

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE

ADRIANA KARLA CAVALCANTI FIGUEIREDO

PERFIL DE DENÚNCIAS RECEBIDAS PELA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DURANTE O ANO DE
2009 EM OLINDA - PE

RECIFE
2010

ADRIANA KARLA CAVALCANTI FIGUEIREDO

**PERFIL DE DENÚNCIAS RECEBIDAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DURANTE O ANO DE 2009 EM OLINDA - PE**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz/NESC), para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Tereza Maciel Lyra

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

F475p Figueiredo, Adriana Karla Cavalcanti.
Perfil de denúncias recebidas pela vigilância sanitária durante o ano de 2009 em Olinda - PE./ Adriana Karla Cavalcanti. — Recife: A. K. C. Figueiredo, 2010.
40 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Tereza Lyra.

1. Vigilância sanitária 2. Denúncias. 3. Serviços de saúde. I. Lyra, Tereza. II. Título.

CDU 614.3

ADRIANA KARLA CAVALCANTI FIGUEIREDO

**PERFIL DE DENÚNCIAS RECEBIDAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DURANTE O ANO DE 2009 EM OLINDA - PE**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz/NESC), para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Tereza Maciel Lyra
CPqAM/Fiocruz

Mestre Márcia Cavalcanti Marcondes
Prefeitura Municipal de Olinda

DEDICATÓRIA

À minha mãe Neusa Cavalcanti Figueiredo, que é um exemplo de coragem, força e luta e que me inspira em todos os momentos desta vida.

Ao meu marido Glauco Pinto, que, com muita paciência, me acompanhou e me estimulou bastante para que eu chegasse até o fim.

A minha filha Mariana pela graça de tê-la comigo nesta vida e pelo carinho e incentivo de me apoiar a alcançar novos horizontes.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente colaboraram comigo na conclusão deste projeto, estando presente em todos os dias de minha vida e pela cumplicidade e companheirismo de dividir comigo momentos tristes e alegres.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por existir neste plano terrestre e pela a oportunidade de estar contribuindo com a saúde pública através do meu contínuo trabalho.

À orientadora Tereza Maciel Lyra pelo apoio na condução deste trabalho.

Aos diretores, coordenadores e equipe técnica do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz/NESC), por procurar sempre atualizar os profissionais e com isso fortalecer as ações de saúde coletiva no Estado de Pernambuco.

Aos docentes do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde que contribuíram para o meu crescimento profissional.

A Secretária de Saúde de Olinda, Tereza Miranda, que permitiu o acesso a informações relevantes para a realização deste trabalho.

A Márcia Marcondes, diretora de Vigilância à Saúde de Olinda, pelo apoio e compromisso.

Aos amigos e técnicos da VISA Olinda pelo carinho e colaboração em todos os momentos que preciso.

À amiga Claudenice Pontes pelo comprometimento com a saúde pública, pela oportunidade de conviver com um espírito evoluído e mentor e pela colaboração neste trabalho.

Ao amigo Semente, pela paciência, persistência e confiança no nosso potencial.

FIGUEIREDO, Adriana Karla Cavalcanti. Perfil de Denúncias Recebidas pela Vigilância Sanitária Durante o Ano de 2009 em Olinda - PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A Vigilância Sanitária (VISA) faz parte do conjunto das ações e serviços de saúde que constituem o SUS, foi regulada no Brasil pela Lei Federal nº 8.080/90 e suas ações são baseadas na avaliação, gerenciamento e comunicação de riscos a saúde. Tem caráter prioritário por sua natureza preventiva, e como tem poder de polícia só pode ser exercida pelo Estado. Seu campo de atuação é amplo e quase inesgotável, intervindo em todos os aspectos que possam estar relacionados à saúde dos cidadãos. É uma atividade de visão intersetorial, pois a qualidade do seu trabalho depende da integração e do envolvimento de diversos órgãos e setores governamentais, mas principalmente da participação da sociedade civil organizada para desenvolver suas tarefas cotidianas de fiscalização e controle. Dessa forma, objetivamos analisar o perfil das denúncias recebidas pela População do Município de Olinda – PE, recolhendo informações registradas no setor de protocolo da VISA, durante o ano de 2009, cadastradas e analisadas em sistema de informação, onde observamos que os serviços de alimentação predominaram em relação aos demais tipos de estabelecimentos, destacando-se a higienização precária do ambiente como principal natureza da denúncia, além de uma maior concentração de denúncias em um dos Distritos Sanitários (DS II).

Palavras chaves: Vigilância Sanitária, denúncias, controle social.

FIGUEIREDO, Adriana Karla Cavalcanti. Profile of Complaints Received by Health Surveillance During the Year 2009 in Olinda - PE. 2010. Monograph (Specialization in Management System and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2010.

ABSTRACT

The CDC (VISA) is part of the set of actions and health services that constitute the SUS in Brazil was governed by Federal Law No. 8.080/90 and its actions are based on the assessment, management and communication of health risks. It has a priority for its preventive nature, and how have the police power may be exercised by the state. His field of expertise is broad and almost inexhaustible, intervened in all aspects that are related to the health of citizens. It is a vision intersectoral activity, because the quality of your work depends on the integration and involvement of various agencies and government sectors, but especially the participation of civil society organizations to develop their daily tasks of supervision and control. Thus, we aimed to analyze the profile of complaints received by the population of the city of Olinda - PE, gathering information recorded in the sector of the VISA Protocol for the year 2009, registered and analyzed information system, where we observed that the food service prevalent in relation to other types of establishments, especially the poor hygiene of the environment as the primary nature of the complaint, and a higher concentration of complaints in a Sanitary Districts (DS II).

Keywords: Health Surveillance, complaints, social control.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 A Construção da Vigilância Sanitária.....	09
1.2 A Vigilância Sanitária de Olinda	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 HIPÓTESE	18
4 OBJETIVO GERAL	19
4.1 Objetivo Geral	19
4.2 Objetivos Específicos	19
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
5.1 Tipos de pesquisa	20
5.2 Área do Estudo	20
5.3 Análise dos Dados.....	21
5.4 Variáveis do Estudo	21
5.5 Considerações éticas.....	21
6 RESULTADOS	23
7 DISCUSSÃO	31
8 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO A – Ficha de Denúncia	35
ANEXO B – Termo de Notificação	36
ANEXO C – Termo de Inutilização	37
ANEXO D – Auto de Infração	38

1 INTRODUÇÃO

A proteção da saúde é um dos direitos básicos mais importantes do ser humano. No Brasil, a legislação que trata do assunto é bastante abrangente, sendo a mais importante de todas, a Constituição Federal, onde admite que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação” (BRASIL, Constituição, 1988, art. 196).

Com a Constituição Federal de 1988 assumindo a saúde como um direito social, atribuindo ao Estado o papel de provedor dessas condições e, no artigo 200, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de concretizar esse direito, a definição de VISA fica claramente expressada na Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 de acordo com o artigo 6º, parágrafo 1º, da seguinte forma:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990a)

Após essa definição podemos perceber a VISA como espaço de intervenção do Estado para adequação do sistema de produção de bens e serviços de interesse à saúde e os ambientes às demandas da sociedade em saúde. A VISA 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 para impulsionar ações e movimentos de participação social.

Para garantir a qualidade e a segurança de uma extensa lista de produtos e serviços oferecidos à população, a Vigilância Sanitária (VISA) desenvolve diversas atividades que abrangem todos os segmentos do mercado, direta ou indiretamente relacionados à saúde. São os setores de alimentos, medicamentos, saneantes (como cloros, inseticidas, raticidas, etc.), equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças, serviços médicos, hospitalares,

odontológicos, estéticos e vários outros. Ainda que o controle sanitário seja essencial e eficaz, não se pode afirmar que ele seja capaz de prevenir todos os riscos. Para combater esse tipo de problema, é preciso que a população atue em parceria com a VISA, fiscalizando, recusando produtos e serviços inadequados ao consumo e denunciando práticas ilegais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007).

A VISA exerce um papel importante na estruturação do SUS, devido às suas funções: normativa e fiscalizadora sobre os serviços, produtos e insumos terapêuticos de interesse à saúde; preventiva de riscos; possibilita interação com a sociedade, promovendo a saúde, a ética e os direitos de cidadania, assumindo, entre as práticas de saúde pública, singularidade pela base jurídico-legal, em que se fundamentam suas ações. Os poderes normativos e, também, as características disciplinares de apurar infrações e aplicar penalidades constituem o chamado poder de polícia administrativa, que consiste na limitação dos direitos individuais em benefício do interesse público.

1.1 A Construção da Vigilância Sanitária

No contexto histórico do desenvolvimento técnico das práticas sanitárias, fica evidenciado que a partir do Renascimento, o conhecimento humano e a técnica se aprimoram, modificando conceitos e rotinas, revolucionando o panorama de saúde vigente. Com o acontecimento da Revolução Industrial, iniciada na metade do século XVII, profundas modificações e repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde coletiva seriam determinadas (RODRIGUES, 1979, p. 13).

Segundo Eduardo (1998), na Europa as ações de VISA se originaram nos séculos XVII e XVIII e no Brasil nos séculos XVIII e XIX. A partir daí, deu-se início à sistematização das questões referentes à higiene individual e coletiva. As ações hoje denominadas de Vigilância Sanitária assumiram, no século XVIII, o caráter de polícia médica ou polícia sanitária. Essa afirmação fica bem expressada, segundo (COSTA, 1986):

Ações de vigilância sanitária constituem a mais antiga face da Saúde Pública. Desde épocas imemoriais as sociedades, sob os mais diversos modos de produção da vida social, vêm tentando exercer controle sobre elementos essenciais à vida em coletividade e que geram ameaças à saúde e à vida. Constata-se que as primeiras ações do campo da Vigilância não foram instituídas com o modo de produção capitalista, nem sob o domínio da medicina e que desde a sua origem visam o controle sanitário do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de numerosos produtos, tecnologias e serviços – objetos de

trocas comerciais – intrinsecamente envolvidos no complexo saúde – doença – cuidado – qualidade de vida (COSTA, 1986, p. 15).

No Brasil, somente com a chegada da família real portuguesa em 1808, é que se desencadearam mudanças relacionadas com as necessidades de aumentar a produção, defender a terra e cuidar da saúde da população. O Brasil passou a fazer parte das rotas comerciais inglesas e de outras nações amigas; intensificou-se o fluxo de embarcações e a circulação de passageiros e de mercadorias. Aumentou assim, a necessidade de controle sanitário, para se evitarem as doenças epidêmicas e para se criarem condições de aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional (COSTA, 1986).

Estabeleceram-se normas para o controle sanitário dos portos, instituíram-se a quarentena e o Lazareto, para isolamento de passageiros com doenças contagiosas; o controle de alimentos; a inspeção de matadouros, açougues públicos, boticas, drogas e medicamentos. A criação dos institutos de pesquisas e dos laboratórios de saúde pública, nas últimas décadas do século XIX, forneceu novas bases para a ampliação das práticas sanitárias em geral e em especial, de práticas fundamentais no campo da Vigilância Sanitária (ROZENFELD, 2000).

Criou-se, através do Decreto-Lei nº. 3.987, de 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1897, para estabelecer o controle de mercados, hotéis e restaurantes e responsabilizar-se pela fiscalização de gêneros alimentícios. Ao controle sanitário de produtos se estabeleceram multas e penas de prisão inafiançáveis para os falsificadores de alimentos e outros produtos sob controle do DNSP, como medicamentos e produtos biológicos. Esse diploma legal, tão amplo e detalhado, foi acrescentado de mudanças ao longo do desenvolvimento histórico da Saúde Pública e, em particular, da Vigilância Sanitária em consonância com o processo econômico e social. Houve intensa produção normativa e legal neste período, onde estruturas de saúde passaram por reformas, merecendo destaque a criação, através do Decreto nº 3.171/41, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM). A constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) após a Segunda Guerra, proclamava a saúde como um dos direitos humanos fundamentais e estimulava o aperfeiçoamento da legislação sanitária e de práticas do campo da vigilância, como a Farmacovigilância e a Vigilância Epidemiológica das Toxinfecções Alimentares (ROZENFELD, 2000).

Após a queda do Presidente da República, Getúlio Vargas em 1945, seguiu-se um intenso movimento de entrada de capital estrangeiro no Brasil, inclusive o da indústria químico-farmacêutica e de alimentos. Em 1953, através da Lei nº 1.920, foi criado o

Ministério da Saúde, mantendo em sua estrutura o SNFM, e no ano seguinte criou-se o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos (LCCDM) para realizar análises e estabelecer padrões. Em 1961, o LCCDM incorporou a área de alimentos, passando a incumbir-se da análise prévia e do registro de produtos alimentícios, transformando-se no Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA) (ROZENFELD, 2000).

Em 1961, ao final do governo Kubitschek, regulamentou-se o Código Nacional de Saúde, através da Lei nº 2.312/54, estabelecendo normas gerais sobre defesa e proteção da saúde (ROZENFELD, 2000).

Um grande marco no início da década de 1960 deu-se pelo impacto de graves denúncias na área de alimentos e de medicamentos, tais como as mortes por consumo de peixes contaminados com mercúrio, no Japão; as mortes de animais que se alimentaram com ração com aflatoxinas na Inglaterra; a revelação da contaminação da carne brasileira com fármaco anabolizante; o nascimento de bebês com malformações devido à utilização da talidomida. Houve a partir daí, a regulamentação de importantes áreas. Entraram em vigência normas técnicas para orientar a organização, o funcionamento e a fiscalização das instituições de assistência médico-social, entre outras. (ROZENFELD, 2000).

Depois de instaurada a ditadura em 1964, o país passou a ser conduzido sob o binômio ‘desenvolvimento e segurança’. Esse período corresponde ao aumento da abrangência do campo de ação da Vigilância Sanitária, com a incorporação de novos objetos e práticas de controle, acompanhando o crescimento da produção e do consumo de produtos e serviços de interesse sanitário. No decorrer dos trabalhos da CPI do Consumidor, que levantou denúncias sobre as práticas comerciais da indústria farmacêutica, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso o anteprojeto dando origem a Lei nº 6.360/76, chamada Lei de Vigilância Sanitária, consagrando a VISA como atividade permanente, fundamentada no controle de qualidade. (ROZENFELD, 2000).

O Decreto nº. 79.056/76 formalizou a nova estrutura do Ministério da Saúde, de forma que o campo do controle sanitário passou à condição de secretaria ministerial – a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Se por um lado, a nova estrutura representou o reconhecimento da relevância do setor, por outro lado sedimentou a cisão com a Vigilância Epidemiológica, desperdiçando-se assim, o potencial de utilização dos métodos epidemiológicos nas práticas da Vigilância Sanitária (PIOVESAN, 2002).

Em 1977, a Lei de nº 6.437, atualiza as disposições penais e administrativas, caracterizando trinta e um tipos de infrações sanitárias em geral, discriminando as respectivas

penalidades, tornando-se um instrumento de utilidade abrangente até os dias atuais e trata do processo administrativo, da aplicação do auto de infração, da notificação, da defesa ou da impugnação, da apreensão de amostras, da inutilização de produtos, do cancelamento de registro, etc. (ROZENFELD, 2000).

A década de 1980 se caracterizou pela retomada dos movimentos em direção ao exercício da cidadania e à redemocratização da sociedade brasileira, consagrados na campanha pelas eleições diretas para a Presidência da República e pela instalação da Assembléia Nacional Constituinte. O período também imprimiu suas marcas na história da Vigilância Sanitária, que se tornara mais conhecida, revelando as contradições de um Estado a oscilar entre a proteção à saúde da população e os interesses da produção e da venda de mercadorias e de serviços. A estruturação de inúmeros órgãos estatais ou da sociedade civil, como o Conselho de Defesa do Consumidor, os Programas de Defesa do Consumidor (PROCON), as delegacias e comissões, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e outros, forçaram o governo a pender em direção da balança onde está o cidadão (PIOVESAN, 2002).

Ao final da década de 80, em paralelo ao processo de redemocratização, o país se via mergulhado na inflação, na recessão e no desemprego. Durante o curto período do governo Fernando Collor de Mello houve retrocesso significativo na Vigilância, em função do Projeto Inovar, cujo objetivo central era dar resposta ágil às petições dos produtores, desconsiderando as análises técnico-científicas. Assim, foram liberados irregularmente registros para uma enorme quantidade de produtos, sobretudo medicamentos. Ignorou-se a natureza protetora das ações de vigilância, como se a doutrina do liberalismo e a desregulamentação pudessem sobrepor-se às práticas da vigilância, e se fosse possível esquecer que o modo de produção cria lógicas que entram em choque com os interesses sanitários da coletividade (ROZENFELD, 2000).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a ter a definição explícita de algumas responsabilidades – que até então não eram claras – como a promoção da saúde e as responsabilidades relacionadas à alimentação.

Seguindo os ditames da Constituição, que afirmou ser ‘a saúde um direito de todos’ e destacou as atribuições da Vigilância Sanitária como obrigação do Estado, produziu-se intensa atividade regulatória. Nesse contexto, a visão da Vigilância, como ação da cidadania, e sua fundamentação na epidemiologia e no enfoque de risco, tornaram-se mais consistentes. Adotou-se um conceito amplo e a Vigilância vinculou sua realização às políticas sociais e

econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados não somente à sua recuperação, mas também à sua promoção e proteção (DALLARI, 1995).

Entre os principais marcos normativos do período merecem destaque: a Lei nº. 8.078/90, que estabelece normas de proteção e defesa do consumidor; a Lei nº. 8.080/90, que organiza o Sistema Único de Saúde; a Portaria 1.565/94, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo as bases para a descentralização de serviços e ações; e a Portaria nº. 1.428/93, que aprovaram diretrizes e regulamentos para a Vigilância de alimentos. A Lei nº. 8.080/90, do Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurou uma nova condição jurídico-formal para a Vigilância Sanitária. Nela destaca-se a abrangência das ações de vigilância, ao incluir, entre as competências do SUS, a vigilância de produtos, de serviços, dos ambientes e dos processos de trabalho, através de execução direta ou mediante a participação de outros setores.

A Lei nº 9.782, aprovada em 27 de janeiro de 1999, dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), primeira agência reguladora a área social do país, e dá outras providências na sua área de atuação. A Lei define que a ANVISA tem por finalidade institucional “promover a proteção da saúde da população” por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à VISA, um processo de verdadeiro avanço para a saúde e a qualidade de vida de toda a população (BRASIL, 1999).

Um dos marcos importantes da conjuntura atual foi a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (CONAVISA), em 2001, cujo tema central foi *Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: proteger e promover a saúde construindo cidadania*, atendendo aos anseios dos profissionais de saúde, gestores, sociedade civil organizada, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, e recomendações da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000. Teve como finalidade analisar a situação de vigilância sanitária no país, propor diretrizes para a política nacional de vigilância sanitária, definindo as estratégias para a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, integrante do SUS.

1.2 A Vigilância Sanitária de Olinda

Com base na Constituição da República de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde de 1990 e imensa vontade política e ousadia de querer integrar ações, reorganizar os serviços públicos, elevar a qualidade das ações e serviços de saúde, o município de Olinda iniciou o processo de municipalização e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse esforço criou, de fato, um Sistema de Saúde apoiado nos princípios e diretrizes do SUS, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Houve necessidade de aperfeiçoar a legislação municipal para que a municipalização se completasse com a criação do Código Municipal de Higiene através da Lei Municipal 4413 de 27 de dezembro de 1983. Com a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, a Gerência de Vigilância Sanitária e Epidemiológica foi transformada em Departamento de Vigilância Sanitária – DEVS criando-se melhores condições para a execução das ações de saúde coletiva, incluindo-se ações de saúde do trabalhador.

Esse conjunto de responsabilidades e compromissos compõe os planos de ação de vigilância sanitária, inseridos nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, aprovados nas Comissões Intergestores Bipartites e nos Conselhos de Saúde. O sistema de acompanhamento e avaliação da execução do plano de ação será o instrumento de monitoramento do pacto. Para a negociação e definição das ações de vigilância sanitária no pacto, é prioritária a delimitação de seu universo de atuação e a quantificação dos estabelecimentos em funcionamento no Município. A execução das ações pactuadas será financiada com recursos financeiros federais que compõe o Bloco de Vigilância em Saúde, repassados fundo a fundo, oriundos das fontes da Vigilância Epidemiológica e Ambiental - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde/TFVS e recursos específicos; e da Vigilância Sanitária - Teto Financeiro de VISA/TFVISA.

A partir de 1995, o município encarregou-se de todas as ações de vigilância Sanitária que ainda se encontravam sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde: serviços de saúde, produtos relacionados à saúde, etc. Este conjunto de atribuições requereu grande número de atividades, na maioria processos e papéis, acarretando a ampliação da equipe. Em 2005 as ações de vigilância sanitária foram distritalizadas.

A Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde está inserida na Diretoria de Vigilância em Saúde, onde desenvolve ações de controle sanitário em produtos e estabelecimentos, abrangendo três divisões (Divisão de Controle Serviços de Saúde – DICOSS; Divisão de Controle de Medicamentos e Correlatos – DICMECO; Divisão de

Controle de Alimentos - DICAL) e um Setor de Saúde do Trabalhador - SST, conforme organograma abaixo:

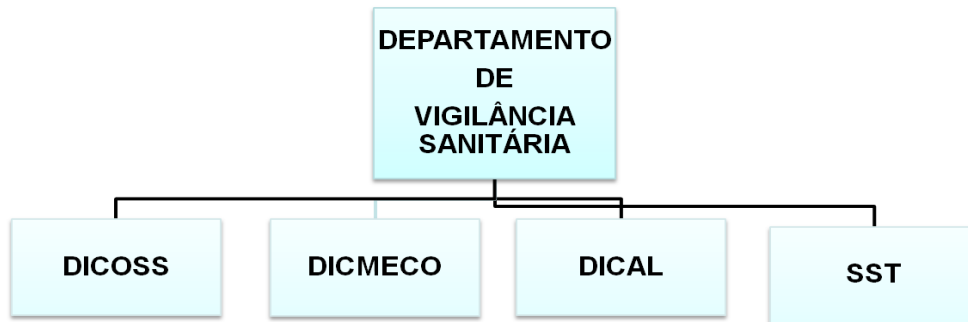


Figura 2 – Organograma da VISA Olinda.

Fonte: Olinda (2010).

A DICOSS abrange o controle dirigido à prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, abrangendo entre outros, a prestação de serviços: médico-hospitalares, de apoio diagnóstico, de hemodiálise, odontológicos e os que utilizam radiação; casas de repouso, de idosos, lares abrigados, centros de convivência, creches, casas de massagem, tatuagem, clínicas de emagrecimento, aplicadoras de produtos relacionados à saúde, escolas dentre outras que podem constituir-se em risco para a população.

A DICMECO compreende o controle da distribuição e comercialização de medicamentos, saneantes domissanitários, produtos químicos, correlatos (entre eles os equipamentos médico-hospitalares e odontológicos), e outros.

A DICAL é responsável pelo controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam à saúde, envolvendo todas as etapas e processos de produção até o consumo final, compreendendo: matérias primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de alimentos, água e bebidas.

O SST desenvolve ações visando defender a vida e a saúde do trabalhador, através da redução dos acidentes do trabalho, das doenças ocupacionais e o do trabalho.

Atualmente as ações do Departamento de Vigilância Sanitária são desenvolvidas no nível central (serviços de média e alta complexidade) e as demais ações nos Distritos sanitários (I e II). Apresenta vinte e um (21) inspetores sanitários e dez (10) agentes de controle sanitário.

Dentre as ações da VISA, na área de fiscalização, está à atividade de recebimento de denúncias sobre produtos e/ou estabelecimentos. O DEVS, conta com um setor de Protocolo

que é responsável por abertura de processos e recebimentos de denúncias. As denúncias recebidas são cadastradas e encaminhadas as Divisões e Setor específico. Este meio de comunicação fortalece o exercício da cidadania, pois o consumidor expressa a sua insatisfação através do exercício de seu direito de proteção à saúde contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos (BRASIL, C.F. 1990). A partir das denúncias são realizadas visitas para averiguação da procedência e fiscalização das condições dos estabelecimentos. Em estudos das denúncias recebidas pela Vigilância Sanitária de Alimentos de Minas Gerais, Brandão (2008), verificou as condições dos estabelecimentos, tanto os que comercializavam quanto os que produziam alimentos, e a aplicação das boas práticas de fabricação.

As providências tomadas são baseadas em instrumentos legais como, emissão de Termo de Notificação (ANEXO B), Termo de Inutilização (ANEXO C) e Auto de Infração (ANEXO D), e, se necessário, encaminhamento das denúncias para outros órgãos. O Auto de Infração (ANEXO D) é lavrado quando o estabelecimento possui alguma irregularidade que ponha em risco a saúde do consumidor, dando origem, nesse caso a um Processo Administrativo Sanitário.

2 JUSTIFICATIVA

Devido ao freqüente número de denúncias recebidas pela VISA e da relevância teórica do estudo consistir no fato de que existem poucos relatos do tema na área de pesquisa em saúde pública, o estudo do perfil das denúncias da VISA será de grande relevância para direcionar as ações de vigilância sanitária, visando aplicação da Legislação vigente, e aos gestores para que seja traçado um mapeamento da situação encontrada no município em relação aos estabelecimentos passíveis de fiscalização sanitária.

3 HIPÓTESE

As denúncias recebidas pelo Setor de Protocolo Departamento de Vigilância Sanitária encaminhadas ao setor competente e averiguadas pelos inspetores sanitários são alimentadas em sistema de informação e avaliadas posteriormente. As informações servirão de subsídios às equipes gestoras para identificação, mapeamento e estratégia de ações para monitoramento ações de vigilância sanitária local então, poderemos identificar os principais tipos de denúncias realizadas pela população em relação aos estabelecimentos prestadores de serviços de interesse à saúde localizados no município de Olinda – PE no ano de 2009.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil das denúncias recebidas dos estabelecimentos passíveis de fiscalização pela Vigilância Sanitária do Município de Olinda – PE, no ano de 2009.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar as denúncias por setor competente e local da ocorrência;
- b) Descrever as denúncias recebidas na Vigilância Sanitária de Olinda – PE de acordo com o período;
- c) Identificar o tipo de estabelecimento e natureza da denúncia.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipos de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa documental exploratória, a partir de dados secundários, arquivados no setor de protocolo do Departamento de Vigilância Sanitária.

5.2 Área do Estudo

Olinda está localizada na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil, limita-se ao Norte com o município de Paulista, ao Sul com Recife, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste com Paulista e Recife. Possui uma extensão territorial de 40,83 Km² e população de aproximadamente 400.000 habitantes, considerando-se o menor município em extensão territorial e terceiro maior em nível populacional da Região Metropolitana do Recife (OLINDA 2009).

Olinda possui uma área urbanizada de 36,73 km², correspondente a 98% do município, e 6,82 km² de área rural, o que faz dela uma cidade eminentemente urbana. Segundo dados do IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes de Olinda é de R\$ 2.005.665, e o PIB per capita de R\$ 5.176 (*Pesquisa PIB dos Municípios 2003-2006*).

Dos 62.033 trabalhadores do município, mais da metade, 39.196 ou 63,19%, desenvolve atividades econômicas na área de serviços. Com 11,66%, o setor de comércio ocupa o segundo lugar, com um total de 7.236 empregados (*Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego / 2006*).

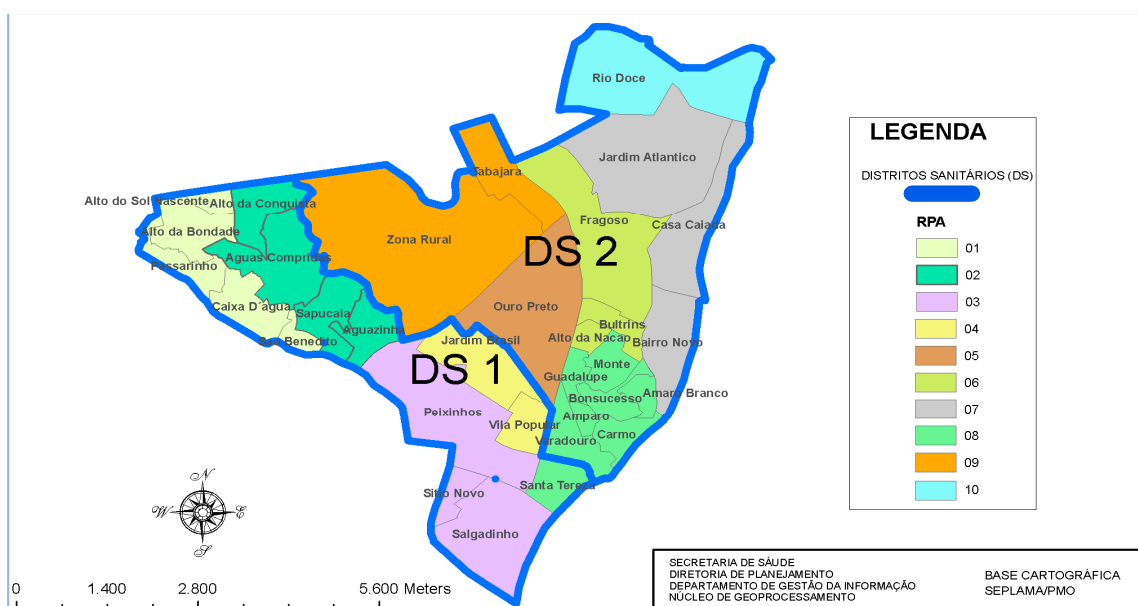


Figura 1 – Regiões político administrativa, Distritos Sanitários e bairros.
Fonte: Olinda (2009)

O município, de acordo com a Lei 5161/99, é dividido em 31 bairros, sendo acrescido da zona rural. Também é dividido em 10 Regiões Político-Administrativa (RPA), que se distribuem em dois Distritos Sanitários

5.3 Análise dos Dados

Durante o ano de 2009, foram registradas denúncias pelo Setor de Protocolo da Vigilância Sanitária, originadas através de telefone, email, ouvidoria, ofícios de outros órgãos, entre outros, onde foi preenchida uma ficha de denúncia (ANEXO A) com todas as informações e encaminhadas ao setor competente para as devidas providências. A partir da ficha de denuncia devidamente preenchida foi feita análise documental mediante elaboração de planilha no Programa Excel utilizando-se filtro de coleta para identificação da natureza das denúncias, tipo de estabelecimento denunciado e local de ocorrência, caracterizando o Distrito Sanitário e RPA. Foi analisado todo o universo de denúncias recebidas pelo Protocolo de Vigilância Sanitária do município de Olinda-PE no ano de 2009, distribuídas categoricamente de acordo com Tipo de Estabelecimento; Setor ou Divisão competente (DICOSS, DICMECO, DICAL e SST); Natureza, Período e Localidade da denúncia (DS e RPA). Após essa categorização, os dados foram contabilizados e calculados o percentual, a fim de se conhecer o perfil das denúncias recebidas neste município.

5.4 Variáveis do Estudo

- a) Dependente – denúncias
- b) Independentes – setor competente, localidade, período, tipo de estabelecimento e natureza.

5.5 Considerações éticas

Foi solicitada a Secretaria de Saúde do Município, através da sua atual representante, Tereza Miranda, a Carta de Anuência para a execução deste trabalho. Em seguida, todo o

projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e aprovado através do parecer nº 25/2010.

6 RESULTADOS

Foram registradas pelo Setor de Protocolo do Departamento de Vigilância Sanitária cento e trinta e quatro (134) denúncias no ano de 2009, destas observamos que 20% foram originadas do Distrito Sanitário I (DS I) e 80% do (DS II). Destas 74% foram relacionadas a estabelecimentos que prestam serviços de alimentação (DICAL), seguida por serviços de interesse à saúde (DICOSS) 10%, Saúde do trabalhador (SST) 11% e medicamentos e saneantes (DICMEO) com 4%. Nos Distritos Sanitários I e II observamos também a predominância das denúncias em relação à DICAL. (Tabela 1)

TABELA 1. Percentual de denúncias recebidas por divisão/setor competente nos Distritos Sanitários – VISA Olinda – 2009.

DIVISÃO/SETOR	% DENÚNCIAS RECEBIDA 2009		
	DS I	DS II	TOTAL
DICAL	74%	74%	74%
DICMECO	7%	4%	4%
DICOSS	15%	9%	10%
SST	4%	13%	11%
TOTAL	20%	80%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

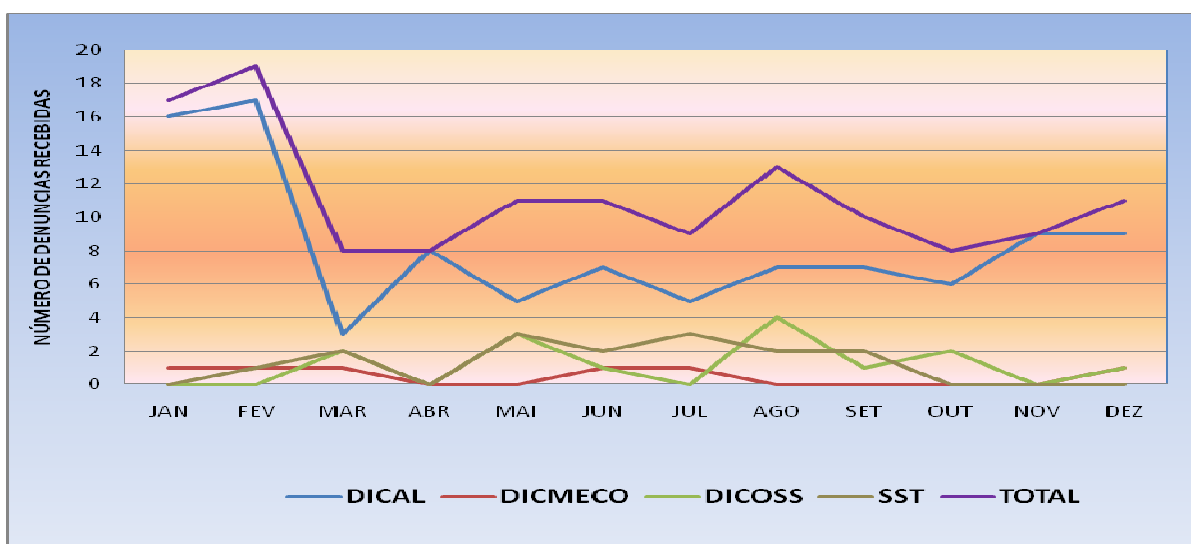


GRÁFICO 1 – Número de denúncias recebidas no período de janeiro a dezembro conforme Divisão/setor competente – VISA Olinda - 2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

Conforme pode ser verificado no Gráfico 1, as denúncias tiveram uma elevação no período de janeiro a fevereiro de 2009 e as denúncias de competência da DICAL predominaram durante todo o ano, em relação a demais Divisões/Setor, as quais não tiveram

variações significativas, exceto mês de agosto onde observou uma demanda nos estabelecimentos da DICOSS.

Analisando as denúncias provenientes dos Distritos Sanitários divididos por RPA's observamos que os estabelecimentos de competência da DICAL e DICOSS predominaram respectivamente com 74% e 15% das denúncias recebidas do Distrito. Na RPA 1 não foram observadas denúncias referentes a estabelecimentos de competência da DICOSS e SST e nas RPA 2 e 4 referentes à DICMECO e SST. (Tabela 2).

TABELA 2 – Percentual de denúncias recebidas no Distrito Sanitário I, distribuídas por RPA conforme Divisão e Setor competente – VISA Olinda- 2009.

DIVISÃO/SETOR	% DENUNCIAS RECEBIDA DISTRITO SANITÁRIO I				
	RPA 1	RPA 2	RPA 3	RPA 4	TOTAL
DICAL	20%	35%	20%	25%	74%
DICMECO	50%	0%	50%	0%	7%
DICOSS	0%	25%	50%	25%	15%
SST	0%	0%	100%	0%	4%
TOTAL	19%	30%	30%	22%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

No Distrito Sanitário II observamos que os estabelecimentos da DICAL e SST predominaram respectivamente com 74% e 13% das denúncias recebidas do Distrito. A RPA 7 destacou-se por apresentar 56% das denúncias recebidas, sendo 90% relacionados aos estabelecimentos da DICOSS; 50% a DICMECO e 49% em relação aos serviços de alimentação. A RPA 9 apresentou 1% além de não registrar denúncias para DICMECO, DICOSS e SST. (Tabela 3).

TABELA 3 – Percentual de denúncias recebidas no Distrito Sanitário II, distribuídas por RPA conforme Divisão e Setor competente – VISA Olinda- 2009

DIVISÃO/SETOR	% DENUNCIAS RECEBIDA DISTRITO SANITÁRIO II						
	RPA 5	RPA 6	RPA 7	RPA 8	RPA 9	RPA 10	TOTAL
DICAL	11%	6%	49%	16%	1%	15%	74%
DICMECO	25%	0%	50%	0%	0%	25%	4%
DICOSS	0%	0%	90%	0%	0%	10%	9%
SST	7%	7%	71%	7%	0%	7%	13%
TOTAL	10%	6%	56%	13%	1%	14%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

Os estabelecimentos de competência da DICAL obtiveram 74% do total de denúncias recebidas em 2009, bem como nas denúncias do DS I e do DS II, nesta Divisão observamos que os Tipos de Estabelecimentos predominantes em relação ao total de denúncias recebidas foram: Bar e Supermercado (23%); Padaria (12%); Restaurante (9%) e Lanchonete (6%).

(Tabela 4 e Gráfico 02). Entretanto, no DS I constatamos que Supermercado (20%); Granja (15%), Bar, Buffet e Comércio Informal (10%), predominaram, enquanto que no DS II destacaram os estabelecimentos: Bar (27%); Supermercado (24%), Padaria (14%) e Restaurante (10%). (Gráfico 3 e 4).

TABELA 4 – Percentual de denúncias recebidas por Tipo de Estabelecimento de competência da DICAL – VISA Olinda - 2009.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	% de denúncias DICAL		
	DS I	DS II	total
Bar	10%	27%	23%
Buffet	10%	0%	2%
Clube	0%	1%	1%
Comercio informal	10%	3%	4%
Casa de festa	5%	0%	1%
Fábrica de coxinha	0%	1%	1%
Fábrica de polpa de frutas	0%	3%	2%
Fábrica de salsicha	5%	0%	1%
Frigorífico	5%	1%	2%
Granja	15%	3%	5%
Hotel	5%	0%	1%
Lanchonete	5%	6%	6%
Padaria	5%	14%	12%
Peixaria	0%	4%	3%
Pizzaria	5%	0%	1%
Supermercado	20%	24%	23%
Pousada	0%	3%	2%
Restaurante	0%	11%	9%
TOTAL	74%	74%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

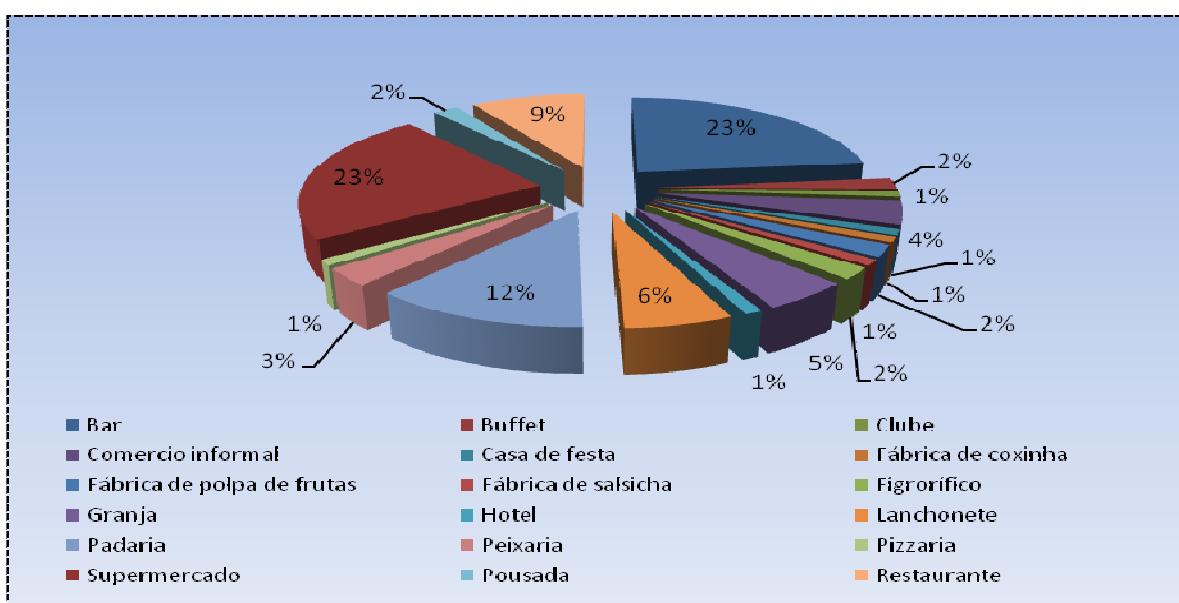


GRÁFICO 2- Percentual de denúncias provenientes de estabelecimentos da DICAL - VISA Olinda - 2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

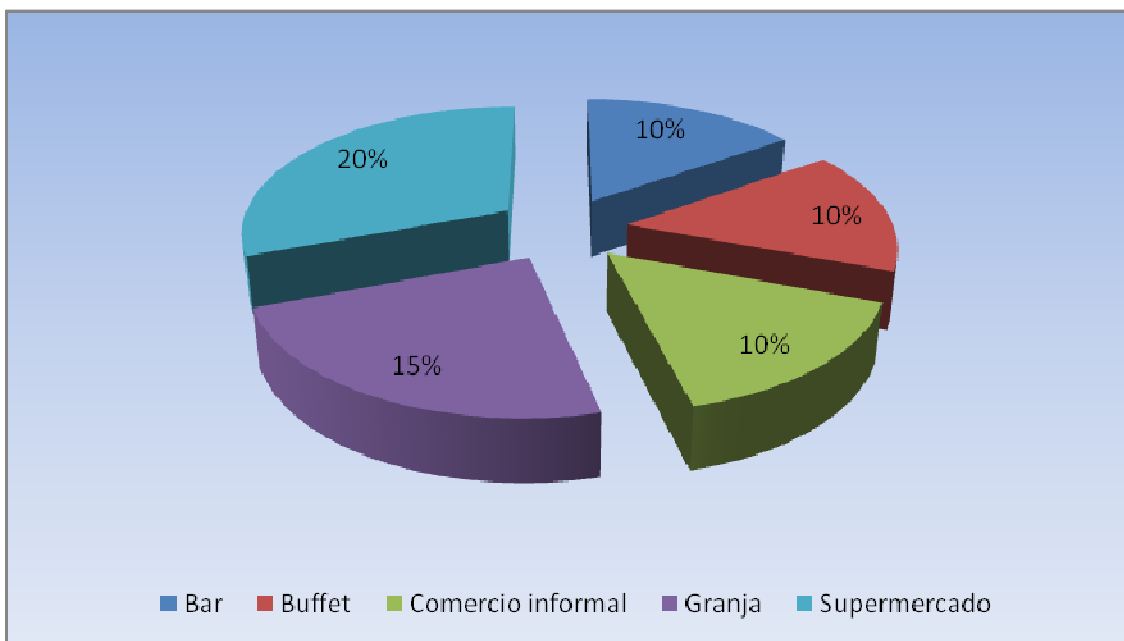


GRÁFICO 3- Percentual de denúncias provenientes de estabelecimentos da DICAL originadas do DS I - VISA Olinda - 2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

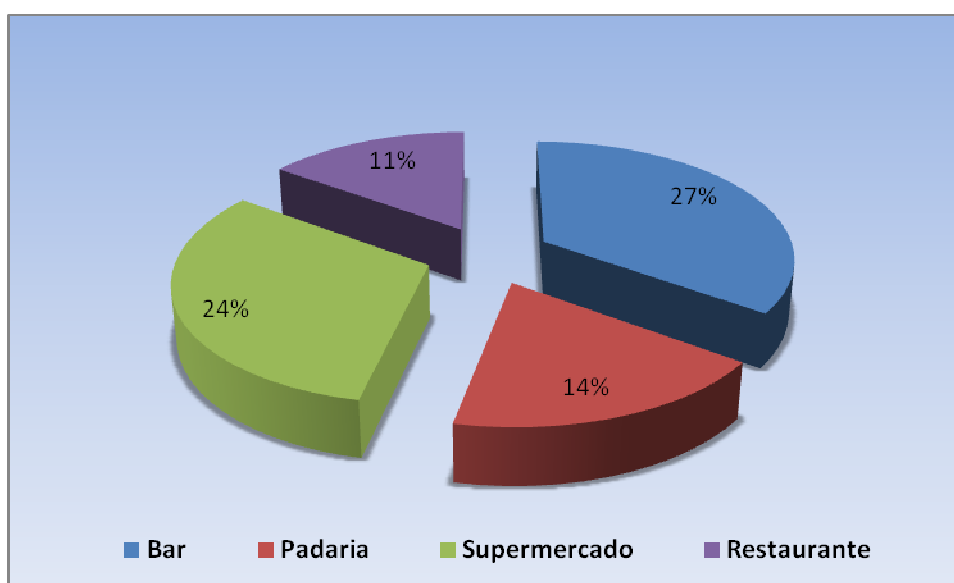


GRÁFICO 4- Percentual de denúncias por tipo de estabelecimentos de competência da DICAL originadas do DS II - VISA Olinda - 2009.

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

Analisando as naturezas das denúncias dos estabelecimentos predominantes de competência da DICAL, (Tabela 5); observamos que a higienização precária corresponde a 56% das denúncias e a presença de alimento impróprio para o consumo a 38%. Dentre os Tipos de Estabelecimento destaca-se a Padaria que apresentou a higienização precária em 83% das denúncias. Alimentos sem data de fabricação, armazenamento inadequado dos

resíduos e produtos sem registro corresponderam apenas a 1% das denúncias. A ausência de Licença Sanitária foi citada em todos os Tipos de Estabelecimentos exceto Padarias.

TABELA 5 – Percentual de natureza das denúncias dos estabelecimentos predominantes da DICAL – VISA Olinda – 2009.

PRINCIPAIS ESTABELECI- MENTO DENUNCIADOS DA DICAL	NATUREZA DAS DENÚNCIAS						
	ALIMENTO IMPRÓPRIO PARA CONSUMO	AUSENCIA DE LICENÇA SANITÁRIA	HIGIENIZAÇÃO PRECÁRIA	ARMAZENAMENTO INADEQUADO DOS RESÍDUOS	PRODUTOS SEM REGISTRO	ESGOTO A CEU ABERTO	ALIMENTOS SEM DATA DE FABRICAÇÃO
BAR	39%	17%	57%	0%	0%	0%	0%
SUPERMERCADO	57%	4%	43%	4%	4%	0%	0%
PADARIA	0%	0%	83%	0%	0%	8%	8%
RESTAURANTE	33%	11%	56%	0%	0%	11%	0%
LANCHONETE	50%	17%	50%	0%	0%	0%	0%
TOTAL	38%	10%	56%	1%	1%	3%	1%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

Os estabelecimentos da DICMECO receberam 4% do total das denúncias, 7% das denúncias provenientes do DS I e 4% do DS II. Foram registrados apenas dois Tipos de Estabelecimentos: Drogarias com 67% e Empresas Dedetizadoras com 33%. No DS I não houve diferença significativa entre os tipos de estabelecimentos denunciados, porém no DS II observamos a predominância de 75% de denúncias em Drogarias e 25% em Empresas Dedetizadoras. (Tabela 6).

TABELA 6 – Percentual de denúncias, por tipo de estabelecimentos, de competência da DICMECO – VISA Olinda - 2009

TIPO DE ESTABELECI- MENTO	% de denúncias da DICMECO		
	DS I	DS II	Total
Dedetizadora	50%	25%	33%
Drogarias	50%	75%	67%
TOTAL	33%	67%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

Analisando a natureza das denúncias dos estabelecimentos da DICMECO observamos que 100% das Dedetizadoras foram denunciadas por ausência de Licença Sanitária enquanto que as Drogarias 75% por falta de Licença e 50% por venda de medicamentos controlados sem receita.

Os estabelecimentos da DICOSS receberam 10% do total de denúncias, 15% provenientes do DS I e 9% do DS II. As Escolas predominaram com 43% do total de

denúncias. (Gráfico 5). No DS I observamos que a ótica apresentou 50% das denúncias, seguidas das Escolas e Faculdades com 25%. No DS II destacamos as Escolas como Tipo de Estabelecimento com maior percentual de denúncias (50%), e Clínicas e Hospitais com 20%. (Tabela 7).

TABELA 7 – Percentual de denúncias, por tipo de estabelecimentos, de competência da DICOSS – VISA Olinda - 2009

TIPO DE ESTABELECIMENTO	% de denúncias da DICOSS		
	DS I	DS II	Total
Academia	0%	10%	7%
Clínica	0%	20%	14%
Faculdade	25%	0%	7%
Escolas	25%	50%	43%
Hospital	0%	20%	14%
Ótica	50%	0%	14%
TOTAL	29%	71%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

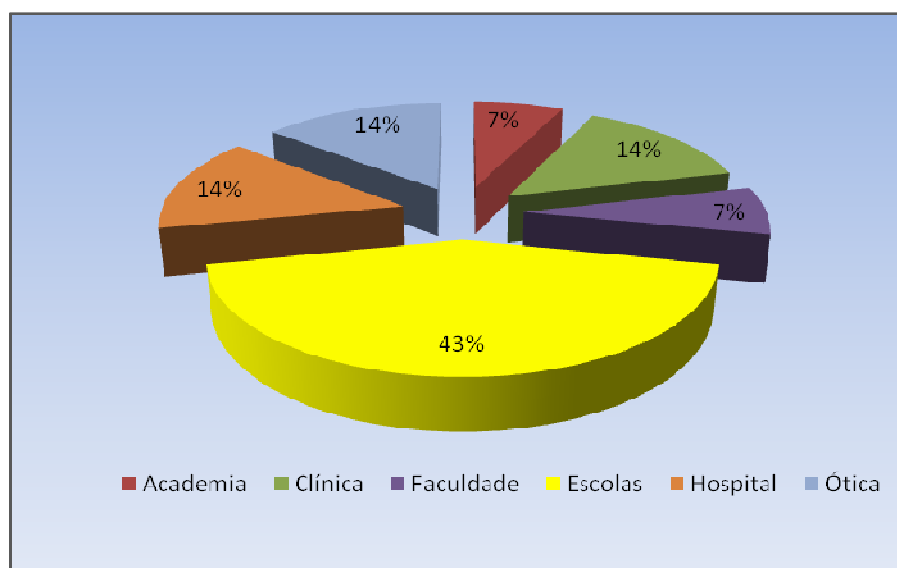


GRÁFICO 5- Percentual de denúncias, por tipo de estabelecimentos, de competência da DICOSS – VISA Olinda - 2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

As naturezas das denúncias relacionadas aos Tipos de Estabelecimentos da DICOSS prevaleceram com 57% da Higienização Precária do Ambiente, seguida da Ausência de Licença Sanitária (21%) e realização de Procedimentos Inadequados (14%). (Gráfico 6)

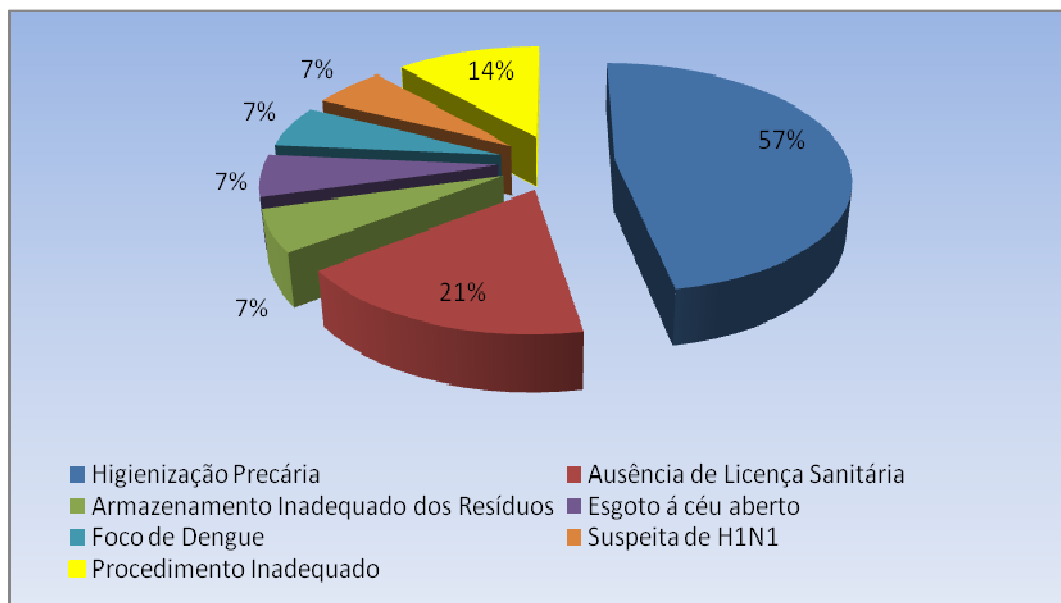


GRÁFICO 6- Percentual da natureza das denúncias dos estabelecimentos da DICOSS - VISA Olinda - 2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

TABELA 8 – Percentual de denúncias, por tipo de estabelecimentos, de competência da SST – VISA Olinda - 2009

TIPO DE ESTABELECIMENTO	% de denúncias do SST		
	DS I	DS II	Total
CENTRO COMERCIAL	100%	0%	7%
CONSTRUÇÃO CIVIL	0%	14%	13%
DEPÓSITO DE GÁS	0%	14%	13%
DEPÓSITO DE PAPEL	0%	7%	7%
FÁBRICA DE CADEIRA	0%	14%	13%
FÁBRICA DE GESSO	0%	7%	7%
HOSPITAL	0%	7%	7%
OFICINA DE CARRO	0%	7%	7%
OFICINA DE GELADEIRA	0%	7%	7%
PADARIA	0%	21%	20%
Total	7%	93%	100%

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

As denúncias relacionadas com a saúde do trabalhador de competência do SST corresponderam a 11% do total das denúncias recebidas, 4% das denúncias foram provenientes do DS I e 13% do DS II. As padarias apresentam maior predominância (20%) no Tipo de Estabelecimento denunciado em relação à Saúde do Trabalhador, seguida da Construção Civil e Fábrica de Cadeiras (13%). As condições insalubres de trabalho corresponderam a 100% dos tipos de denúncias dos estabelecimentos do SST. (Tabela 8 e Gráfico 7)

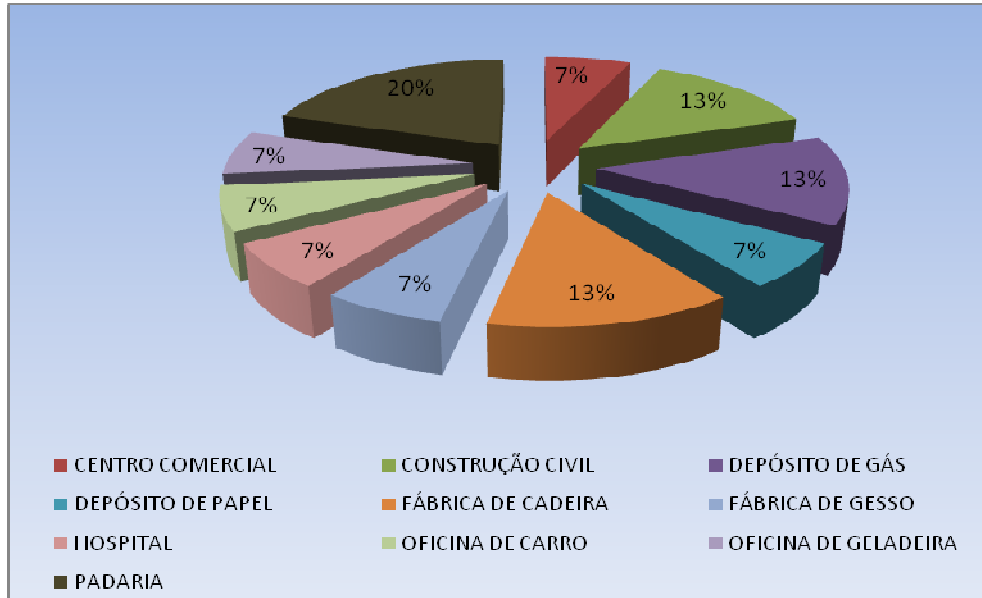


GRÁFICO 7- Percentual do total de denúncias recebidas do SST, por Tipos de Estabelecimentos - VISA Olinda -2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

Analisando a natureza das denúncias das Divisões, observamos que as condições higiênicas sanitárias predominam acima de 50% nos estabelecimentos da DICAL e DICOSS. A ausência de Licença Sanitária corresponde apenas 10% dos estabelecimentos da DICAL enquanto que a DICMECO e DICOSS correspondem respectivamente a 83% e 21% das denúncias. (Gráfico 8)

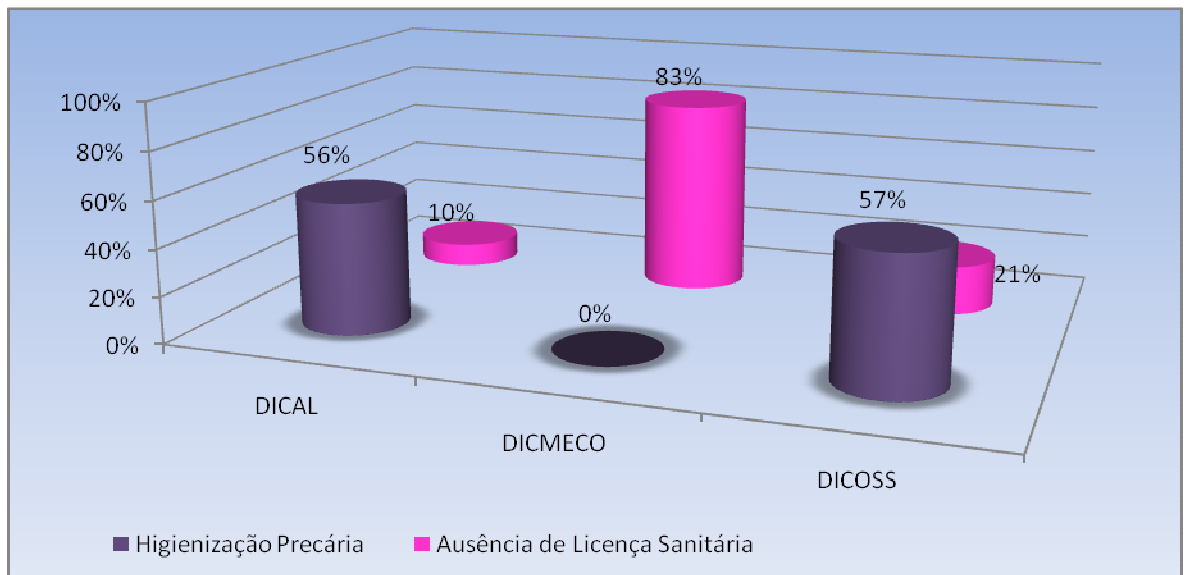


GRÁFICO 8- Percentual do total de denúncias recebidas do SST, por Tipos de Estabelecimentos - VISA Olinda -2009

Fonte: Setor de Protocolo – VISA Olinda (2009)

7 DISCUSSÃO

Os resultados analisados demonstram uma predominância de denúncias no DS II e em estabelecimentos de competência da DICAL, situação esta que poderá ser explicada por apresentar maior concentração de população e estabelecimentos de alimentos neste Distrito. O maior número de denúncias aos serviços de alimentação poderá também está relacionado em razão dos mesmos atenderem um público muito superior em relação aos outros tipos de estabelecimentos e também a sua maior complexidade por possuir diversos tipos de estabelecimentos. Brandão, no ano de 2008, afirma que o consumidor está mais consciente na hora de escolher os locais de suas refeições.

A RPA 7 corresponde aos Bairros Nobres do Município (Bairro Novo, Casa Caiada e Jardim Atlântico) e apresentou um maior número de denúncia em relação às demais RPA's do DS II, isto pode sugerir que esta localidade concentra um consumidor mais exigente e consciente da importância da Vigilância Sanitária para a Saúde Pública.

Segundo informação da Secretaria de Turismo, o Município de Olinda recebeu mais de 1,5 milhões de turista no período de janeiro a fevereiro de 2009, o que poderá ter contribuído no aumento de denúncias neste período nos serviços de alimentação.

A elevação dos números de estabelecimentos (Escolas) da DICOSS no período de agosto pode ter sido atribuída aos registros de casos notificados e confirmados de H1N1 no município em julho 2009.

Os estabelecimentos denunciados destacaram a higienização precária e a ausência de licença sanitária como natureza predominante, ainda observa-se a associação da população da Vigilância Sanitária com as condições higiênicas do estabelecimento. A ausência de licença sanitária é mais evidenciada em estabelecimentos com maior complexidade de serviços como os da DICOSS e DICMECO.

8 CONCLUSÃO

Foi observado que houve uma predominância nos números das denúncias relacionadas ao setor regulado na área de alimentos, provavelmente porque este ainda é o setor mais relacionado com a Vigilância Sanitária (VISA). O monitoramento contínuo é necessário, visto que o acompanhamento dessas informações é um importante instrumento de avaliação e planejamento das ações de VISA, além de ser um indicador em potencial.

Conforme os dados coletados, a VISA deve direcionar suas ações principalmente na área de alimentos, orientando em noções de higiene, armazenamento e conservação dos alimentos e utensílios.

O estudo sugere a Gestão uma parceria entre a VISA com associações e/ou sindicatos relacionados com o setor regulado mais denunciado para realizar trabalhos educativos visando aplicação das Boas Práticas e a prevenção aos riscos e agravos à saúde da população.

Também se faz necessário um maior esclarecimento a população no que concerne aos riscos que está exposta e às ações da VISA, exercendo amplamente sua cidadania e conscientização social.

Conclui-se que o recebimento de denúncias proporciona a realização de inspeções em estabelecimentos que produzem, comercializam ou prestam serviços de interesse à saúde, como também a identificação dos estabelecimentos que trabalham de forma irregular oferecendo riscos a saúde pública e a visibilidade e valorização da VISA diante dos consumidores.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). **Vigilância Sanitária: Guia Didático**. Brasília, DF, 2007.

BRANDÃO, G. P. Frequência das categorias de denúncias de produtos e estabelecimentos recebidos pela Vigilância Sanitária de alimentos de Minas Gerais. MINAS GERAIS, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/1998. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. **Lei Federal nº 6.437 de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à Legislação Sanitária Federal. Estabelece sanções respectivas e dá outras providências. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_6437_77.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei ordinária federal n.º 8078, de 11 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078compilado.htm>. Acesso em: 18 nov. 2010.

BRASIL. Lei Federal 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. Alterada pelas Medidas Provisórias nº 1.912-5/R de 29 de junho de 1999 e nº 2.000-12, de 14 de janeiro de 2000. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, jan. 1999.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2010.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 22 set. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 3.029 de 16 de abril de 1999**. Aprova o regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/decreto_3029_99.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho em Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais**. Brasília, DF, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília, DF.
Caderno de Textos: Brasília, DF: ANVISA, 2001.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário:** origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

DALLARI, S. G. **Os estados Brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

EDUARDO, M. B. P. **Vigilância Sanitária.** São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.

PIOVESAN, M. F. **A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de Administração Sanitária.** 2. ed., Brasília, DF: Ed. Senado Federal, 1979.

ROZENFELD, S. **Fundamentos de Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. 304p.

SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

ANEXO A - FICHA DE DENÚNCIA



Prefeitura Municipal de Olinda
Cidade Heroica de Pernambuco

FICHA DENÚNCIA Nº. _____

DATA:		HORA:	
SOLICITAÇÃO FEITA		PRAZO PARA ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/>	PESSOALMENTE	<input type="checkbox"/>	URGENTÍSSIMO
<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>	URGENTE
<input type="checkbox"/>	OFÍCIO		
<input type="checkbox"/>	ABAIXO ASSINADO		
<input type="checkbox"/>	OUTROS		

NATUREZA DA DENÚNCIA: _____

ESTABELECIMENTO E/OU LOCAL DA DENÚNCIA:

ENDEREÇO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

DENUNCIANTE: _____

RECEBIDO POR: _____

OBSERVAÇÕES: _____

ANDAMENTO DO PROCESSO: _____

ANEXO D – AUTO DE INFRAÇÃO



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Saúde
Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
AUTO DE INFRAÇÃO

Nº 0854

ESTABELECIMENTO:		
RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
CNPJ:	INSC ESTADUAL:	INSC MUNICIPAL:
REPRESENTANTE LEGAL:		
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:
CPF:		RG:
ENDEREÇO RESIDÊNCIA:		
DADOS DA INFRAÇÃO		
LOCAL:		
DATA:	HORA:	h
DESCRIÇÃO DOS FATOS:		
DISPOSITIVO (S) LEGAL (IS) E/OU REGULAMENTAR (ES) INFRINGIDO (S):		
PRECEITO LEGAL QUE AUTORIZA A PENALIDADE:		
PENALIDADE (S) A QUE ESTÁ SUJEITO O AUTUADO:		

Recebo a 2ª via deste Auto de Infração, pela qual tomo ciência, nos termos da Lei Federal nº 6.437/77, de que tenho o prazo de 15 (quinze) dias para apresentar DEFESA na sede da Vigilância Sanitária do Município de Olinda, para o processo administrativo sanitário instaurado.

____/____/____ Data de Recebimento	_____ Assinatura do Autuado ou Representante Legal
---------------------------------------	-------------------------------------------------------

Em caso de () ausência ou () recusa, assinaram as seguintes testemunhas:

NOME COMPLETO:	
RG:	ASSINATURA:
NOME COMPLETO:	
RG:	ASSINATURA:

Compareci ao local supracitado e lavrei o presente Auto

SERVIDOR AUTUANTE:	
MAT. Nº	ASSINATURA:

1ª via: Amarela - Processo Administrativo; 2ª via: Azul - Autuado; 3ª via: Branca - Controle interno