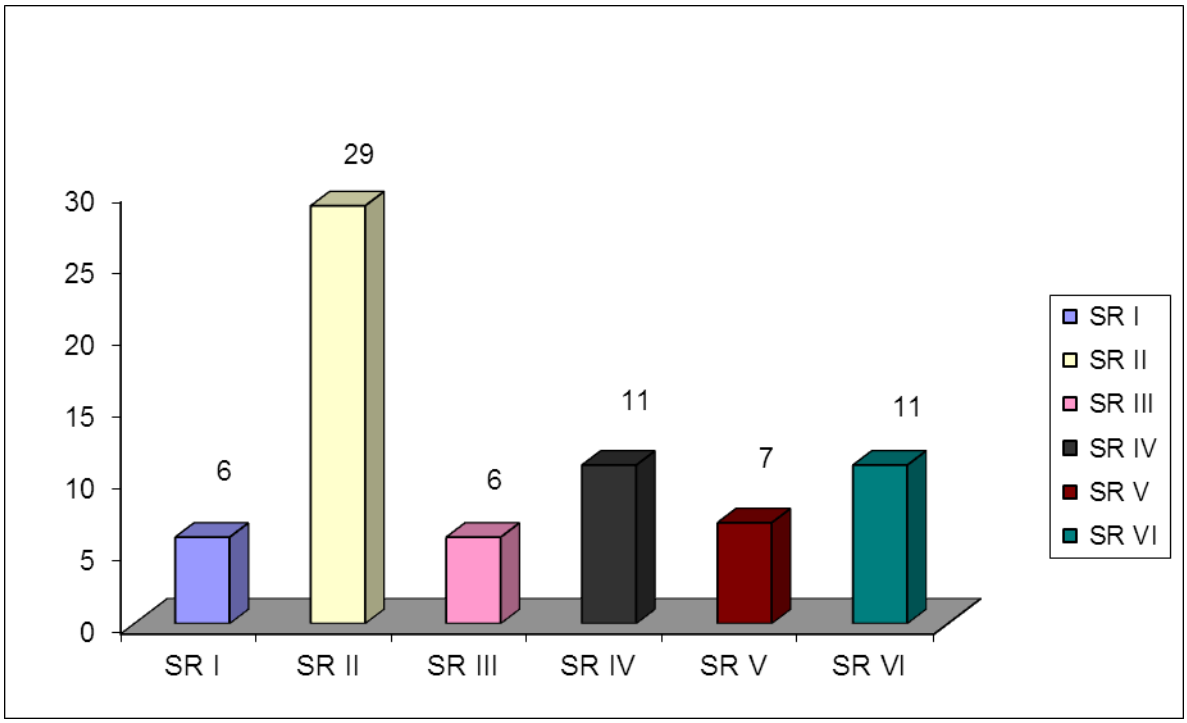


Gráfico 1. Média mensal de denúncias recebidas na Ouvidoria da CEVISA, por Secretaria Regional, no ano de 2013. Fortaleza/Ceará
Fonte: CEVISA, 2014

4.1.5. Processo de trabalho na emissão e renovação de registro sanitário no município de Fortaleza, Ceará

Atualmente, no município de Fortaleza, para que um estabelecimento tenha seu registro sanitário inicial e alvará de funcionamento, é necessário que ele abra processos para concessão das licenças na Secretaria Regional da qual faz parte. Segundo a Lei Complementar 93, de 29 de agosto de 2011, Artigo 15º, *"não será emitido Registro Sanitário sem que haja um alvará ou um termo de permissão ou de concessão que o preceda. Sempre que possível o registro sanitário e o alvará de funcionamento deverão ser emitidos conjuntamente"*.

[3] Informações repassadas ao grupo pela Ouvidoria/CEVISA

Segundo o artigo 14 da Lei Complementar n° 93/2011 do município de Fortaleza, o registro sanitário *é o documento que formaliza o controle sanitário do estabelecimento, visando garantir boas condições de funcionamento no tocante à saúde da população.* Para fins de concessão de registro sanitário, os estabelecimentos são classificados em função do risco atribuído às atividades executadas, de acordo com a Portaria n° 186/2012. Segundo o artigo 4° da referida portaria,

> *I– Classifica-se como atividade de baixo risco sanitário aquela que, por sua abrangência ou tipicidade, não ofereça flagrante agravo à saúde coletiva ou individual, por exposição à contaminação física, química ou biológica.*
> *II– Classifica-se como atividade de alto risco sanitário aquela que, por sua abrangência ou tipicidade, ofereça flagrante agravo à saúde coletiva ou individual, por exposição à contaminação física, química ou biológica.*

A Portaria supracitada refere ainda, em seu artigo 5° que os estabelecimentos classificados como de alto risco necessitam de vistoria prévia para fins de concessão de registro sanitário. Os de baixo risco ficam dispensados de vistoria prévia para fins de concessão de licenças.

Vários documentos são necessários na instrução do processo de solicitação de registro sanitário, conforme a Portaria Municipal n°. 26/2002, alguns desses são emitidos por outros órgãos também ligados à Prefeitura. No caso de estabelecimentos produtores de resíduos vegetais, inertes e sépticos, a legislação do município os obriga a apresentar Plano de Gerenciamento dos seus resíduos, Decreto Municipal n° 10.696/2000, e este deve ser aprovado pela Secretaria de Urbanismo e Meio Ambiente – SEUMA, segundo o Decreto Municipal 11.633/2004.

O Plano de Gerenciamento aprovado pela SEUMA é um dos documentos necessários para a concessão do registro sanitário. O contribuinte deve protocolar simultaneamente na Secretaria Regional, para concessão do registro, e na SEUMA, para aprovação do Plano de Gerenciamento. Em seguida, a fiscalização deve ir ao estabelecimento. Os fiscais da vigilância sanitária averiguarão as condições sanitárias do local enquanto os fiscais da SEUMA averiguarão o Plano de Gerenciamento.

4.2 Percurso Metodológico

Como ferramentas utilizadas para a construção do projeto aplicativo, o grupo aponta como mais significativas as oficinas com discussões em grupos, utilização de brainstorming, matrizes anteriormente formatadas para priorização (seleção) de problemas, para explicação do problema (árvore de problemas) e para identificação e relevância de atores sociais.

Foram realizadas três oficinas de trabalho no segundo semestre de 2013 com o objetivo de iniciar a construção do Projeto Aplicativo. A primeira foi focada na identificação do problema, a segunda na priorização e explicação do problema e a terceira na construção de indicadores e seleção dos atores sociais envolvidos no problema.

A OTPA1 funcionou como uma aproximação das realidades vividas pelos participantes do grupo na rotina dos serviços. No processo de categorização, após agrupar os problemas inicialmente elencados pelos participantes, foram identificados os seguintes macroproblemas:

- ⇨ Articulação deficitária nos âmbitos intra e intersetorial;
- ⇨ Não cumprimento das políticas públicas para coibir os abatedouros clandestinos;
- ⇨ Baixo investimento em pesquisa e produção do conhecimento;
- ⇨ Carência de recursos humanos e materiais;
- ⇨ Deficiência na comunicação da organização do SNVS para com a sociedade;
- ⇨ Baixa cobertura da fiscalização;
- ⇨ Dificuldade da implementação de políticas em educação permanente.

Confrontando estes com os macroproblemas apontados por especialistas, pudemos nos identificar e perceber que os problemas enfrentados aqui não são diferentes dos enfrentados pela VISA no País como um todo, conforme a figura 4.

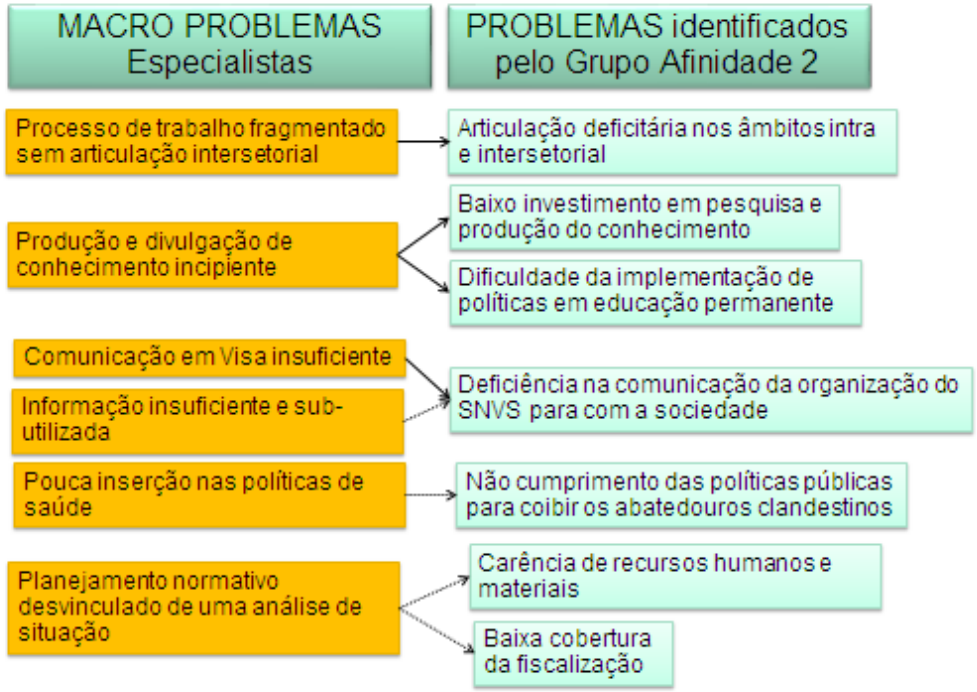


Figura 3. Comparativo entre os Macro-problemas apresentados pelos especialistas do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e dos especializados do Grupo Afinidade 2

Fonte: Ministério da Saúde: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2013; OTPA 1 realizada pelo Grupo Afinidade 2 em 17/09/2013.

Na OTPA2, o grupo utilizou duas matrizes de seleção de problema, a primeira referente ao valor e interesse que cada membro atribuía a cada problema e a segunda referente à importância, urgência e governabilidade. Cada membro do grupo relatou como havia preenchido a primeira matriz e, em um segundo momento, a segunda matriz foi preenchida de forma coletiva. Foram considerados no preenchimento das matrizes os problemas previamente discutidos na OTPA1.

O quadro 1 mostra o resultado da priorização do problema, resultante dos valores atribuídos na matriz 2.

Quadro 1. Matriz 2 de Seleção de Problema – GA 2 - DINAVISA

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	GOVERNABILIDADE	ORDEM DE PRIORIZAÇÃO
Articulação deficitária nos âmbitos intra e intersetoriais	20	20	5	45

Não cumprimento das políticas públicas para coibir os abatedouros clandestinos;	20	20	0	40
Baixo investimento em pesquisa e produção do conhecimento	20	10	0	30
Carência de Recursos Humanos e Materiais	20	20	0	40
Deficiência na comunicação da organização do SNVS para a Sociedade	20	15	5	40
Dificuldade na implantação de políticas em educação permanente	20	15	0	35

PADRÕES	**CLASSIFICAÇÃO**
Importância	Muito baixa => 0 Baixa => 5 Média => 10 Alta => 15 Muito alta => 20
Urgência	Atribuir o máximo de 50 pontos
Governabilidade	Dentro => 10 Parcial => 5 Fora => 0

Fonte: OTPA 2 – Produzido pelo grupo DINAVISA em 22/10/2013

A articulação deficitária nos âmbitos intra e intersetoriais foi o problema priorizado, e, após ser reescrito pelo grupo, passou a ser considerado da seguinte forma: ***Ausência de articulação nos âmbitos intra e intersetoriais para o desenvolvimento das ações de VISA***.

A etapa seguinte da OTPA 2 foi a explicação do problema. Para este fim, o grupo discutiu possíveis causas e consequências para o problema e organizou as respostas em uma “árvore de problema”. O produto desta construção coletiva foi sistematizado na figura 5.

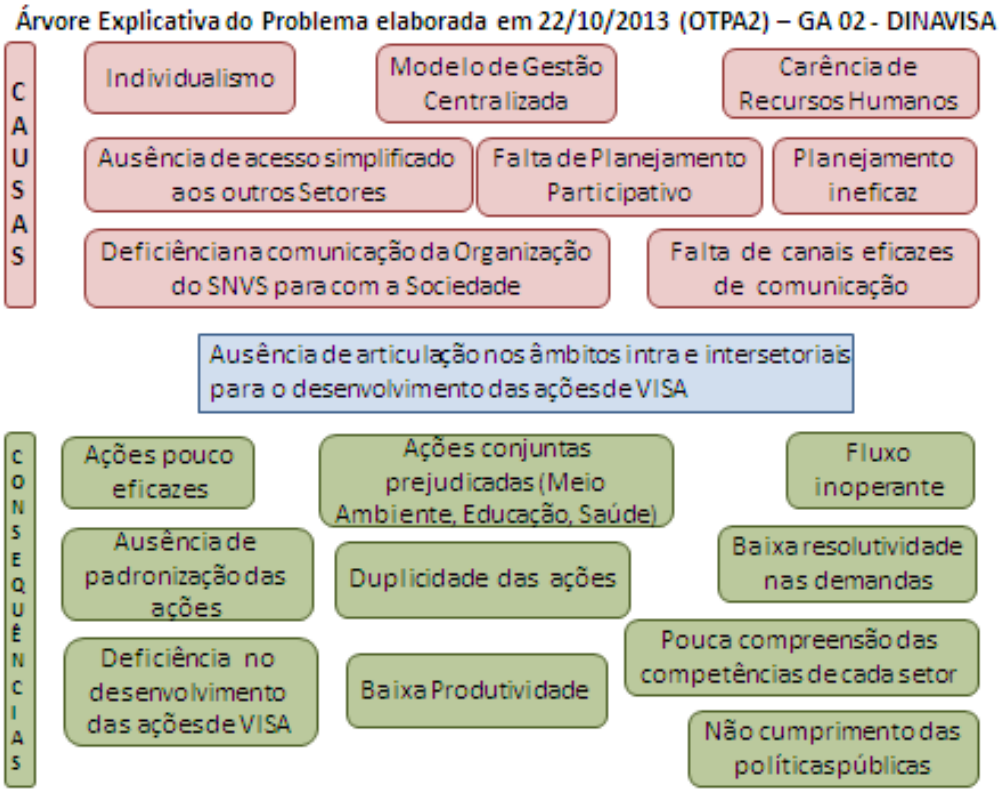


Figura 5. “Árvore explicativa” para o problema *Ausência de articulação nos âmbitos intra e intersetoriais para o desenvolvimento das ações de VISA*, formulada pelo grupo afinidade 2 (DINAVISA) em Oficina de Trabalho realizada em 22/10/2013.
Fonte: Construção do Grupo

Na terceira oficina, realizada pelo grupo em 19 de novembro de 2013, foram identificados os atores sociais. Como resultado deste exercício e de discussões posteriores, os atores sociais mais relevantes apontados pelo grupo para viabilizar o Projeto de Intervenção proposto foram:

- Coordenadora da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS/SMS);
- Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA/SMS);
- Coordenadora da Coordenadoria de Licenciamento (COL/SEUMA);
- Coordenador da Coordenadoria de Fiscalização e Controle (COFIS/SEUMA);
- Coordenador de VISA de cada Secretaria Regional;
- Coordenador de Infraestrutura e Controle Urbano de cada Secretaria Regional;
- Representante da Associação dos Fiscais do Município de Fortaleza;
- Representante do Ministério Público;
- Coordenador (a) da Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Trabalho.

4.3 Proposta de Intervenção

A proposta de intervenção do grupo foi desenhada utilizando como ponto de partida a discussão sobre o problema *ausência de articulação nos âmbitos intra e intersetoriais para o desenvolvimento das ações de VISA*, com a intencionalidade de pensar ações com vistas a *implementar estratégias para potencializar as articulações intra e intersetorial para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário pela Vigilância Sanitária no município de Fortaleza, Ceará.* Partindo deste objetivo geral, a equipe propõe três ações principais para tratar dos objetivos específicos anteriormente explicitados. Foi realizada análise da viabilidade do plano, considerando principalmente a experiência dos gestores de VISA/Vigilância à Saúde e dos fiscais de VISA do município de Fortaleza presentes no grupo afinidade 2. As ações propostas foram:

1. Descrever processos de trabalho vigentes para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário;
2. Propor modelo de processo de trabalho e estabelecer novo fluxo de trabalho;
3. Realizar atividades de educação permanente para promoção da intra e intersetorialidade.

Para cada ação proposta o grupo construiu uma matriz com o detalhamento das estratégias a serem desenvolvidas para realização das ações, atores sociais mais relevantes a serem envolvidos no processo, descrição de recursos materiais necessários, prazos para realização da ação e indicadores para avaliar as ações. As matrizes construídas pelo grupo foram sistematizadas nos quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2. Matriz de detalhamento referente à ação: Descrever processos de trabalho vigentes para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário

OBJETIVO 1	Construir modelo de processo de trabalho intra e intersetorial para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário				
AÇÃO (O quê)	**ESTRATÉGIA** (Como)	**ATORES** (Com quem)	**RECURSOS**	**PRAZOS**	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
Descrever processos de trabalho vigentes para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário	• Instituir Grupo de Trabalho para descrever processos de trabalho vigentes, com reuniões semanais; • Após a descrição do processo de trabalho, sistematizar os principais entraves observados.	• Coordenadora da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS/SMS); • Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA/SMS); • Coordenadora da Coordenadoria de Licenciamento (COL/SEUMA); • Coordenador da Coordenadoria de Fiscalização e Controle (COFIS/SEUMA); • Coordenador (a) de VISA de cada Secretaria Regional; • Coordenador de Infraestrutura e Controle Urbano de cada Secretaria Regional; • Representante da Associação dos Fiscais do Município de Fortaleza; • Representante da Ouvidoria da CEVISA, SEUMA e das Regionais; • Coordenador (a) da Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Trabalho.	• Sala de Reuniões; • Computador; • Projetor Multimídia; • Material de Expediente; • Livro-ata	2 meses	• Processo de Trabalho descrito

Fonte: Construído pelo Grupo Afinidade 2 – DINAVISA

Quadro 3. Matriz de detalhamento referente à ação: Propor modelo de processo de trabalho e estabelecer novo fluxo de trabalho

OBJETIVO 1	Construir modelo de processo de trabalho intra e intersetorial para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário				
AÇÃO (O quê)	**ESTRATÉGIA** (Como)	**ATORES** (Com quem)	**RECURSOS**	**PRAZOS**	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
Propor modelo de processo de trabalho e estabelecer novo fluxo de trabalho	• Instituir Comitê Intersetorial para propor modelo e acompanhar seus desdobramentos, com reuniões mensais.	• Coordenadora da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS/SMS); • Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA/SMS); • Coordenadora da Coordenadoria de Licenciamento (COL/SEUMA) • Coordenador da Coordenadoria de Fiscalização e Controle (COFIS/SEUMA); • Coordenador (a) de VISA de cada Secretaria Regional; • Coordenador de Infraestrutura e Controle Urbano de cada Secretaria Regional; • Representante da Associação dos Fiscais do Município de Fortaleza; • Representante da Ouvidoria da CEVISA, SEUMA e das Regionais; • Coordenador (a) da Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Trabalho.	• Sala de Reuniões; • Computador; • Projetor Multimídia; • Material de Expediente; • Livro-ata	6 meses	• Modelo e fluxo construídos • % de Regionais com modelo implantado

Fonte: Construído pelo Grupo Afinidade 2 – DINAVISA

Quadro 4. Matriz de detalhamento referente à ação: Realizar atividades de educação permanente para promoção da intra e intersetorialidade

OBJETIVO 2	Promover ações de educação permanente com vistas à disseminação da importância do trabalho intra e intersetorial no encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário				
AÇÃO (O quê)	**ESTRATÉGIA** (Como)	**ATORES** (Com quem)	**RECURSOS**	**PRAZOS**	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**
Realizar atividades de educação permanente para promoção da intra e intersetorialidade	• Instituir Grupo de Estudo para formular proposta e conduzir processo de educação permanente para o objeto em discussão; • Realizar oficinas para a disseminação da importância do trabalho intersetorial.	• Coordenador (a) da Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Trabalho; • Coordenadora da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS/SMS); • Coordenadora da Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA/SMS); • Coordenadora da Coordenadoria de Licenciamento (COL/SEUMA) • Coordenador da Coordenadoria de Fiscalização e Controle (COFIS/SEUMA) • Coordenador de VISA de cada Secretaria Regional; • Coordenador de Infraestrutura e Controle Urbano de cada Secretaria Regional; • Fiscais lotados nas Secretarias Regionais; • Profissionais da área administrativa lotados nas Coordenações de VISA e de Infraestrutura e Controle Urbano nas Secretarias Regionais; • Representante da Ouvidoria da CEVISA, SEUMA e das Regionais.	• Sala de Reuniões; • Auditorio; • Computadores; • Projetor Multimídia; • Material de Expediente; • Impressos; • Acesso à base de dados de revistas científicas	4 meses para o início das oficinas	• Nº de encontros do Grupo de Estudos por ano; • Nº de oficinas realizadas por ano; • Nº de profissionais participantes/ Nº total de profissionais.

Fonte: Construído pelo Grupo Afinidade 2 – DINAVISA

4.4. Gestão do Plano

A etapa de gestão do plano é condição essencial para a execução do plano e compreende a previsão de mecanismos de monitoramento, indicadores e avaliação do mesmo, além de delimitar a equipe responsável pela sua execução e acompanhamento.

O processo de monitoramento do plano de intervenção dar-se-á conforme proposto na tabela abaixo.

Quadro 5. Proposta de Monitoramento do Plano

Ações Propostas	**Monitoramento**			**Responsável**
	Indicador	**Fonte de verificação**	**Periodicidade**	
Descrever processos de trabalho vigentes para o encaminhamento de denúncias, emissão e renovação de Registro Sanitário	Processo de Trabalho descrito	Relatórios do grupo de trabalho	Mensal	Coordenadora da CEVISA
Propor modelo de processo de trabalho e estabelecer novo fluxo de trabalho	-Modelo e fluxo construídos -% de Regionais com modelo implantado	Relatórios do Comitê	Mensal	Coordenadora da CEVISA
Realizar atividades de educação permanente para promoção da intra e intersetorialidade	- Nº de encontros do Grupo de Estudos por ano; - Nº de oficinas realizadas por ano; - Nº de profissionais participantes/ Nº total de profissionais.	- Lista de Presença e Ata da Reunião; - Lista de Presença; - Lista de Presença	Semestral	Coordenador (a) da Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Trabalho;

Fonte: Construído pelo Grupo Afinidade 2 – DINAVISA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. U. L. *Uma caracterização de ações intersetoriais de vigilância sanitária: o caso da vigilância do leite no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, [s.n.], 56p., 2009.

ANDRADE, L.O. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BARBOSA, J. P. A. *História de Saúde Pública do Ceará: Da Colônia à Vargas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

_____. *Origens e Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde*. Fortaleza, Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

BARROS, A. *Saúde, Sociedade e Imprensa* – A visibilidade do cidadão na cobertura da Vigilância Sanitária. (Dissertação de Mestrado em Comunicação) – Universidade de Brasília; 2007.

BOTELHO, J. BOSCO e LIMA, Heraldo. Pajé Reconstrução e Ciência e Sobrevivência. In História, Ciência e Saúde, Manguinhos, vol.13, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed. rev. atual. após a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 98p, 2005.

BRASIL. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento, 2006.

CASTRO, Liberato de. Arquitetura Eclética no Ceará, in Ecletismo na Arquitetura Brasileira. SÃO PAULO, Nobel: EDUSP,1970.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Rio de Janeiro, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005.

_____. *Educação permanente em saúde*. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; p. 107-12, 2006.

CECCIM, R.B. *et. al.* A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. Porto Alegre, *Revista Ciência & Saúde*, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

COSTA, E.A. *Vigilância Sanitária: temas para debate* - Salvador: EDUFBA, 2009. 240 p. – (Coleção Sala de Aula, 7).

FRACOLLI *et. al*. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? São Paulo, *Revista Saúde e Sociedade*, v.17, n.2, p.184-192, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2010-2013*/Secretaria de Saúde, 2013.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. *Manual de Estruturas da Reforma Administrativa* – Etapa I. 2013a, 279p. Disponível em: < http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/manual_das_estruturas_administrativas_pmf_final.pdf> Acessado em 14 de maio de 2014

INOJOSA, R.M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Rio de Janeiro, *Revista de Administração Pública* – RAP, v.32, n.2 p.35-48, mar./abr. 1998.

INOJOSA, R.M; JUNQUEIRA, L. *O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade*. Cadernos FUNDAP n. 21, p. 156-164. 1997.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Rio de Janeiro, *Revista de Administração Pública* - RAP, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Rio de Janeiro, *Revista de Administração Pública - RAP*; v. 34, p. 35-45, 2000.

MARTINS, M.A.F. *et. al. Guia de orientações básicas: para ouvir a vigilância sanitária*. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Brasília, 36p.; julho, 2007.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista katálysis.* Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. São Paulo, *Interface – Comunicação, Saúde e Educação,* n. 9, v.16, p.172-174. 2005.

PIOVESAN *et. al.* Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. São Paulo: *Rev Bras Epidemiol*, v. 8, n. 1, p. 83-95. 2005.

PEREIRA, J. G. *Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde*: em foco o Distrito do Butantã. 2007. Dissertação - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PONTE, Sebastião. *Fortaleza Belle Époque – Reformas e Controle Social (1886 – 1930)*. 3ª Edição. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2001.

RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade – experiência de Fortaleza. São Paulo, *Revista Saúde e Sociedade*, v. 6, n. 2, p.47-54. 1997.

ROCHA, M.P.C. A questão cidadania na sociedade da informação. C*i. Inf., Brasília*, v. 29, n. 1, p. 40-45, jan./abr. 2000.

ROVERE, M. Comentários estimulados pela leitura do artigo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. São Paulo: *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v.9, n.16, p.169-171. 2005.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à*

prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador**:** Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 5-39, 2005.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Brasília, *Revista Brasileira de Enfermagem* , v.63, n.5, p. 762-769, set/out. 2010.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento Municipal em Saúde*. Salvador*:* Ed. Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL, organizadores. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

URIBE RIVERA, Francisco Javier, 1989. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, v.5, n.1, p. 61-81, jan/mar. 1989.

WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Rio de Janeiro, *Ciência e Saúde Coletiva* [online]. v.11, n.1, p. 145-154. 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100022>. Acessado em: 14 de maio de 2014.