

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE OCUPACIONAL**

**CLAUDERCI DANTAS BARBOSA
VANDERLEY GOMES SANTOS**

**EFETIVIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS UNIDADES
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO
SOCORRO: IDEAL OU REAL?**

**CLAUDERCI DANTAS BARBOSA
VANDERLEY GOMES SANTOS**

**EFETIVIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS UNIDADES
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO
SOCORRO: IDEAL OU REAL?**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-Gra-
duação e Extensão da FANESE, como
requisito para obtenção do título de
Especialista em Saúde Ocupacional.**

**Orientador: Eduardo Jorge Novaes
Schoucair**

**CLAUDERCI DANTAS BARBOSA
VANDERLEY GOMES SANTOS**

**EFETIVIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS UNIDADES
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO
SOCORRO: IDEAL OU REAL?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde Ocupacional.

Orientador

Examinador

Examinador

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2008.

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

(Constituição Federal, art. 196)

RESUMO

Este trabalho vem fazer um breve estudo acerca dos problemas vividos pelas unidades Básicas de Saúde do Município de Nossa Senhora do Socorro com relação à falta de estrutura das mesmas para um atendimento de qualidade. O trabalho foi centrado numa revisão bibliográfica, através da leitura de alguns artigos que aludiram ao tema aqui elucidado e de pesquisa de campo realizada nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) do referido município, focando-se todos os itens relacionados pela ANVISA e pelas RDC 50 e 306. Pôde-se perceber que esta problemática é de cunho emergencial, vez que está colocando em risco a saúde de todos os envolvidos, desde os assistidos até os profissionais que atuam nessas unidades. Observou-se que as construções são bem elaboradas em suas fachadas de fora, no entanto não são nada acolhedoras internamente, distante da necessidade real, prejudicando, desta forma, o andamento dos serviços por elas prestados. Detectou-se que a estrutura física de algumas unidades recém-inauguradas, apesar de novas, não tem nenhuma funcionalidade. De todas as visitas feitas, percebeu-se nitidamente que os problemas são os mesmos, e que a vigilância sanitária, apesar das inspeções realizadas, não pode fazer muito no sentido de reverter a atual situação. Necessário seria que este órgão interferisse desde o início da elaboração dos projetos arquitetônicos das referidas unidades, culminando na finalização das construções, a fim de que os possíveis problemas fossem resolvidos em tempo real e que não suscitassem no mal andamento das unidades. Entretanto, a burocracia ainda relevante nesse sentido, não dando autonomia suficiente para a VISAN nesse aspecto faz com que os problemas permaneçam e não oportunizem uma assistência à saúde de qualidade. Desta forma, a interrogação feita no título do trabalho deixa transparecer que a ideal.

Palavras- Chave: VISAN; Unidades Básicas de Saúde; Deficiência; Espaço Físico; Inadequação.

ABSTRACT

This work is making a brief study on the problems experienced by the Basic Health Units of the City of Our Lady of Socorro with respect to the lack of structure of the same for the quality of care. The work was focused on a literature review, by reading a few articles that have referred to the issue here elucidated in the search field, held in UBS (Basic Health Units) of the said council, is focusing all related items by ANVISA and the DRC 50 and 306. It was realizing that this issue is of embossing emergency, time that is putting at risk the health of everyone involved, from the assisted by the professionals who work in these unidades. Observou is that the buildings are well prepared in their facades from outside , however are nothing warm internally, far from the real need, damaging thus the progress of the services they provided. Detected is that the physical structure of some units recently opened, although new, has no funcionalidade. De all visits made, it is clearly understood that the problems are the same, and that the health surveillance, despite the inspections conducted , can not do much to reverse the current situation. Needed that this body would interfere since the start of the preparation of architectural designs of these units, culminating in the finalization of the buildings, so that potential problems were solved in real time and not in the wrong suscitassem progress of the units. Meanwhile, the bureaucracy still relevant in this sense, not giving enough autonomy to VISAN this aspect makes the problems remain, not oportunizem assistance to the health of quality. Thus, the question in the title of the work makes it clear that the ideal.

Keywords: VISAN; Basic Health Units; Disabilities; Area Physical; Neprimernost.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - TERMO DE AJUSTE E METAS ANVISA / N. S. SOCORRO	43
Quadro 2 - Itens avaliados nas UBS de Nossa Senhora do Socorro/SE	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Visitas realizadas no Ano de 2006

46

LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 - Total Mensal dos Procedimentos Realizados pela VISAM
de Janeiro a Agosto - 2006**

46

SUMÁRIO

RESUMO	04
1 INTRODUÇÃO	11
2 A REFORMA SANITÁRIA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	13
2.1 Breve Histórico	13
2.2 A Questão da Saúde Pública	16
2.3 O PACS: Antecessor do PSF	17
2.4 O Programa de Saúde da Família e a Vigilância Sanitária	19
2.5 A Vigilância da Saúde no Brasil.....	21
3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	25
3.1 Evolução Histórica.....	25
3.2 A Vigilância Sanitária no Brasil.....	26
3.3 Dimensões Inerentes à Prática Sanitária.....	28
3.4 Reestruturação da Vigilância Sanitária.....	29
3.5 Operacionalização da Vigilância Sanitária e a Municipalização.....	30
3.6 A Vigilância Sanitária e os Benefícios para a Saúde.....	31
3.7 A Vigilância Sanitária e a Fiscalização das Construções das Unidades Básicas de Saúde.....	33
4 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM NOSSA SENHORA DO SOCORRO.....	40
4.1 O Município	40
4.2 A Atuação da Vigilância Sanitária no Município	43
5 METODOLOGIA APLICADA NO ESTUDO.....	51
5.1 Método da Pesquisa.....	51
5.2 Universo, População e Amostra.....	52
5.3 Técnica de Coleta de Dados.....	52
5.4 Técnica de Análise de Dados.....	54
6 ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	66

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho realizou um levantamento das condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde UBS do município de Nossa Senhora do Socorro localizado á 11 Km da capital. Como profissional da saúde atuando na vigilância sanitária, percebemos, durante as inspeções, vários pontos fundamentais que nos despertaram o interesse de desenvolver esse trabalho, a exemplo da insatisfação dos profissionais e usuários com as condições de funcionamento das UBS. Esta percepção fez-nos vislumbrar a necessidade de analisar a situação atual em que se encontram essas Unidades nos seus aspectos emergências, os fatores que influenciam na fiscalização e se há cumprimento das normas regulamentadoras da Vigilância Sanitária, VISAN.

A problemática deste trabalho gira em torno do funcionamento das UBS de Município de N. Srª do Socorro, relacionada a planta física, fluxograma e dificuldades enfrentados pelos profissionais de saúde no desempenho de suas atribuições com relação ao atendimentos aos normas orientadoras da VISAN, teve como foco realizar levantamento sobres as condições atuais das UBS e colher informações das deficiências do serviço.

Ao longo desses de 7 anos houve uma melhora significativa das unidades de saúde do município, devido implantação de UBS com projetos arquitetônicos modernos. Vale ressaltar que a vigilância como órgão fiscalizador das condições de serviço oferecido á população, tem ampliado suas ações nas orientações de boas práticas de prevenção. A saúde é um direito de todos e dever do estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para promoção, proteção, e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art.190).

As políticas voltadas á organização do serviço e implementações

das ações de vigilância sanitária são fundamentais á consolidações do Sistema Único de Saúde, SUS e reversão do modelo da atenção á saúde, um novo momento de construção do sistema público de saúde brasileiro. As ações e serviços da área de abrangência da VISAN, atribuíram ao Estado regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde de natureza pública e privada (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 197). Cabe ao SUS a responsabilidade de executar as ações da vigilância sanitária como controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde. A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, de 1990, ao estruturar o SUS, reconheceu o caráter abrangente da VISAN e a denominou como conjunto de ações de saúde essencialmente preventivas e atuação marcante no âmbito das relações sociais produção-consumo; destinam-se a eliminar, diminuir ou prevenir riscos á saúde, cabendo-lhe intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

2 A REFORMA SANITÁRIA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O Processo de construção do Sistema Único de Saúde tem levantado desafios e debates cruciais para a continuidade (ou negação) da idéia básica de cidadania incorporada ao projeto de reforma sanitária, decorrente dos princípios apontados na Constituição de 1988.

2.1 Breve Histórico

A Reforma Sanitária foi brilhantemente definida pela cátedra de Eleutério Rodrigues Neto, como um processo de democratização da saúde, processo este que veio a atender um clamor social baseado no princípio que a saúde é direito de todos. Antes de 1988 o acesso a saúde era restrito aos segurados da previdência social e aos seus dependentes, o restante ficava a cargo da sua própria capacidade de pagar um tratamento particular em alguma clínica, ou entrar nas filas dos “indigentes”. Este processo altamente elitista, vinha de uma estrutura de atendimento nascida da ditadura militar que, priorizava a comercialização da saúde, e não ao atendimento das necessidades sociais.

Ela tem um objetivo primordial, do qual jamais se afastou: assegurar e promover a saúde e a qualidade de vida do cidadão. Isso quer dizer que era e continua sendo o cidadão brasileiro o seu foco central, e não o próprio sistema. Em segundo lugar, a Reforma Sanitária tinha e tem princípios claros - universalidade, integralidade e equidade - a nortear tudo o mais, princípios esses que mais tarde norteariam igualmente o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988.

Ela também tem o compromisso com a transparência e com o diálogo, e seu processo longo de discussões, debates e produção e compartilhamento de conhecimentos entre e com a sociedade, em diversos fóruns e de diversas formas, foi culminado na Assembléia Constituinte de 88 e

está longe de terminar, como atesta a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde. E, por fim, tem por pressuposto o contínuo 'reformular' de si mesma, passo a passo, segundo os princípios e processos já estabelecidos. A lição dessa Reforma é muito simples e clara.

A estrutura da saúde no País era eminentemente perversa, e as mazelas advindas dos internamentos desnecessários, corrupção e fraudes eram freqüentes. Tamanha injustiça provocou no início dos anos 70, demonstrações que a falta de distribuição de rendas e a não distribuição de benefícios sociais agravavam ainda mais a questão da saúde pública no País. A principal característica deste período foi uma inquietação existente no interior das instituições de saúde, que se expressou em múltiplos projetos da área, articulados às políticas públicas, que culminaram com a aprovação do Sistema Único de Saúde - SUS na década de 90, e que foram gestados em meio à dinâmica de funcionamento do próprio Estado.

Estas mudanças foram fruto da abertura política, aliada a outras reformas como a reforma universitária. Começou a produzir no seio dos profissionais de saúde pesquisas e trabalhos baseados neste novo modelo de planificação das ações de saúde.

Na primeira metade dos anos 80, ocorreu uma intensa pressão da sociedade civil por participação e por liberdades democráticas, marcando a insatisfação da sociedade com o prolongamento do regime ditatorial e os seus desdobramentos. Símbolo da efervescência dessa fase, o movimento das "diretas já" pela eleição de Presidente da República, uniu essas insatisfações com manifestações expressivas em todo o território nacional.

O V Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, realizado em 1984 reforçou, em seu documento final, a estratégia das Ações Integradas de Saúde como um caminho para o Sistema Único de Saúde, ampliando o espaço de negociação com o Programa de Governo da Transição Democrática, base da formulação da política de saúde do que viria a ser o Governo de Tancredo Neves. O seu sucessor, o Presidente José Sarney, convocou posteriormente a 8ª Conferência Nacional de Saúde, dando continuidade a essa formulação. (PAIM, 1986, p.191)

Em março de 1986 realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores e de representações da

sociedade civil organizada, diferente das anteriores, que só permitiam a participação de representantes de Governo. A Conferência realizada em Brasília foi antecedida de Conferências Estaduais, propiciando o debate ampliado de seus temas centrais assim definidos: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor Saúde. (PORTARIA 1395/GM-1999)

Esse processo político-social mobilizou enfrentamentos, que permitiram a problematização da realidade da prestação de serviços de saúde, e, em torno dele, aglutinaram-se forças representadas por instituições, entidades e pessoas, que apoiavam a idéia de criação do novo Sistema de Saúde.

Os embates políticos favoreceram a organização maior do movimento de trabalhadores, de parlamentares e de entidades representativas da sociedade, possibilitando a incorporação da saúde como um direito social na Constituição de 1988, que, em seu artigo 194 definiu os princípios fundamentais sobre os quais se assentaria o sistema de Seguridade Social, que incluía as ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Os princípios são assim definidos:

Universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993:9).

Somente em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (Ministério da Saúde, 1993) e instituindo o Sistema Único de Saúde. (PORTARIA 1395/GM, 1999)

A partir da institucionalização do Sistema, a discussão sobre o "modelo assistencial" ganhou espaço nos processos acadêmicos, via projetos

de pesquisa, na composição de disciplinas de cursos e em trabalhos de aproximação dos Centros Formadores com as instâncias gestoras do sistema, através de assessorias a instâncias descentralizadas do sistema de saúde.

Como um novo espaço de materialização das práticas de saúde, nasceu a proposta do distrito sanitário, que se apresentou como uma tentativa de desburocratização do sistema, situando-se na confluência entre as instâncias gestoras e de assistência, mas se propondo a reinterpretar os mecanismos de intervenção no espaço sanitário público.

O distrito sanitário como um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder para construir viabilidade à situação objetivo que se deseja alcançar. (Vilaça, 1994:94).

O avanço dessa reflexão instituiu uma nova perspectiva da descentralização, superando a idéia de desconcentração, que se caracterizava pela delegação de atribuições administrativas, sem a transferência do poder decisório. Dessa forma, ganhou espaço uma discussão que propunha a municipalização, entendida para além da sua dimensão tecnológica e cultural, com a introdução de novos atores na gestão, com definição de uma política social que pressupunha uma distribuição de recursos e que considerava o município em suas dimensões espaciais, mas também sociais (Vilaça, op.cit).

2.2 A Questão da Saúde Pública

A constituição de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de cidadania a todos os brasileiros. Em 1990, na sua regulamentação, através da lei orgânica da saúde, foi criado o SUS – Sistema único de saúde, iniciando uma reforma sanitária de grande peso, definido através dos princípios:

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo,

raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades. (Lei 8080/90)

Além da descentralização dos serviços para os Estados, Municípios que participaram do funcionamento, contribuindo com ações curativas e preventivas, O SUS trouxe para sua esfera o setor privado, através da assinatura de convênios, o que possibilitou uma ampla concorrência democrática, barateando os custos hospitalares, além da criação das Conferências e Conselhos de Saúde.

Do SUS fazem parte: centros e postos de saúde, hospitais, fundações e institutos de pesquisas. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações, o controle de doenças, seu aumento e propagação (vigilância epidemiológica), além de outros programas que visam a melhoria da saúde como: PACS/PSF, Hipertensão (para diabéticos e hipertensos, Programas de Saúde mental).

2.3 O PACS: Antecessor do PSF

No que diz respeito ao fortalecimento da atenção básica, o avanço caracterizou-se pelo incentivo às ações consideradas estratégicas, dentre as quais a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF).

A origem do Programa de Saúde da Família está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país.

O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre elas, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir

preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma.

De certo modo, o que se percebeu é que houve a adoção de uma prática não reducionista sobre a saúde, evitando ter como eixo apenas a intervenção médica e buscando a integração de fato com a comunidade.

No início da década de 80, alguns países iniciaram os primeiros passos nessa direção, aparecendo Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto, mundial.

Das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, o PSF e o PACS. O PSF iniciou-se no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população.

A estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade.

O objetivo da estratégia foi implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Estruturado como uma estratégia para dar conta do processo de reorganização da rede de atenção básica ou primária, o PSF, por essa potencialidade seria também uma estratégia de reorganização de todo o sistema.

Dos aspectos relevantes da estratégia compreende a territorialização com a adscrição de clientela /criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência.

No Brasil a implantação do PACS, surge em 1991 com trabalhos de pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. O PACS foi criado baseado em experiências anteriores bem sucedidas, constituindo-se em uma estratégia que agrega idéias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações.

2.4 O Programa de Saúde da Família e a Vigilância Sanitária

No movimento da reforma sanitária, a discussão em torno do modelo assistencial tem se constituído em um eixo importante, aliada às questões políticas e jurídico-institucionais. A referência única aos SILOS e aos Distritos de Saúde inseridos na legislação salienta apenas o caráter estratégico da descentralização no SUS e não traduz, como sabemos, a realidade da produção teórica, nem as experiências acumuladas pela saúde coletiva em diferentes aspectos da organização dos serviços.

Foi a partir de 1994, que O Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como principais propósitos: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar.

Estas mudanças no modelo assistencial que vêm se operando dentro do SUS, por conta de dois novos programas (Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF), estão provocando alterações tanto no padrão de financiamento da política, quanto na forma de organização dos serviços. Dessa forma, o PSF se constitui em uma

estratégia de reforma incremental do sistema de saúde, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de financiamento do sistema de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas práticas assistenciais e no processo mesmo de descentralização.

A prática assistencial adotada por vários serviços e municípios tem se orientado a partir de referências teóricas presentes, por exemplo, nas propostas das Ações Programáticas, da Vigilância à Saúde e da Clínica Ampliada. Estas construções teórico-operacionais buscam direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço e voltam-se particularmente para o nível local.

O PSF não surge como uma proposta alternativa de modelo assistencial mas é inegável que, com a dimensão na qual sua implantação vem ocorrendo, verifica-se um impacto na organização da atenção básica talvez não alcançado em outro momento. Cria então condições para iniciativas de reorientação do modelo assistencial a partir do âmbito municipal, ainda que em alguns municípios mantenha-se a implantação pró-forma, mencionada pelos autores.

A Saúde é direito de todo cidadão, e cabe ao Poder Público a garantia de um atendimento de qualidade. Um grande número de doenças que acometem os indivíduos é evitável por ações preventivas já conhecidas e comprovadamente eficazes. É, portanto, fundamental que todos os cidadãos tenham acesso à prevenção destas doenças, por meio das ações básicas de saúde.

O trabalho desenvolvido pelo Programa Saúde da Família (PSF) e Vigilância Sanitária, busca levar a cada domicílio o acesso ao tratamento e à prevenção das doenças.

Segundo o Ministério da Saúde, são Princípios do programa:

- **Desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Significa atuar nos momentos mais precoces iniciais da transmissão das doenças, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais. Esta atuação garante melhores níveis de saúde e de qualidade de vida para todos. (grifo nosso)**

- **Caráter substitutivo** - substituição das práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho baseado no conceito de promoção da saúde.

- **Integralidade e hierarquização** - as unidades básicas de saúde estão inseridas no primeiro nível do sistema municipal de saúde (atenção básica). Deve estar vinculada à rede de serviços de forma a garantir atenção integral, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis, inclusive os de maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados.

- **Equipe de Saúde da Família** - a equipe é multiprofissional composta por no mínimo um médico de família e comunidade, 1 enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde.

- **Territorialização e vinculação** - trabalha com micro áreas de abrangência definida, por meio do cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe. Cada Equipe de Saúde da Família - ESF acompanha de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada agente comunitário de saúde acompanha até o máximo de 150 famílias ou 450 pessoas. (MS- 2001)

2.5 A Vigilância da Saúde no Brasil

O debate sobre a construção da Vigilância da Saúde surgiu, no Brasil, no início dos anos 90, quando vários Distritos Sanitários em processo de implantação buscavam sistematizar seus esforços de redefinição das práticas de saúde e intensificou-se o debate em torno da articulação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (MENDES, 1993; PAIM, 1993; 1994; TEIXEIRA, 2002).

Naquele momento, a preocupação central era com a possibilidade de reorganização do processo de prestação de serviços de modo a “integrar” as distintas lógicas existentes, quais sejam, a “atenção à demanda espontânea” e os “programas especiais”, herdados do modelo anterior, propondo-se a “oferta organizada de serviços” com base na identificação das necessidades de saúde da população de determinadas áreas de abrangência das unidades de saúde

dos Distritos Sanitários, como forma de suplantar, paulatinamente, a atenção à “demanda espontânea”, e os “programas especiais” (PAIM, 1993).

A “organização da oferta” ou “oferta programada” seria, assim, o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação (TEIXEIRA; MELO, 1995).

Posteriormente, a articulação de conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde constituiu-se em um referencial para o processo de mudança do modelo de atenção e se expressou na utilização do termo “vigilância à saúde” durante o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 1995. Nesta ocasião foi identificada a existência de uma concepção restrita da Vigilância da Saúde, entendida como integração entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, e uma concepção ampliada, compreendida como uma proposta de mudança do modelo assistencial em seu conjunto (VILASBÔAS, 1995).

De fato, o debate em torno da noção de Vigilância da Saúde, envolvendo acadêmicos e profissionais dos serviços, veio a configurar 3 vertentes, identificadas durante o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia (TEIXEIRA ET AL., 1998) como sendo as seguintes:

Vigilância da Saúde como Análise de Situações de Saúde, acepção que restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. De certa forma, essa concepção reproduz uma visão difundida entre vários epidemiologistas que defendem a criação de órgãos semelhantes aos CDCs norte-americanos, responsáveis pela chamada “inteligência epidemiológica” do sistema de saúde.

- Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância epidemiológica e a Vigilância sanitária, isto é, como uma proposta de reforma organizacional no âmbito das instituições gestoras do SUS, especialmente, num primeiro momento, as Secretarias Estaduais de Saúde, que desencadearam, em alguns casos, a criação de Superintendências ou Divisões de Vigilância da Saúde, agregando os órgãos responsáveis pela

Vigilância Epidemiológica e os Programas de controle de doenças, a Vigilância Sanitária, a Saúde do Trabalhador, os Laboratórios de Saúde Pública e até “programas especiais” voltados ao controle de determinados riscos, como o Programa de Controle do Tabagismo elaborado pelo INCA.

- Vigilância da Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, concepção que se fundamenta no debate do princípio de integralidade, em suas múltiplas acepções, o que tem gerado, inclusive, a identificação de nuances nas propostas dos diversos autores (PAIM, 1993; 1994; 2002; MENDES, 1993; VILASBOAS, 1997; TEIXEIRA, 2001), de acordo com o aspecto que enfatizam, se a integralidade das ações de saúde tendo em vista os distintos objetos e finalidades das ações (promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação); se a integralidade dos serviços de saúde, levando-se em conta os distintos níveis de complexidade tecnológica e organizacional (atenção primária, secundária e terciária). Esse debate tem se enriquecido, mais recentemente, com a discussão a respeito da promoção da saúde e das estratégias de ação no campo da Vigilância Sanitária, que enfatizam a intersetorialidade das ações como uma das dimensões da integralidade do sistema de saúde (ALMEIDA FILHO, 2000; SOUZA, 2002). Ademais, o debate sobre a Vigilância da Saúde enquanto “referência” para a construção de um modelo de atenção “integral” incorpora também a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, o que significa colocar em debate a possibilidade de articulação entre a diretriz de integralidade do cuidado, com o perfil real de oferta de ações e serviços, definido em função das características demográficas, econômicas, sociais e epidemiológicas da população.

Nessa perspectiva, a noção de Vigilância da Saúde articula os vários níveis de prevenção e os vários níveis de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde, às ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, que tomam como objetos riscos e danos, às ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários, até a assistência ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica a indivíduos

que necessitam de cuidados sejam preventivos, recuperadores ou reabilitadores da saúde.

Cabe ressaltar que a materialização no âmbito político-institucional de uma proposta dessa natureza pode contemplar a criação de um “Sistema Nacional de Vigilância da Saúde”, como aliás foi proposto, ainda em 1993 e discutido em 1995, por ocasião do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia (ABRASCO, 1995) e na 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001). Esse “Sistema” articularia, além do nível operacional, onde pode se dar a “integração das práticas promocionais, preventivas e assistenciais dirigidos a grupos populacionais, famílias e indivíduos” o nível político-gerencial, responsável pela formulação de políticas, planejamento e programação de ações intersetoriais (TEIXEIRA; PAIM, 2000) voltadas ao controle de causas, riscos e danos à saúde dos diversos grupos. Considerando, portanto, a configuração do sistema de saúde brasileiro, pode-se imaginar que a construção de um “Sistema de Vigilância da Saúde” como um “sub-sistema” do SUS implicaria um conjunto de mudanças na gestão e organização do sistema nos vários níveis de governo, como aliás, propunha o projeto de lei citado acima, ao definir “funções e competências” do MS, das SES e das Secretarias de Municípios com relação à formulação e implementação de estratégias visando a implantação e reorganização do processo de planejamento e operacionalização das práticas de vigilância e controle dos determinantes, riscos e danos à saúde da população.

3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Este capítulo vai trabalhar o contexto da Vigilância Sanitária e toda a sua evolução ao longo da história, fazendo valer a certeza de que, por força das necessidades sociais, seu conceito passou a ser bem mais abrangente, justamente para atender o direito constitucional de saúde para todos. Destarte, a vigilância sanitária tratou também da prevenção de riscos à saúde, além de interferir nos problemas sanitários.

3.1 Evolução Histórica

As atividades ligadas à vigilância sanitária foram estruturadas, nos séculos XVIII e XIX, para evitar a propagação de doenças nos agrupamentos urbanos que estavam surgindo. A execução desta atividade exclusiva do Estado, por meio da polícia sanitária, tinha como finalidade observar o exercício de certas atividades profissionais, coibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos.

No final do século XIX houve uma reestruturação da vigilância sanitária impulsionada pelas descobertas nos campos da bacteriologia e terapêutico nos períodos que incluem a I e a II Grandes Guerras. Após a I Guerra Mundial, com o crescimento econômico, os movimentos de reorientação administrativa ampliaram as atribuições da vigilância sanitária no mesmo ritmo em que a base produtiva do País foi construída, bem como conferiram destaque ao planejamento centralizado e à participação intensiva da administração pública no esforço desenvolvimentista.

A partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do

consumidor e provedor das condições de saúde da população.

A vigilância Sanitária teve início na Europa, no século XVII e no Brasil no séc.XVIII, com o perfil de polícia sanitária foi assumindo diferentes significados ao longo do tempo.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, que afirmou a saúde como direito e dever do Estado, seu conceito passou a assumir uma nova dimensão. Assim sendo, de acordo com o Ministério da Saúde (1988) a Vigilância Sanitária passou a ser:

[...] um conjunto de ações capazes de diminuir ou prevenir riscos à saúde e de interferir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Observa-se que esta definição amplia o campo de atuação da Vigilância Sanitária, possibilitando a interferência em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Observando-se o que revela a Lei nº 8.080/90: através das vigilâncias epidemiológica e sanitária, busca-se "a promoção e proteção à saúde dos trabalhadores", bem como sua recuperação e reabilitação em decorrência "dos riscos e agravos advindos das condições de trabalho..."

Entretanto, com todas estas mudanças de enfoque constituídas ao longo dos anos, infelizmente ainda se percebe que a Vigilância Sanitária ainda teima em manter suas características mais antigas, especialmente as atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, na observação do fato, no licenciamento de estabelecimentos, no julgamento de irregularidades e na aplicação de penalidades, funções decorrentes do seu poder de polícia.

3.2 A Vigilância Sanitária no Brasil

No Brasil, A Vigilância Sanitária foi marginalizada entre as

políticas de saúde devido a sua ação fiscalizadora, ficando à margem do processo de modernização da gestão pública de saúde. Além das ações assistenciais devemos oferecer ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, incluindo aqueles relativos ao consumo de bens e serviços e as interações com os ambientes de trabalho e de vida, ações estas típicas do campo da vigilância. O profissional de saúde deve estar preparado para identificar os riscos sanitários e ter um olhar que configure as ações da VISAN, contudo, a atribuição de polícia administrativa cabe à vigilância sanitária. As atribuições e competências dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nas diversas esferas de governo não podem ser subtraídas, mas adicionadas e agregar novos atores buscando a intersetorialidade cuja responsabilidade é de todos que participam na construção da qualidade de vida e cidadania da população. As ações de vigilância perpassam, direta e indiretamente, em quase todas as Funções Essenciais de Saúde Pública, fortalecendo dessa forma suas práticas. O enquadramento das ações da VISAN em alta, média, e baixa complexidade, recebe as mesmas críticas que o modelo de ações assistências por nível de complexidade que são consideradas mais densas e custosas, mas não mais complexas. Precisamos relacionar densidade tecnológica das ações com as dos sujeitos para atingir nossas metas na execução. Há aspectos gerais a serem contemplado como o direito coletivo: água de qualidade para consumo humano, segurança alimentar, devendo ser pactuado de forma loco-regional, sendo desenvolvida pelos municípios, fazendo parte de um processo de implementação dos serviços da vigilância. Precisamos incluir ações importantes para assegurar o princípio de complementaridade efetivando a intervenção, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população. A integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, gerenciamento de risco sanitário e o controle social deverão compor o processo de planejamento e pactuar entre as esferas de governo para organização de uma forma integrada aos princípios do SUS.

A Vigilância Sanitária, concebida como campo de saúde coletiva, é indissociável do conjunto de ações que integram as políticas de saúde, considerando as prerrogativas legais da VISAN de interferir no espaço em que atuam forças de mercado e no jogo de interesses econômicos, cujos

resultados influenciam diretamente as condições de vida e da saúde das pessoas. Estamos em fase de construção, buscando a sensibilizar gestores e usuários, mostrando à sociedade, as suas atribuições, valorizando esse órgão que trabalha diuturnamente na prevenção de riscos e danos à população.

3.3 Dimensões Inerentes à Prática Sanitária

Destacam-se quatro dimensões inerentes à prática de vigilância sanitária:

a. A dimensão política: como uma prática de saúde coletiva, de vigilância da saúde, instrumento de defesa do cidadão, no bojo do Estado e voltada para responder por problemas, situa-se em campo de conflito de interesses, pois prevenir ou eliminar riscos significa interferir no modo de produção econômico-social. Essa é sua dimensão política, relacionada ao propósito de transformação ou mudança desses processos em benefício, a priori, da população. Contudo, os entraves serão maiores ou menores dependendo, de um lado, do grau de desenvolvimento tecnológico dos setores produtores e prestadores, de suas consciências sanitárias ou mercantilistas, e, de outro, da concreta atuação e consciência dos consumidores.

b. A dimensão ideológica, que significa que a vigilância deverá responder às necessidades determinadas pela população, mas enfrenta os atores sociais com diferentes projetos e interesses.

c. A dimensão tecnológica, referente à necessidade de suporte de várias áreas do conhecimento científico, métodos, técnicas, que requerem uma clara fundamentação epidemiológica para seu exercício. Nessa dimensão está incluída sua função de avaliadora de processos, de situações, de eventos ou agravos, expressa através de julgamentos a partir da observação ou cumprimento de normas e padrões técnicos e de uma conseqüente tomada de decisão.

d. A dimensão jurídica, que a distingue das demais práticas coletivas de saúde, conferindo-lhe importantes prerrogativas expressas pelo seu papel de polícia e pela sua função normatizadora. A atuação da Vigilância Sanitária tem implicações legais na proteção à saúde da população, desde sua ação educativa e normativa, estabelecendo obrigatoriedades ou recomendações, até seu papel de polícia, na aplicação de medidas que podem representar algum tipo de

punição. Assentada no Direito Sanitário, sua atuação se faz no plano do jurídico, o que significa que qualquer tomada de decisão afeta esse plano. Para isso suas ações devem estar corretamente embasadas em leis. Torna-se imprescindível para aquele que exerce a ação o conhecimento dos instrumentos processuais, das atribuições legais e responsabilidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Observa-se, nitidamente, pelo supramencionado texto a respeito das dimensões da Prática Sanitária, que nesse momento são ratificados os direitos constitucionais relativos à saúde para todos.

3.4 Reestruturação da Vigilância Sanitária

A reestruturação na área de vigilância sanitária caracterizou-se, no plano federal, pela reformulação do modelo institucional e criação de uma autarquia especial – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que incorporou as competências da secretaria ministerial que lhe precedeu e outras funções anteriormente situadas nas competências do Ministério da Saúde. A partir da estruturação da ANVISA vêm-se estabelecendo pactos com os Estados e se definiram novas bases de financiamento, que têm significado um rico processo de dinamização da área com avanços na direção da estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (COSTA, 2001)

O processo de descentralização e implantação das ações nos municípios vem sendo acompanhado pela organização de novas práticas, especialmente no plano federal e alguns poucos Estados, e do esforço político para efetivar as propostas de integração das ações de vigilância no conjunto das ações de saúde e de outros âmbitos setoriais (meio ambiente, agricultura), de articulação com a Universidade, visando fomentar a pesquisa na temática e a formação de recursos humanos e docentes, iniciando-se, embora debilmente, a articulação com a população (ações de informação e comunicação, aproximação com os Conselhos de Saúde), visando contribuir no processo de formação da consciência sanitária no tocante às questões da área de vigilância.

3.5 Operacionalização da Vigilância Sanitária e a Municipalização

Inicialmente, é de fundamental importância que se conheçam os problemas referentes à questão sanitária a partir de um diagnóstico que mostre a situação que deve ser focada a fim de que sejam criadas metas que possam promover uma melhoria na questão sanitária. Para tanto, os municípios criam uma equipe que possa fazer um estudo detalhado da situação e trabalhar um plano de atuação nesse sentido.

Como bem revela o Ministério da Saúde, quando trabalha a operacionalização da VISAN, para melhor ratificação do exposto acima:

A estruturação de um órgão ou equipe de vigilância sanitária no município deve partir do diagnóstico de situação, isto é, do conhecimento dos problemas sanitários, do universo de estabelecimentos ou áreas a serem fiscalizados, do grau de risco potencial ou inerente das atividades desenvolvidas nos estabelecimentos, do dimensionamento dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários, de um plano organizado de trabalho, da definição de prioridades e das ações programáticas a serem assumidas, enfim, do estabelecimento de uma política de vigilância sanitária, que defina claramente os objetivos, as metas, os programas e a estratégia de implantação ou implementação das ações.

Assim, os municípios vão trabalhar uma gestão, com base nas diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, definindo, assim, as ações de Vigilância Sanitária que serão desenvolvidas. Muitas das vezes ele atuará de forma conjunta com o Estado, nos momentos em que o estado oferecerá uma assistência técnica para o município.

As equipes estruturadas da Vigilância Sanitária deverão trabalhar em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, com os órgãos da programação em saúde e planejamento e com os órgãos de saneamento e meio ambiente, buscando uma atuação integrada que possibilite uma intervenção global em favor da saúde do município, além da integração com outras áreas intra e extragoverno, como já nos referimos anteriormente.

Em se tratando de municipalização da Vigilância Sanitária, A partir da interpretação da Constituição e Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, Artigo 18), depreende-se que é dada ao município a competência para a execução de todas as ações de vigilância sanitária. Essa ação deverá ser embasada em leis federais e estaduais, mas o município pode legislar complementarmente o que não lhe for constitucionalmente vedado.

Depreende-se também que todas essas ações de vigilância poderão ser exercidas pelo município independentemente de qualquer delegação de competência ou de convênios formais, em todos os locais ou situações, seja qual for a complexidade das ações. Contudo, o trabalho integrado, a definição harmônica das competências entre os vários níveis do SUS, a cooperação técnica entre eles, só beneficiarão e garantirão a saúde do município.

3.6 A Vigilância Sanitária e os Benefícios para a Saúde

Quando se trata de saúde, todos os aspectos físicos, sociais, ambientais e econômicos devem ser levados em consideração. Em se tratando de VISAN, como já bem elucidado em seu conceito, todos estes aspectos são focados, visto que, para se proporcionar condições favoráveis para uma saúde que possa garantir o bem-estar dos cidadãos, necessário se faz que todos estes aspectos sejam focados e que a VISAN atue de forma dinâmica nesse sentido.

Entretanto, infelizmente, no que tange à questão da saúde coletiva, percebe-se que as ações destinadas à VISAN nem sempre encontram terreno fértil para a sua atuação. Realmente a situação é caótica e ainda permanece a mesma, Talvez por ser a Saúde um dos pontos fortes para as questões eleitorais e que sempre servem como subsídio forte para as campanhas eleitorais.

Tomando as palavras de Coleman (1995):

Historicamente, as ações de saúde coletiva não têm merecido a mesma importância que aquelas referentes à saúde

individual no Brasil. E nas práticas coletivas, as ações da Vigilância Sanitária talvez tenham sido as mais marginalizadas pelas políticas de saúde, passando ao longo dos governos, salvo algumas exceções, com equipes insuficientes em recursos humanos, sem acesso a treinamentos e atualizações, sem veículos para realizar as inspeções em locais mais distantes, submetidas a salários irrisórios, dentre tantos outros problemas.

Mas, paradoxalmente a esta situação governamental, importante frisar aqui que a Vigilância Sanitária já está sendo percebida pela comunidade que cada vez mais se conscientiza de sua importância para a garantia da saúde e de uma melhoria da qualidade de vida da mesma.

Entretanto, o trabalho ainda está engatinhando. Os municípios ainda estão se engajando nesse processo e há muito o que se aprender. Muitos erros estão sendo colocados à vista e este trabalho vem justamente fazer alusão a um deles, que, a nosso ver, é de fundamental ser focado, visto que de nada adianta serem feitas unidades de saúde sem que as mesmas ofereçam condições mínimas, em termos de ergonomia, fluxograma e espaço físico adequados para um trabalho de qualidade.

Como bem relata Coleman (2005):

Após todo um movimento para a municipalização das ações de saúde, podemos observar que ainda são poucas as experiências municipais que incorporaram todas as ações de vigilância em sua programação. Grande parte dessas práticas vêm sendo ainda executadas pelo Estado, às vezes, distanciadas das gerências e realidades municipais, ou, quando executadas pelo município, constituem atividades, geralmente, não integradas às ações programáticas de atendimento individual e às de vigilância epidemiológica e outras práticas coletivas.

Assim, para que o município assuma a vigilância sanitária, ela deverá ser entendida, primeiro, como prática componente da atenção integral à saúde, devendo fazer parte do planejamento de todas as ações programáticas de saúde. Deve, com isso, adquirir prioridade política, o que significa que o município necessitará investir em sua implementação, criando a infra-estrutura adequada para o desenvolvimento dessas ações.

Os municípios, pelo exposto, devem trabalhar no sentido fazer da VISAN uma proposta de melhoria de qualidade de vida dos cidadãos através

da saúde. E, quando bem trabalhada, os resultados são favoráveis à população, como bem revela Coleman (2205):

Os resultados em benefício da saúde são incalculáveis: redução da morbi-mortalidade por agentes poluidores, por doenças transmissíveis, por acidentes ou condições insalubres do meio ambiente e/ou do trabalho, por iatrogenias médicas; aumento da expectativa de vida pelo consumo de produtos de qualidade, meio ambiente, habitação e trabalho adequados; em suma, melhoria da qualidade de vida e saúde que as ações da Vigilância Sanitária podem acarretar, se realizadas dentro dos propósitos técnicos e éticos aqui discutidos.

3.7 A Vigilância Sanitária e a Fiscalização das Construções das Unidades Básicas de Saúde

Observando o que revela a RDC 50, em seu artigo 2º, no que tange à construção de estabelecimentos de assistência à saúde:

Art. 2º - A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde prestará cooperação técnica às secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação deste Regulamento Técnico.

É de responsabilidade da Vigilância sanitária a fiscalização destas unidades, a fim de que as mesmas ofereçam as condições necessárias para um atendimento eficiente.

Assomando-se a esta norma, a NBR 6492 – Representação de projetos de arquitetura trabalha no sentido de já fiscalizar a construção das unidades desde o início de seu projeto. Para tanto, de acordo com esta norma, há o Programa de Necessidades que é um conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades.

Ainda a NBR 6492 elabora as etapas as seguintes etapas do projeto:

Os projetos para a construção, complementação, reforma ou ampliação de uma edificação ou conjunto de edificações serão desenvolvidos, basicamente, em três etapas estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo.

O desenvolvimento consecutivo dessas etapas terá, como ponto de partida, o programa de necessidades (físico-funcional) do EAS onde deverão estar definidas as características dos ambientes necessários ao desenvolvimento das atividades previstas na edificação.

1.2.1. Estudo preliminar

Visa a análise e escolha da solução que melhor responda ao Programa de Necessidades, sob os aspectos legais, técnicos, econômicos e ambientais do empreendimento.

1.2.1.1 Arquitetura

Consiste na definição gráfica do partido arquitetônico, através de plantas, cortes e fachadas (opcional) em escala livre e que contenham graficamente: a implantação da edificação ou conjunto de edificações e seu relacionamento com o local escolhido; - acessos, estacionamentos e outros - e expansões possíveis;

- a explicitação do sistema construtivo que serão empregados; - os esquemas de zoneamento do conjunto de atividades, as circulações e organização volumétrica; o número de edificações, suas destinações e locações aproximadas; - o número de pavimentos; - os esquemas de infra-estrutura de serviços;
- o atendimento às normas e índices de ocupação do solo. O estudo deverá ser desenvolvido a partir da análise e consolidação do programa de necessidades, caracterizando os espaços, atividades e equipamentos básicos (médico-hospitalares e de infra-estrutura) e do atendimento às normas e leis de uso e ocupação do solo.

Além dos desenhos específicos que demonstrem a viabilidade da alternativa proposta, será parte integrante do estudo preliminar, um relatório que contenha memorial justificativo do partido adotado e da solução escolhida, sua descrição e características principais, as demandas que serão atendidas e o pré dimensionamento da edificação.

A partir do exposto, cabe à Vigilância sanitária fiscalizar, desde o início do projeto, todos os aspectos físicos que vão garantir uma melhor condição de espaço para a realização dos trabalhos. Quando isto não acontece, ou seja, a partir do momento em que o projeto não satisfizer às necessidades a que se destina, cabe à

VISAN solicitar um novo redirecionamento de acordo com as normas vigentes, a fim de que se possa garantir o sucesso das edificações específicas para unidades de saúde.

Depois de recebido o projeto e tendo sido o mesmo bem repassado, é elaborado um parecer técnico, em obediência à Lei n.º 5.194, de 24/12/66. Este parecer deverá ser expedido pelo órgão responsável pela direção do Sistema Único de Saúde municipal ou estadual. O parecer deverá descrever o objeto de análise e conter uma avaliação do projeto básico arquitetônico quanto a:

- **Adequação do projeto arquitetônico às atividades propostas pelo EAS** - verificação da pertinência do projeto físico apresentado com a proposta assistencial pretendida, por unidade funcional e conjunto do EAS, objetivando o cumprimento da assistência proposta;
- **Funcionalidade do edifício** - verificação dos fluxos de trabalho/materiais/insumos propostos no projeto físico, visando evitar problemas futuros de funcionamento e de controle de infecção (se for o caso) da unidade e do EAS como um todo;
- **Dimensionamento dos ambientes** - verificação das áreas e dimensões lineares dos ambientes propostos em relação ao dimensionamento mínimo exigido por este regulamento, observando uma flexibilidade nos casos de reformas e adequações, desde que justificadas as diferenças e a não interferência no resultado final do procedimento a ser realizado;
- **Instalações ordinárias e especiais** - verificação da adequação dos pontos de instalações projetados em relação ao determinado por este regulamento, assim como das instalações de suporte ao funcionamento geral da unidade (ex.: sistema de ar condicionado adotado nas áreas críticas, sistema de fornecimento de energia geral e de emergência (transformadores e gerador de emergência), sistema de gases medicinais adotado, sistema de tratamento de esgoto, sistema de tratamento de RSS, quando for o caso e equipamentos de infra-estrutura, tais como: elevadores, montacargas, caldeiras, visando evitar futuros problemas decorrentes da falta ou da inadequação dessas instalações;
- **Especificação básica dos materiais** - verificação da adequação dos materiais de acabamento propostos com as exigências normativas de uso por ambiente e conjunto do EAS, visando adequar os materiais empregados com os procedimentos a serem realizados.

O parecer deve ser conclusivo e conter a análise do PBA sobre cada um dos itens acima relacionados, identificando os problemas existentes (se houver) de forma descritiva e recomendando as alterações ou complementações a serem feitas, assim como conter a observação da necessidade de apreciação e aprovação do projeto pelos órgãos competentes do nível local para execução da obra.

A partir deste parecer é que pode se dar início à efetivação da obra. Entretanto, o que se percebe na atualidade é um certo descumprimento no que diz respeito às necessidades básicas de melhor aproveitamento do espaço a ser destinado para essas UBS – unidades básicas de saúde. Evidencia-se que as mesmas não são projetadas para os fins a que se destinam, sendo trabalhados projetos que em nada são eficientes e favoráveis para um trabalho de qualidade a ser oferecido pela população. De nada adiantam fachadas ultra-modernas, ambientes que se dizem “de uma arquitetura pós-moderna”, sem que sua funcionalidade justifique seus fins.

O espaço físico geralmente é muito mal projetado, faltam item de vital importância para o funcionamento da unidade, o fluxograma de circulação de pessoal e de material de apoio é ineficiente, a estrutura física, apesar de nova, não atende à sua real funcionalidade, os aspectos ergonômicos quase sempre são desrespeitados.

Com base nesta situação que é perceptível a olhos nus, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002, em seu intróito relatou:

O Ministério da Saúde, considerando a atual situação das diversas unidades hospitalares no País e a necessidade de garantir a universalidade, equidade, hierarquização e a regionalização dos serviços dentro dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde

- SUS, bem como a importância de garantir a qualidade mínima necessária aos serviços de saúde através da implementação de sua principal competência enquanto órgão regulador, normatizador e fiscalizador, de âmbito nacional do Sistema Único de Saúde, instituiu o **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH.**

Em seu anexo A, trabalha a avaliação da equipe técnica, através de parâmetros adotados pela mesma e, no tocante à estrutura física funcional das UBSs defendendo:

1. Estrutura Física/Funcional

O hospital atende, quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais, aos critérios definidos na RDC ANVISA nº 50/02 em todas as unidades de internação, em todas as áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e em todas as unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia).

Possui conforto quanto à iluminação e ventilação.

Obedece às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6.

Na verdade, o que se evidencia é uma estrutura física distante da necessidade real, o que prejudica o andamento de todo o serviço, além de colocar em risco a saúde do trabalhador e do atendido. Este risco decorre da constante ameaça de contaminação e infecção hospitalar, por força de exposições a resíduos.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR 12.807/93, conceitua: Resíduo de serviço de saúde como sendo "O produto residual, não utilizável, resultante de atividades exercidas por estabelecimento prestador de serviço de saúde."

Preocupado com esta questão de gerenciamento de resíduos de saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional da Vigilância Sanitária - ANVISA, lançou algumas resoluções com o objetivo de normatizar o destino dos resíduos químicos, as quais devem ser aplicadas às farmácias magistrais. Dentre estas resoluções, estacam-se a RCD nº 306, de 07 de dezembro de 2004 e a CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005.

Para melhor entendimento acerca destes resíduos, toma-se como parâmetro a RDC 306, que trata justamente do Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Esta norma revela que:

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir

de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Assim sendo, é imprescindível que os geradores de resíduos de saúde trabalhem no sentido de evitar o contato de todos os envolvidos no ambiente, profissional e assistido, com estes materiais, em prol da saúde dos mesmos. Entretanto, mais uma vez aqui se faz lembrar a triste situação em que se encontram as UBS nesse sentido, inclusive aquelas recém-inauguradas.

A referida norma ainda atenta para o transporte interno e externo e para a questão do armazenamento temporário:

1.4 - TRANSPORTE INTERNO - Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

1.4.1 - O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

1.5 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

1.5.1- O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

Nesse sentido, muitas falhas também são encontradas, dificultando, assim, o bom trabalho das UBS e suscitando problemas reais de saúde para a população.

4 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM NOSSA SENHORA DO SOCORRO

4.1 O Município

O município de N. Sr^a de Socorro tem uma população média de 180. mil habitantes e está inserido na micro região homogênea do litoral sul sergipano. Sua extensão territorial é de 157,2 km², corresponde a 0,7% da área estadual e 7,4% da região da grande Aracaju. O município limita-se com as cidades de Aracaju, Laranjeiras, São Cristóvão e Santo Amaro das Brotas e Aracaju. Na sua sede estão concentradas a maior parte dos órgãos da administração Municipal. A concentração populacional é pequena em comparação aos complexos habitacionais da Taiçoca e a grande Socorro; a distância da capital, em linha reta, é de 11 km pela rodovia BR 101 é de 13 km; sua altitude são 10 metros acima do nível do mar.

O Município possui estabelecimentos bancários: 04 (duas agências do Banco do Brasil, uma do Bradesco e uma do Banese), Unidades Básicas de Saúde 26; Hospital Público 01; Escolas municipais: 34; Escolas Particular: 20; Escolas Estaduais: 30

Suas características econômicas se destacam os rebanhos de Bovinos, Suínos, Equinos, Ovinos, galináceos. A pesca é diversificada, ocorrem tanto nas águas dos rios como no mar, com destaque para carimãs, pescados, xeréus, bagres, robalos, traíras, arraias, carapebas e milongos. Atualmente a produção de camarão em viveiro tem se destacado. Os principais produtos agrícolas são : banana, coco-da-baía, manga, batata doce, cana-de-açúcar, mandioca e feijão. A principal riqueza mineral é o sal-gema, considerado pelo seu teor de pureza, o único do Brasil, é também grande produtor de calcário, argila, sal de potássio, magnésio e areia

No Distrito Industrial de Nossa Senhora do Socorro, localizado no Conjunto João Alves Filho, estão concentradas indústrias de alimentos,

malharias, artefatos de cimento, renovadoras de pneus, fábricas de velas, de leite de coco, gesso, entre outros. Devido aos incentivos fiscais, a indústria tem crescido muito nos últimos anos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE divulgou no final de 2004, estatísticas do cadastro central de empresas relativas ao ano de 2002. O município de Socorro foi o que mais atraiu empresas entre 1997 e 2002. Subiu de 566 unidades em 1997 para 1.024 até dezembro de 2002. O crescimento percentual foi de 81,0%, bem acima das variações estadual, regional e nacional, que apresentaram crescimento de 36%, 50,5% e 41,7% respectivamente. Como em Sergipe, uma empresa emprega em média sete funcionários, estima-se que tenham sido gerados nesse período uma média de sete mil empregos no segmento industrial.

O clima é Tropical quente e úmido, com um a três meses secos, além de moderado excesso de inverno caracterizado por um período de chuva entre os meses de março a agosto. A precipitação anual média é de 1.689,0 ml e temperatura de 25,2°C

A partir de 1980, o município passou por grandes transformações urbanísticas. Sua taxa de urbanização em 2000 foi de 99,70%, densidade demográfica 837,65 hab/km². A sede da cidade não sofreu grandes alterações, entretanto, os povoados foram alvo de empreendimentos imobiliários, que provocaram mudanças em áreas antes ocupadas por mangues e pouco povoadas. Essas mudanças foram consequência do Projeto Grande Aracaju que objetivava fortalecer a economia do Estado associando a atividade industrial à habitação. A partir da instalação dos conjuntos residenciais começaram a surgir problemas onde o município tem dificuldades para resolver, devido a deficiências de recursos técnicos e financeiros para combater questões administrativas associadas ao desemprego, à violência e à marginalidade.

A história sergipana nos mostra que o território de Sergipe era habitado por diversas tribos indígenas. Mott (1986: 18 e 19) registra a presença de brancos, pardos, negros e índios na etnia sergipana, no século XVIII. Ressalta-se que cada um desses grupos tem suas peculiaridades culturais e contribuíram para a formação histórica da população dos diversos municípios sergipanos. Segundo indicações de GÓIS (1991: 19), o espaço

geográfico em que hoje se situam alguns municípios que faziam parte da micro-região da Cotinguiba (atual Litoral Sul), no século XVI era habitado por índios da tribo tupinambá. Por outro lado, registra-se que no ano de 1829, época em que Nossa Senhora do Socorro já era freguesia, ainda havia aldeias indígenas nessas mesmas localidades (MOTT. 1986:18 e 19). Pela falta de fontes não foi possível identificá-las.

Provavelmente a ocupação de Nossa Senhora do Socorro tenha ocorrido por volta do mesmo século, período em que se iniciou a colonização das terras da capitania de Sergipe Del Rey, fase em que a Coroa Portuguesa determinou o avanço da colonização sobre a capitania de Sergipe em 1575 (OLIVA, 1991, p.128).

O espaço geográfico que hoje compreende a cidade de Nossa Senhora do Socorro, desde os primórdios de sua povoação, passou por mudanças de caráter religioso e jurídico similares às diversas cidades brasileiras. Neste sentido, a elevação do referido município às categorias de freguesia, vila e cidade, obedeceram a interesses jurídicos e de ordem religiosa.

No século XVIII, a cidade formava um núcleo demográfico de aproximadamente três mil habitantes, tendo por atividade econômica a plantação de mandioca e cana-de-açúcar.

Esse núcleo foi elevado à categoria de freguesia em 25 de setembro de 1718, por decisão do Arcebispo da Bahia Dom Sebastião Monteiro da Vide, passando a ser denominada Nossa Senhora do Socorro do Tomar da Cotinguiba, pertencendo nesse período à vila de Santo Amaro das Brotas.

A probabilidade de um crescimento demográfico da freguesia e a falta de uma capela impossibilitava o pároco de realizar um atendimento regular e eficiente aos fieis, impedindo-o de exercer suas atividades eclesiásticas na freguesia de origem, obrigando-o a se deslocar para outras localidades.

Com a criação da vila de Laranjeiras em 1832, o território da freguesia de Nossa Senhora do Socorro da Cotinguiba, passou a fazer parte da nova vila. Este fato levou os socorrenses a protestarem e a lutar por sua autonomia político-administrativa.

A condição de Vila foi alcançada em 19 de fevereiro de 1835, período marcado pela sua emancipação política e o conseqüente desligamento da Vila de Laranjeiras.

No início do século XVIII, a freguesia de Nossa Senhora do Socorro da Cotinguiba tinha como monumento religioso uma capela cujo nome era o mesmo da vila. Porém só em 1864, a capela tornou-se Matriz.

Frisa-se, no entanto, que mesmo conquistando sua emancipação política, foi após a edificação da Matriz que Socorro conseguiu sua autonomia religiosa, ficando reconhecida como freguesia pelo estatuto religioso e como vila pelo estatuto político-administrativo.

A igreja Matriz de Nossa Senhora do Socorro não dispõe de documentação sobre a sua construção. Na soleira da sacristia, à direita, há uma inscrição com a data de 1714. E, segundo Germain Bazin, é um exemplar tardio do estilo barroco

4.2 A Atuação da Vigilância Sanitária no Município

De acordo com a Lei Orgânica nº. 8080 /90 artigo 6º, parágrafo 1º, incisos I e II, entende-se por Vigilância Sanitária, o conjunto de ações capaz de prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários 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 e o controle da prestação de serviços.

O Plano de Ação da Vigilância Sanitária do Município de Nossa Senhora do Socorro está sendo elaborado para o planejamento de todas as ações que pretende realizar durante um exercício de um ano, descrevendo suas metas, os recursos financeiros necessários para realização do mesmo. Esse projeto é na verdade a continuidade da Pactuação Programada Integrada (PPI) para o município.

As ações realizadas pela VISAM seguem um cronograma de rotina direcionado as inspeções por estabelecimentos específicos cadastrados e rastreamento dos novos, vigilância em saúde ambiental, incentivo à educação, fortalecimento institucional e projetos desenvolvidos. As dificuldades persistem em decorrência das condições estruturais

(fluxograma estrutural precisa ser ampliado), numero reduzido de recursos humanos (concurso público já efetuado e solicitado ao secretario de saúde convocação) e de transporte (aguardando, já em licitação). Diante da demanda das ações da VISAM percebemos a necessidade de implantar as gerências por atividades afins.

Nos quadros abaixo, dá para se evidenciar o trabalho de inspeção realizado pela VISAN de Socorro, no sentido de controlar mais quaisquer eventuais problemas relacionados à segurança da saúde da população deste município. Observa-se que as inspeções são realizadas periodicamente, com metas a serem alcançadas.

Quadro 1 - TERMO DE AJUSTE E METAS ANVISA / N. S. SOCORRO

PROGRAMA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM PRODUTOS

(Acompanhamento)

(acompanhamento)									
OBJETO DA INSPEÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES CADASTRADAS	META PREVISTA						FREQ. ANUAL (%)	
		COBERTURA ANUAL (%) (1)	PROGRAMAÇÃO TRIMESTRAL (Nº DE UNIDADES)				TOTAL		
			1º Trimestre – 2007		2º Trimestre - 2007				
			Programado	Realizado	Programado	Realizado			
ESTABELECIMENTOS DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE									
1. INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.1 MEDICAMENTOS GENÉRICOS	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.2 SOLUÇÃO PARENTERAL DE GRANDE VOLUME	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.3 IMUNOBIOLOGICOS (vacinas)	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.4 MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.5 MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.6 ANTIBIÓTICOS	-	100	-	-	-	-	-	-	-
1.7 DEMAIS CATEGORIAS	-	50	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		-	-	-	-	-	-	-	-

TERMO DE AJUSTE E METAS ANVISA / N. S. SOCORRO

PROGRAMA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM PRODUTOS

(Continuação)

OBJETO DA INSPEÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES CADASTRADAS	META PREVISTA		FREQ. ANUAL (%)		
		COBERTURA ANUAL (%) (1)	PROGRAMAÇÃO TRIMESTRAL (Nº DE UNIDADES)			
			1º Trimestre - 2007		2º Trimestre - 2007	
			Programado	Realizado	Programado	Realizado
2. FARMÁCIA DE MANIPILAÇÃO	-	50	-	-	-	-
3. DROGARIAS	22	100	6	5	6	
4. DISTRIBUIDORA/IM PORTADORA DE MEDICAMENTOS	-	50	-	-	-	-
5. INDÚSTRIAS DE COSMÉTICOS	-	10	-	-	-	-
6. INDÚSTRIAS DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS						
6.3 COM AÇÃO RESIDUAL	-	50	-	-	-	-
6.4 DEMAIS INDÚSTRIAS DE SANEANTES	-	10	-	-	-	-
7. INDÚSTRIAS DE ALIMENTOS (inclusive as de produtos de alto risco)	-	20	-	-	-	-
8. FABRICANTES DE ALIMENTOS DISPENSADOS DE REGISTRO (1)	-	100	-	-	-	-
TOTAL						

TERMO DE AJUSTE E METAS ANVISA / N. S. SOCORRO

PROGRAMA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM PRODUTOS

PROGRAMA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM PRODUTOS						
OBJETO DA INSPEÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES CADASTRADAS	META PREVISTA				FREQ. ANUAL (%)
		COBERTURA ANUAL (%) (1)	PROGRAMAÇÃO TRIMESTRAL (Nº DE UNIDADES)			
			1º Trimestre - 2007		2º Trimestre - 2007	
			Programa do	Realizado	Programado	Realizado
INSPEÇÃO DE SERVIÇOS						
1. UNIDADES HEMOTERÁPICAS	-	100	-	-	-	-

2. LABORATÓRIOS DE ANÁLISES E PESQUISAS CLÍNICAS, PATOLOGIA CLÍNICA E CONGÊNERES	12	100	3	3	3	
3. UNIDADES DE HEMODIÁLISE	-	100	-	-	-	-
4. SERVIÇO DE RADIAÇÃO IONIZANTE	-	20	-	-	-	-
5. HOSPITAIS	-	20	-	-	-	-
6. CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS	15	100	4	7	4	
7. OUTROS (COLETA E ANÁLISE DE ÁGUA)	-	-	-	-	-	-
7. PESQUISA VIBRIO CHOLERA	-	-	-	-	-	-
TOTAL						

Fonte: VISAN – Nossa Senhora do Socorro

É necessário a realização do plano de ação para que a VISAN alcance a sua meta que é educar, prevenir e fiscalizar os riscos e danos a saúde do município de Nossa Senhora do Socorro.

O Plano de Ação da VISAM engloba procedimentos que serão realizados para promoção da saúde da população. Esses procedimentos seguem os três campos de ação: 1º Controle de qualidade dos produtos, desde a produção até o uso, alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene, limpeza, água, sangue, dentre outros; 2º Controle de qualidade dos serviços de saúde, médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos, radiações, farmacêuticos, dentre outros; 3º Controle sobre o meio ambiente, quando implica risco à saúde.

Roteiros de inspeção em comércio de alimento, farmácia, distribuidora de medicamentos, instituições de saúde, instituições de beleza, instituições coletivas, sociais e filantrópicas que são realizadas através de fiscalização, educação e procurando sempre orientar para evitar os riscos e danos que podem causar à saúde.

Através do gráfico abaixo, das inspeções sanitárias realizadas no ano de 2006, percebe-se que as inspeções são feitas mensalmente,

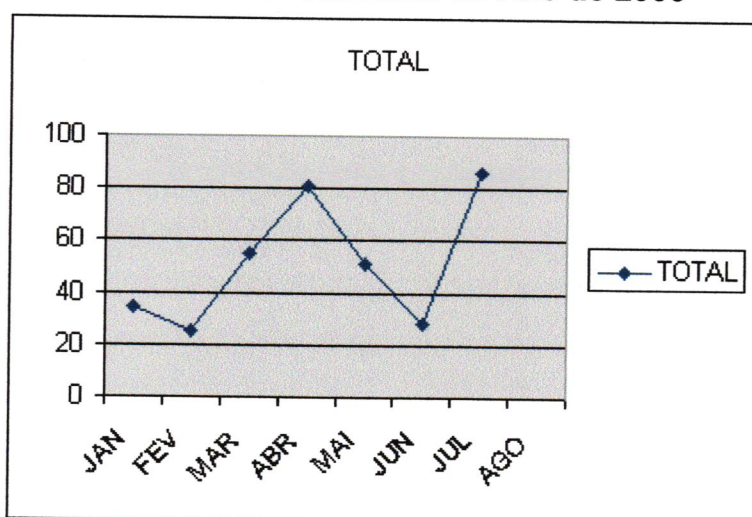
percebendo-se que, nos meses de abril e agosto, são realizadas mais inspeções. Os dados referentes ao ano de 2007 ainda estão sendo coletados.

Tabela 1 - Total Mensal dos Procedimentos Realizados pela VISAM de Janeiro a Agosto - 2006

MÊS	TOTAL
JAN	34
FEV	25
MAR	55
ABR	81
MAI	51
JUN	28
JUL	86
AGO	

Fonte: VISAN Nossa Senhora do Socorro

Gráfico 1: Visitas realizadas no Ano de 2006



Fonte: VISAN Nossa Senhora do Socorro

O controle sanitário em saúde ambiental ocorre para prevenir os riscos relacionados à saúde que são causados pelos problemas ambientais. A vigilância em saúde ambiental tem como objetivo coordenar, avaliar, planejar acompanhar, inspecionar e supervisionar os problemas relacionados à água para o consumo humano através do Vigiágua, monitorando a água através da coleta em sistema de abastecimento, coletivo e individual identificando fatores de risco através do exame físico, químico e bacteriológico pelo LACEM, encaminhando a concessionária responsável pela distribuição da água (DESO) para correção das irregularidades encontradas, proporcionando à população água em

quantidade suficiente e de boa qualidade. O Vigisolo é o sistema que monitora a contaminação do solo onde existem pessoas expostas, prevenindo e detectando os fatores de riscos relacionados a doenças e outros agravos à saúde decorrentes da contaminação por substâncias químicas. O Vigiar é o sistema que monitora a contaminação do ar onde existem pessoas expostas, prevenindo em relação aos agravos à saúde decorrente da poluição atmosférica, agentes químicos, físicos, e biológicos capazes de causar impactos à saúde humana. O campo de atuação da vigilância em saúde ambiental abrange além desses subsistemas, desastres naturais, contaminantes ambientais e substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, efeitos dos fatores físicos e contaminação no ambiente de trabalho.

O sistema continuado de informação, educação e conscientização são realizados através de palestras educativas na atenção básica, escolas, câmara de vereadores, funcionários de empresas, associações de bairros, conselhos municipal e através da distribuição de panfletos, folder, cartilhas, cartazes, banes e mídia radiofônica e televisiva contribuindo na promoção à saúde levando esclarecimento às pessoas para que possam avaliar e controlar os serviços de saúde, qualidade de produtos e condições do meio ambiente, oferecidos à população.

Os projetos da VISAM, que são: Erradicação das Pocilgas Clandestinas, Reorganização dos Salões de Beleza, Feiras Livres, Manipuladores de Alimentos Escolares, Fabricantes de Saneantes, Saúde em ambientes de trabalho, entre outros são realizados através de palestras, cursos que possibilitam o desenvolvimento e a realização de ações que minimizam e erradicam os problemas que possam causar riscos e danos à saúde.

As dificuldades encontradas para a realização do Plano de Ação, são em decorrência da situação geográfica do município, controles social ativo, falta de estrutura física adequada, falta de equipamentos, transporte e número insuficiente de recursos humanos, em detrimento ao que já está sendo realizado, muito além da capacidade dos recursos existentes.

A Vigilância Sanitária Municipal pretende através da elaboração do Plano de Ação levantar os pontos importantes que estão na pauta atual

das ações da ANVISA, dessa forma propiciar um delineamento da situação local e o acompanhamento das ações executadas mediante a construção de indicadores de qualidade e quantidade levando para uma discussão no conselho municipal de saúde.

Pretende ainda, sensibilizar o gestor da saúde, secretaria de obra, meio ambiente e educação do município, câmara de vereadores buscando a intersectoriedade a partir dos eventos educativos sobre o Código Sanitário do Município que esclarece as ações e a importância da VISAM para o desenvolvimento do município.

O Plano de Ação da VISAM, espelha a realidade e as perspectivas de uma vigilância que deseja realizar suas ações de forma mobilizadora e participativa possibilitando assim o incremento da consciência sanitária à população.

Acredita-se, também, que o momento é propício para a reafirmação da Vigilância Sanitária no campo da saúde pública, devendo, portanto, ser trabalhada dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

5 METODOLOGIA APLICADA NO ESTUDO

Neste momento do trabalho, foram traçados os passos metodológicos que foram seguidos para a consecução.

5.1 Método da Pesquisa

A pesquisa desenvolvida foi do tipo descritiva, de natureza quantitativa e qualitativa, através da qual se buscou descrever a percepção dos enfermeiros acerca do marketing na enfermagem e as implicações do mesmo para a qualidade e a imagem profissional.

A escolha do método teve consonância com o pensamento de Rudio (2000, p. 55), segundo o qual na pesquisa descritiva: "O pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade,... está interessado em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los."

Ao se pesquisar sobre o funcionamento das UBS, realizou-se se um estudo qualitativo, porque este "Se baseia na premissa do conhecimentos da realidade só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores." (POLIT; HANGLER, 1995, p. 270).

De acordo com LoBiondo-Wood; Haber (2001), a pesquisa quantitativa envolve a sistematização numérica dos dados e a análise dos mesmos através de procedimentos estatísticos.

A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produtos de um procedimento específico ou de alguma situação particular. Ele não se limita ao que pode ser coletado em uma entrevista, pode investigar diferentes questões em diferentes em diferentes ocasiões, pode utilizar fontes documentais e dados estatísticos (GOLDENBERG, 1998).

5.2 Universo, População e Amostra

O universo da pesquisa, que de acordo com Vergara (1998, p.34) “Trata de definir toda a população e a população amostral”, foi composto por 29 unidades de saúde da família do município de N. S. de Socorro. Estas unidades estão localizadas nos povoados dos municípios, atendendo a população adscrita pela equipe da família, cuja assistência é focada na atenção básica. O quadro de profissionais de cada equipe de saúde é composto por 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico, 01 dentista 01 atendente de dentista , agentes de saúde de acordo com a quantidade de famílias, Pelo fato de ser uma unida, existe todo pessoal administrativo e de limpeza .

A população, conceituada por Malhotra (2001) como sendo o agregado ou a soma de todos os elementos que compartilham algum conjunto comum de características, foi composta por todas UBS, atendendo à conformação do universo para o problema da pesquisa.

Para Polit; Hungler (1995) o tamanho da amostra em pesquisa quantitativa deve ser o maior possível a fim de atingir a representatividade da população. Todavia, como o presente estudo também é de natureza qualitativa não se predetermina o tamanho da amostra em virtude do grande volume de dados verbais que tem de ser analisados e pelo contato prolongado com os sujeitos da pesquisa, segundo Streubert; Carpenter apud Lobiondo-Wood; Haber (2001). Para os referidos autores este tipo de pesquisa preconiza a saturação de dados, desse modo, os sujeitos da pesquisa foram acrescentados à amostra até que se alcançasse esta saturação. Para tanto foram pesquisados 24 UBS, cuja totalidade contempla a repetição de respostas .

5.3 Técnica de Coleta de Dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora durante o período de janeiro à dezembro 2007 por meio de dois instrumentos. O primeiro foi um roteiro de inspeção para detectar a realidade do funcionamento das UBS observando se há cumprimento nas orientações feitas pela equipe da VISAN o segundo foi distribuído um questionário semi-estruturados onde a equipe do PFS responderia a questões relacionadas aos equipamentos, matérias

6 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo realizado partiu de uma pesquisa de campo junto às Unidades Básicas de Saúde, no sentido de evidenciar as possíveis falhas no que diz respeito à edificação, espaço físico e ambientação, específicos para a construção das UBS e que deveriam ser fiscalizadas pela VISAN. Entretanto, com esta fiscalização ainda não está totalmente a cargo deste departamento, não há como se ter um controle a fim de que se possam ser construídas unidades básicas de saúde com todos os requisitos necessário para o seu bom funcionamento, sendo seguido o rigor das normas que estabelecem parâmetros para tanto. Destarte, o maior problema encontrado justamente está nas condições inadequadas de funcionamento destas unidades que dificultam todo o trabalho de suas equipes e colocam em risco tanto a saúde da população, assim como também a dos funcionários que nelas trabalham. A partir da pesquisa realizada e dos dados coletados, percebeu-se que alguns itens se fizeram ausentes e que denunciaram a falta de rigor técnico desde a elaboração do projeto arquitetônico até a construção em si e seu funcionamento.

Após este início de funcionamento, verificou-se que diversos itens foram percebidos como não cumpridos e que merecem uma fiscalização mais rígida e uma conseqüente punição aquém de direito.

A seguir estão descritas, no quadro abaixo, os itens avaliados nas UBS do município de Nossa Senhora do Socorro.

existentes e condições da planta física das unidades, pois esta técnica “combina questões fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições preparadas pelo pesquisador.” (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 108). Obteve-se, dessa forma, o contato direto com os entrevistados, o que possibilitou fidedignidade no registro dos dados. O segundo instrumento foi um roteiro de inspeção para detectar a realidade do funcionamento das UBS observando se há cumprimento nas orientações feitas pela equipe da VISAN, de acordo com LoBiondo-Wood; Haber (2001, p. 178), é um método de coleta de dados:

adequado em pesquisas que lidam com ... o processos de grupo..., podendo ser a melhor forma para operacionalizar variáveis, ... tais como características e condições individuais, comportamentos de comunicação verbal e não verbal, atividades e obtenção de habilidade...

O tipo de observação foi sem ocultamento e sem intervenção, no qual, segundo o autor supracitado, o observador informa os sujeitos da pesquisa que serão observados, porém não intervém no comportamento dos mesmos durante a observação. O tempo de observação para cada sujeito foi de um turno do seu expediente de trabalho.

As entrevistas e a observação realizaram-se consoante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) presente no Apêndice B deste projeto, o qual resguarda a liberdade dos entrevistados em participar ou não da entrevista e da observação e assegura o direito à não-estigmatização, à não-exposição e ao anonimato, porque seus nomes foram registrados pelas iniciais, mas referidos na amostra por nomes fictícios de que denotam atitude.

Os instrumentos da pesquisa constaram de três partes. Na primeira foi feita a identificação da amostra. Na segunda: as perguntas subjetivas e objetivas componentes do roteiro de entrevista, com intuito de responderem aos objetivos da pesquisa e na terceira parte constou o roteiro de observação. No entanto, antes de entrevistar toda a população, fez-se um pré-teste, no qual: Escolhem-se algumas poucas pessoas representativas da população e se lhes aplica o questionário, solicitando que também façam o julgamento a respeito dele. Avaliações dos respondentes são, então, incorporadas, permitindo a formatação final do instrumento (VERGARA, 2003, p. 54). Para

validar o pré-teste foi necessário aplicá-lo a 2% da população, o que correspondeu a aproximadamente um enfermeiro.

Após submeter-lhe o teste prévio, fez-se necessária a correção do conteúdo do roteiro e da forma pela qual o foi apresentado ao respondente, com vistas a obter dados que respondessem aos objetivos da pesquisa, sem, contudo, inferir nessas respostas. Nesse sentido, foi preciso incluir perguntas objetivas na formatação do instrumento e utilizar o método observacional, conforme houvera anteriormente explicitado. Constatou-se ainda a necessidade de realizar indagações durante os processos de entrevista e de observação.

Além disso, sentiu-se a necessidade de iniciar a entrevista dialogando sobre assuntos cotidianos, não relacionados ao estudo em questão, e sobre a realização profissional de cada entrevistado para, só então, começar a indagar sobre o tema pesquisado. Por este motivo resolveu-se perguntar, a priori, qual o entendimento dos sujeitos pesquisados acerca das ações da VISAN de forma generalizada, a fim de adentrar de modo gradativo na pesquisa e concomitantemente ir observando o comportamento dos sujeitos pesquisados. Os entrevistados responderam os questionários em punho próprio e entregaram na sede da VISAN.

5.4 Técnica de Análise de Dados

Para analisar os dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que:

É uma técnica de análise de comunicações, tanto associada aos significados quanto aos significantes da mensagem. Utiliza tanto procedimentos sistemáticos e ditos objetivos de descrição de conteúdos, quanto inferências, deduções lógicas (VERGARA, 2003, p. 14).

Esta técnica se constitui, inicialmente, de uma leitura flutuante dos dados objetivando a seleção e organização do material colhido. E, em seguida, de uma leitura dirigida para formar o *corpus* da análise, ao qual foi feita a análise de conteúdo.

Quadro 2- Itens avaliados nas UBS de Nossa Senhora do Socorro/SE

CÓDIGO	ITENS
1.01	Aeração satisfatória
1.02	A cadeira odontológica está em bom estado de conservação.
1.03	Álcool a 70%
1.04	Algodão seco
1.05	Almotolia para álcool, éter, polvidine.
1.06	Aparelho de medir a pressão arterial
1.07	A o cumprimento da NR 17 (ergonomia)
1.08	Armário
1.09	Armário para guarda de material estéril
1.10	Armário para guarda material
1.11	Armário para guarda de roupa privativa
1.12	Armazenamento satisfatório.
1.13	Arquivo
1.14	Ar condicionado
1.15	As Instalações físicas são satisfatórias.
1.16	As Instalações elétricas e satisfatória.
1.17	As Instalações hidráulicas e satisfatória.
1.18	Aspirador portátil
1.19	Autoclave
1.20	Baldes para pano de chão
1.21	Bancada
1.22	Bancada para receber material contaminado
1.23	Bancada ou mesa para preparo material contaminado
1.24	Bancada ou mesa para reuniões
1.25	Bandeja inox com tampa
1.26	Banco rotativo
1.27	Banheiro com pia e vaso
1.28	Banheiro para funcionários
1.29	Bebedouro
1.30	Birô.
1.31	Biombo
1.32	Botijão
1.33	Botijão está fora
1.34	Cadeira
1.35	Cadeira p/ paciente.
1.36	Cadeira do profissional
1.37	Cadeira para usuários.
1.38	Caixa para armazenar perfuro cortante.
1.39	Caixa térmica
1.40	Camisola para paciente
1.41	Carrinho de curativo
1.42	Carro de limpeza
1.43	Carro de parada cardiorespiratoria
1.44	Cateter intravenoso (gelcos) nº 18,20,22 e 24

1.45	Certificado do R.T
1.46	Computador
1.47	Controle de estoque
1.48	Escadinha
1.49	Escala de serviço
1.50	Espátulas
1.51	Estrado de madeira
1.52	Estetoscópio
1.53	Estufa.
1.54	Estufa para teste bacteriológico.
1.55	Existe tratamento dos resíduos dos serviços de saúde
1.56	Extintor de incêndio
1.57	Ferro de passar
1.58	Filtro
1.59	Fita teste
1.60	Fita Kraft ou madeira.
1.61	Foco para o exame
1.62	Fogão
1.63	Garrafa de água colorida dentro da geladeira.
1.64	Geladeira
1.65	Geladeira para medicamento termo sensível.
1.66	Gelox.
1.67	Glicosímetro.
1.68	G. fisiológico
1.69	Hipoclorito
1.70	Hipoclorito sódio para desinfecção do material.
1.71	Identificações nas diversas áreas
1.72	Iluminação satisfatória
1.73	Insulina.
1.74	Instalações de ar comprimido satisfatória.
1.75	Inspecionado pela VISAM
1.76	Lanterna clínica
1.77	Laringoscópio (conjunto tubos endotraqueais).
1.78	Lençol descartável para cobrir
1.79	Lençol descartável para maca
1.80	Lençol para cobrir o paciente
1.81	Livro controle de saída e entrada de medicamentos
1.82	Lixeira
1.83	Lixeira com pedal
1.84	Lixeira com pedal e tampa
1.85	Lixeira com pedal para lixo administrativo
1.86	Lixeira com pedal para lixo contaminado
1.87	Local de lixo administrativo
1.88	Local de lixo contaminado
1.89	Local para recolhimento do lixo
1.90	Local do lixo é adequado para evitar que catadores recolham lixo contaminado
1.91	Maca

1.92	Maca ginecológica
1.93	Maleta de 1º socorros
1.94	Mapa controle
1.95	Mapas de anotação de temperatura
1.96	Máquina de lavar
1.97	Manutenção nos equipamentos
1.98	Máscaras de aerosol
1.99	Máscaras infantil.
2.00	Mascara adulto
2.01	Material sutura
2.02	Medicação controlada
2.03	Medicamento organizados do mais velho para o mais novo (validade).
2.04	Medicamentos de emergência (em lista propria)
2.05	Mesa
2.06	Mesa de mayo.
2.07	Mobiliário oxidado
2.08	Mobiliários atendem a NR -11
2.09	Orientações de desinfecção
2.10	Otoscópio
2.11	Oxímetro de pulso.
2.12	Pá de lixo
2.13	Pacote curativo
2.14	Pano de chão e parede identificado
2.15	Pano de chão (PC)
2.16	Pano de parede (PP)
2.17	Papel toalha
2.18	Pia para lavagem de material
2.19	Pia lavagem mão profissional
2.20	Pia lavagem de material contaminado
2.21	Pia lavagem mão profissional com torneiras de cotoveleiras
2.22	Pia lavagem de material contaminado com torneiras de cotoveleiras
2.23	Pia de cozinha
2.24	Pia para lavar roupa manual
2.25	Porta papel toalha
2.26	Prateleiras.
2.27	Prateleiras superiores qual a vacina colocada
2.28	Prateleiras centrais qual a vacina colocada
2.29	Proteção de luminosidade
2.30	Proteção para o calor
2.31	Protetor de RX para paciente.
2.32	Protetor de RX para o dentista
2.33	Protocolo de esterilização
2.34	Protocolo de desinfecção
2.35	Protocolo para controle de material
2.36	Quadro /lousa
2.37	Quantas cadeiras no auditório
2.38	Quantas vezes por semana a TORRE recolhe o lixo

2.39	Recipiente com tampa
2.40	Recipiente com sabão líquido
2.41	Recipiente para material esterilizado
2.42	Recipientes para desinfecção material contaminado
2.43	Recipientes plásticos com tampa para guarda material estéril.
2.44	Recipiente para recolher lixo administrativo
2.45	Recipiente para recolher lixo contaminado
2.46	Recipiente plástico com tampa em nº de 03, datado identificado para guarda o material. (máscaras)
2.47	03 recipientes c/ tampa para desinfecção e guarda de material
2.48	Respirador manual (ambú).
2.49	Retro projetor
2.50	Ringer lactato.
2.51	Rodo ou vassoura Com pano ou esfregão
2.52	Scalps nº 19,23 e 25.
2.53	Saco branco leitoso
2.54	Saco de lixo preto
2.55	Saco de lixo (simples)
2.56	Saída para ar comprimido
2.57	Sala de expurgo ou recepção para material contaminado.
2.58	Sala para guarda material estéril (arsenal).
2.59	Sala de esterilização
2.60	Seringas
2.61	Sonar
2.62	Soro fisiológico
2.63	Soro glicosado.
2.64	Suporte de soro
2.65	Tábua para passar
2.66	Tábua para reanimação cardiorespiratória
2.67	Tambor inox
2.68	Tanque para roupa limpa
2.69	Tanque para roupa contaminada
2.70	Tensiometro
2.71	Termômetro
2.72	Torpedo de O2 (oxigênio)
2.73	Todo material esta identificado, datado.
2.74	Todos os materiais estão identificados e datados com fita teste
2.75	Torneiras de cotoveleiras
2.76	Tubos endotraqueais
2.77	TV
2.78	Utilizam os EPI
2.79	Vacinas estão arrumadas adequadamente.
2.80	Varal
2.81	Ventilador
2.82	Vídeo cassete/ DVD
2.83	Kit Pré-natal
2.84	Kit para diagnóstico de Hanseníase
2.84	W.C masculino e feminino.

2.85	W.C para funcionários.
2.86	W.C para deficientes.

Fonte: VISAN – Nossa Senhora do socorro

Com base neste quadro de especificação dos itens, foram feitas as visitas Pás UBS: Centro de Especialidades José do Prado Franco Sobrinho, Unidade Celinha Franco, Unidade Gabriel Alves da Paixão, Unidade Eduardo Amorim, Unidade Augusto César Leite Franco, Unidade José Job De Carvalho, Unidade José Alves dos Santos, Unidade Alcides Alves dos Santos, Unidade Albert Sabim, Unidade Maria do Carmo Nascimento Alves, dentre outros.

Durante as visitas realizadas, constataram-se vários problemas de ordem estrutural, assim como também de ordem de equipamentos. Também se observaram problemas na parte elétrica e hidráulica que, assim como os demais supramencionados promovem um atendimento inadequado, além de, como já relatado anteriormente, colocar em risco a saúde de todos os envolvidos. Os problemas, no momento das inspeções realizadas, estavam presentes em todos os ambientes das UBS, representando um problema que não será fácil de ser resolvido, mesmo porque as edificações já estavam finalizadas, algumas delas já em pleno funcionamento.

Os relatórios em anexo podem evidenciam os principais problemas encontrados e catalogados no ato da visita realizada. Para melhor visualização, colocou-se em ordem de espaço os mesmos, a fim de que se pudesse ter uma melhor visualização dos mesmos e fosse mais fácil perceber toda a problemática que envolve a questão das Unidades Básicas de Saúde deste Município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa garantir a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser formuladas políticas públicas voltadas à organização dos serviços e implementação de ações de vigilância sanitária a fim de que se consolidem os direitos emanados da Carta Magna de 1988, dirigidos a todos os cidadãos brasileiros.

Do ponto de vista das Unidades Básicas de Saúde, verifica-se que, para a sua construção adequada de forma que possa oferecer condições propícias para um atendimento adequado à população, são formuladas regras, através de Portarias, que devem ser rigorosamente seguidas a fim de que se possa oferecer um espaço que se destina ao atendimento da saúde da população, compatível com as necessidades exigidas pela efetivação eficiente das atividades desenvolvidas nesse ambiente.

As NRs e as RDs aqui elucidadas oportunizaram um embasamento teórico que pudesse demonstrar a necessidade de uma rigorosa fiscalização desde o momento do surgimento do projeto arquitetônico até o final da construção, focando-se todos os aspectos a serem bem trabalhados no sentido de ratificar as condições de uso especificadas nas regulamentações mencionadas.

Após pesquisa realizada no município de Nossa Senhora do Socorro, e percebidas todas as irregularidades que colocam em cheque a eficiência das UBSs e a promoção da saúde de sua clientela e a manutenção desta para seus funcionários, evidenciou-se que urge uma ação mais efetiva por parte da VISAN. Mister aqui ressaltar que esta atuação se faz de forma efetiva, entretanto, com toda a burocracia que paira nesse sentido, o mais sustentável e condizente seria trabalhar para criar uma intersetorialização entre as Secretarias da Saúde e de Obras deste município, a fim de que a Vigilância Sanitária tivesse conhecimento de todos os projetos arquitetônicos que tramitassem na Secretaria de Obras, em relação à construção de novas UBSs, desde seu inícios, a fim de que aquele órgão pudesse cumprir seu papel de

fiscalizador, desde o início do surgimento do projeto, fazendo valer todas as exigências contidas nas NRs e RDCs e trabalhar no sentido de estas serem cumpridas rigorosamente. Só assim ter-se-iam UBSs compatíveis com as necessidades e que pudessem melhor atender à demanda. Fiscalizando as UBSs, desde o início de seus projetos arquitetônicos, obviamente, com profissionais capacitados para tanto, até a finalização da obra, não deixando de lado nenhum dos itens que são requisitos básicos para uma UBS capaz de oferecer serviços de qualidade.

Necessário também seria que se efetivasse a comunicação entre a Secretaria de Obras e a VISAN, para que se pudesse ter um retorno mais favorável nesse sentido.

Outrossim, também seria necessário que se fizesse valer a lei no sentido de punir os eventuais responsáveis pelas possíveis falhas técnicas encontradas ao longo das inspeções periódicas a fim de que se coibisse mais esta situação caótica em que se encontram as atuais UBSs do município aqui focado.

Outro fator de extrema relevância era trabalhar no sentido de melhor capacitar os profissionais que fossem atuar diretamente com construções de Unidades de Saúde, a fim de que os mesmos tivessem conhecimento das exigências para a construção de prédios desse porte.

Neste diapasão, vale ressaltar que esta problemática é de ordem estrutural e é vivida em todo o país, já que a burocracia dos órgãos públicos e as gatunices dos governantes que, utilizando-se de meios fazem uso do poder para barganhar as licitações fazem mercado com a verba que é destinada à Saúde e deixam de lado o que deveria ser realmente priorizado: Adequação dos espaços para fins hospitalares.

Se a VISAN pudesse agir diretamente nesse sentido, desde o início de todo o processo de construção, obviamente que o problema seria minimizado, senão solucionado. Afinal, é de interesse da mesma fazer valer o que regulamenta a atual constituição brasileira e garantir uma saúde de qualidade para todos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. São Paulo : Atlas, 1995.

BERWICK, Donald M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.

BRASIL. Agência nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de vigilância sanitária**. Brasília: Anvisa, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Resolução – RDC nº 306**, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para gerenciamento de resíduos de saúde, 6 dez. 2004. Diário Oficial da União, 10 dez. 2004.

BRASIL. **Resolução CONAMA nº 358**, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 4 maio 2005.

CASTELAR, Rosa Maria et al. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. França Éditions école nationale de la Santé Publique, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A construção do SUS; estratégias de parceria entre as três esferas de governo*, Oficina de trabalho; relatório final, CONASS, Brasília, Brasil, novembro de 1995.

_____. **Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS**, Câmara técnica nacional de recursos humanos; instalação, CONASS, Brasília, Brasil, novembro de 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª, Brasília, 1992, Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 1993.

COSTA, E. A . **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Sobravime, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERY, Emerson Elias; MAGALHÃES JUNIOR, Helve Cio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista. **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

Núcleo de Promoção e Vigilância em Saúde. Explanada dos Ministérios. Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, J.S. **A Crise da saúde Pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PDVISA – **Plano Diretor de Vigilância sanitária**. Eixos e Diretrizes. Brasília, 2007.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo:Atlas, 2003.

ANEXOS

ANEXO A - VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SOCORRO

ROTEIRO PARA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE:

ENDEREÇO:

CNPJ:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: (ENFERMEIRO)

RESPONSÁVEL LEGAL:

TELEFONE DA VISAM: 2106-7421

Nº	LOCAL	Opções		
		SIM	NÃO	QTD
1	POSSUI RECEPÇÃO SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona: Marque os itens relacionados à esta sala.			
1.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
1.2	Instalações elétricas e satisfatória.			
1.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
1.4	Aeração satisfatória			
1.5	Iluminação satisfatória			
1.6	Possui mobiliário oxidado			
1.7	A o cumprimento da NR 17 (ergonomia)			
1.8	Possui cadeira suficiente p /pacientes e funcionários			
1.9	Possui bancada			
1.10	Possui lixeira com pedal			
1.11	Possui banheiro para os funcionários.			
1.12	Possui computador			
1.13	Possui ventilador			
	Possui arquivo			
OBS:				
2	POSSUI CONSULTÓRIO MÉDICO SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona: Marque os itens relacionados a esta sala.			
2.1	As instalações físicas são satisfatórias			
2.2	As instalações elétricas e satisfatória			
2.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			

2.4	Aeração satisfatória			
2.5	Iluminação satisfatória			
2.6	Possui mobiliário oxidado			
2.7	Possui cadeira p/ paciente.			
2.8	Possui cadeira do profissional			
2.9	Possui birô.			
2.10	Possui biombo			
2.11	Possui maca			
2.12	Possui escadinha			
2.13	Possui tensiometro			
2.14	Possui estetoscópio			
2.15	Possui lanterna clínica			
2.16	Possui otoscópio			
2.17	Possui espátulas			
2.18	Possui lençol descartável			
2.19	Possui Kit para diagnóstico de Hanseníase			
2.20	Possui lixeira com pedal			
2.21	Possui saco branco leitoso			
2.22	Possui pia para lavagem das mãos			
2.23	Possui papel toalha			
2.24	Possui recipiente com sabão líquido			
2.25	Utilizam os EPI			
2.26	Possui armário			
OBS				
3	POSSUI CONSULTÓRIO DO ENFERMEIRO SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			
3.1	As instalações físicas são satisfatórias			
3.2	As instalações elétricas e satisfatória			
3.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
3.4	Aeração satisfatória			
3.5	Iluminação satisfatória			
3.6	Possui mobiliário oxidado			
3.7	Possui cadeira p/ paciente.			
3.8	Possui cadeira do profissional			
3.9	Possui birô.			
3.10	Possui biombo			
3.11	Possui maca ginecológica			
3.12	Possui escadinha			
3.13	Possui banco rotativo			
3.14	Possui sonar			
3.15	Possui Kit Pré-natal			
3.16	Possui Kit para diagnóstico de Hanseníase			

3.17	Possui tensiometro			
3.18	Possui estetoscópio			
3.19	Possui lanterna clínica			
3.20	Possui espátula			
3.21	Possui lençol descartável para maca			
3.22	Possui lençol para cobrir o paciente			
3.23	Possui camisola para paciente			
3.24	Possui lençol para cobrir			
3.25	Possui banheiro com pia e vaso			
3.26	Possui pia para lavagem das mãos do profissional			
3.27	Possui papel toalha			
3.28	Possui recipiente com sabão líquido			
3.29	Possui lixeira com pedal			
3.30	Possui saco de lixo branco leitoso			
3.31	Possui saco de lixo preto			
3.32	Possui foco para o exame			
3.33	Possui ar condicionado			
3.34	Possui ventilador			
3.35	Utiliza o EPI			
OBS:				
4	POSSUI SALA DE NEBULIZAÇÃO SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			
4.1	As instalações físicas são satisfatórias			
4.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
4.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
4.4	Aeração satisfatória			
4.5	Iluminação satisfatória			
4.6	Possui mobiliário oxidado			
4.7	Possui cadeira p/ paciente.			
4.8	Possui bancada			
4.9	Possui saída para ar comprimido			
4.10	Possui máscaras de aerosol			
4.11	Possui máscaras infantil.			
4.12	Possui mascara adulto			
4.13	Possui pia para lavagem mãos profissional.			
4.14	Possui torneiras com cotoveleiras			
4.15	Possui pia para lavagem de material			
4.16	Possui papel toalha			
4.17	Possui recipiente para sabão líquido			
4.18	Possui armário para guarda material			
4.19	Possui recipiente plástico com tampa em nº de 03, datado identificado para guarda o material. (máscaras)			

4.20	Possui 03 recipientes c/ tampa para desinfecção e guarda de material			
4.21	Possui orientações de desinfecção			
4.22	Possui hipoclorito sódio para desinfecção do material.			
4.23	Possui lixeira com pedal			
4.24	Possui saco branco leitoso			
4.25	Há manutenção nos equipamento.			
4.26	Possui torpedo de O2 (oxigênio)			
4.27	Possui recipiente com tampa			
OBS:				
5	POSSUI FARMÁCIA SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			
5.1	As instalações físicas são satisfatórias			
5.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
5.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
5.4	Aeração satisfatória			
5.5	Iluminação satisfatória			
5.6	Possui mobiliário oxidado			
5.7	Possui cadeira p/ paciente.			
5.8	Possui birô			
5.9	Possui lixeira com pedal			
5.10	Possui saco de lixo leitoso			
5.11	Possui estrado de madeira			
5.12	Possui prateleiras.			
5.13	Possui medicação controlada			
5.14	Possui livro controle de saída e entrada de medicamentos			
5.15	Medicamento organizados do mais velho para o mais novo (validade).			
5.16	Possui controle de estoque			
5.17	Possui computador			
5.18	Possui armazenamento satisfatório.			
5.19	Possui insulina.			
5.20	Possui geladeira para medicamento termo sensível.			
5.21	Possui ventilador			
5.22	Possui ar condicionado			
OBS:				
6	POSSUI CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO SIM () NÃO ()			

OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a esta sala.			
6.1	As instalações físicas são satisfatórias			
6.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
6.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
6.4	Aeração satisfatória			
6.5	Iluminação satisfatória			
6.6	Possui mobiliário oxidado			
6.7	Possui cadeira p/ profissional.			
6.8	Possui birô			
6.9	Possui sala de expurgo ou recepção para material contaminado.			
6.10	Possui bancada para receber material contaminado			
6.11	Possui protocolo para controle de material			
6.12	Pia lavagem mão profissional com torneiras de cotoveleiras			
6.13	Pia lavagem de material contaminado com torneiras de cotoveleiras			
6.14	Bancada ou mesa para preparo material contaminado			
6.15	Possui papel toalha			
6.16	Possui recipiente sabão líquido			
6.17	Lixeira com pedal			
6.18	Possui saco de lixo branco leitoso			
6.19	Recipientes para desinfecção material contaminado			
6.20	Possui sala esterilização			
6.21	Possui autoclave			
6.22	Possui estufa			
6.23	Possui cadeira para os funcionários			
6.24	Possui estufa para teste bacteriológico.			
6.25	Possui fita teste			
6.26	Possui fita Kraft ou madeira.			
6.27	Todo material esta identificado, datado.			
6.28	Utilizam EPI.			
6.29	Possui ar condicionado.			
6.30	Possui sala para guarda material estéril (arsenal).			
6.31	Possui armário para guarda de material estéril			
6.32	Possui recipientes plásticos com tampa para guarda material estéril.			
6.33	Todos os materiais estão identificados e datados com fita teste			
6.34	Possui ar condicionado			
6.35	Possui protocolo de esterilização			
6.36	Possui protocolo de desinfecção			
OBS:				

7	POSSUI SALA DE VACINA SIM () NÃO ()		
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:		
	Marque os itens relacionados a está sala.		
7.1	As instalações físicas são satisfatórias.		
7.2	As instalações elétricas e satisfatória.		
7.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.		
7.4	Aeração satisfatória		
7.5	Iluminação satisfatória		
7.6	Possui mobiliário oxidado		
7.7	Possui cadeira p/ profissional.		
7.8	Possui cadeira para paciente.		
7.9	Possui birô		
7.10	Possui maca		
7.11	Possui escadinha		
7.12	Possui geladeira		
7.13	Possui termômetro		
7.14	Possui mapa controle		
7.15	Possui gelox.		
7.16	Possui garrafa de água colorida dentro da geladeira.		
7.17	As vacinas estão arrumadas adequadamente.		
7.18	Prateleiras superiores qual a vacina colocada		
7.19	Prateleiras centrais qual a vacina colocada		
7.20	Possui identificações nas diversas áreas		
7.21	Possui pia para lavagem mãos profissional.		
7.22	Possui Papel Toalha		
7.23	Possui recipiente sabão líquido.		
7.24	Possui proteção de luminosidade		
7.25	Possui proteção para o calor		
7.26	Possui caixa térmica		
7.27	Possui lixeira com pedal.		
7.28	Possui saco de lixo branco leitoso		
7.29	Possui mapas de anotação de temperatura		
OBS:			
8	SALA DE 1º ATENDIMENTO (Urgência e Emergência) SIM () NÃO ()		
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:		
	Marque os itens relacionados a está sala.		
8.1	As instalações físicas são satisfatórias.		
8.2	As instalações elétricas e satisfatória		
8.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.		
8.4	Aeração satisfatória		
8.5	Iluminação satisfatória		

8.6	Possui mobiliário oxidado			
8.7	Possui cadeira p/ paciente.			
8.8	Possui maca			
8.9	Possui escadinha			
8.10	Possui suporte de soro			
8.11	Possui torpedo de 02			
8.12	Possui aspirador portátil			
8.13	Possui maleta de 1º socorros			
8.14	Possui armários			
8.15	Possui aparelho de medir a pressão arterial			
8.16	Possui termômetro			
8.17	Possui glicosímetro.			
8.18	Possui respirador manual (ambú).			
8.19	Possui laringoscópio (conjunto tubos endotraqueais).			
8.20	Possui carro de parada cardiorespiratória			
8.21	Possui oxímetro de pulso.			
8.22	Possui tábua para reanimação cardiorespiratória			
8.23	Possui cateter intravenoso (gelcos) nº 18,20,22 e 24			
8.24	Possui scalpns nº 19,23 e 25.			
8.25	Possui seringas			
8.26	Possui ringer lactato.			
8.27	Possui soro fisiológico			
8.28	Possui soro glicosado.			
8.29	Possui g. fisiológico			
8.30	Possui medicamentos de emergência (em lista própria)			
8.31	possui tubos endotraqueais			
OBS:				
9	POSSUI SALA DE PRÉ – CONSULTA DA ENFERMAGEM SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados à está sala.			
9.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
9.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
9.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
9.4	Aeração satisfatória			
9.5	Iluminação satisfatória			
9.6	Possui mobiliário oxidado			
9.7	Possui cadeira p/ paciente.			
9.8	Possui cadeira para profissional			
9.9	Possui escadinha			
9.10	Possui aparelho de medir a pressão arterial			
9.11	Possui termômetro			
9.12	Possui birô			

9.13	Possui maca			
OBS:				
10	POSSUI SALA DE CURATIVO SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			
10.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
10.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
10.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
10.4	Aeração satisfatória			
10.5	Iluminação satisfatória			
10.6	Possui mobiliário oxidado			
10.7	Possui maca			
10.8	Possui lixeira com tampa e pedal			
10.9	Possui saco de lixo branco leitoso			
10.10	Possui mesa de mayo.			
10.11	Possui armário para guarda de material			
10.12	Possui foco			
10.13	Possui pia para lavagem de mãos para profissional			
10.14	Possui pia para lavagem de material			
10.15	As torneiras são de cotoveleira			
10.16	Possui recipiente com sabão liquido			
10.17	Possui porta papel toalha			
10.18	Possui biombo			
10.19	Possui carrinho de curativo			
10.20	Possui almotolia para álcool, éter, polvidine.			
10.21	Possui material sutura			
10.22	Possui pacote curativo			
10.23	Possui glicosímetro			
10.24	Possui algodão seco			
10.25	Possui álcool a 70%			
10.26	Possui bandeja inox com tampa			
10.27	Possui tambor inox			
10.28	Possui material de sutura			
10.29	Possui recipiente para material esterilizado			
OBS:				
11	POSSUI SALA DA DIREÇÃO SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			

11.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
11.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
11.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
11.4	Aeração satisfatória			
11.5	Iluminação satisfatória			
11.6	Possui mobiliário oxidado			
11.7	Possui cadeira para profissional			
11.8	Possui birô			
11.9	Possui armário			
11.10	Possui lixeira com pedal e tampa			
11.11	Possui saco de lixo (simples)			
11.12	Possui escala de serviço			
11.13	Possui certificado do R.T			
11.14	Foi inspecionado pela VISAM			
OBS:				
12	SALA DE ESPERA DO CLIENTE SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			
12.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
12.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
12.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
12.4	Aeração satisfatória			
12.5	Iluminação satisfatória			
12.6	Possui mobiliário oxidado			
12.7	Possui cadeira para usuários.			
12.8	Possui televisão.			
12.9	Possui extintor de incêndio			
12.10	Possui W.C masculino e feminino.			
12.11	Possui W.C para funcionários.			
12.12	Possui W.C para deficientes.			
12.13	Possui bebedouro			
12.14	Possui lixeira			
OBS:				
13	POSSUI SETOR DE LIMPEZA SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a está sala.			
13.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
13.2	As instalações elétricas e satisfatória.			

13.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
13.4	Aeração satisfatória			
13.5	Iluminação satisfatória			
13.6	Possui mobiliário oxidado			
13.7	Possui carro de limpeza			
13.8	Possui baldes para pano de chão			
13.9	Possui pano de chão e parede identificado			
13.10	Possui pia para lavagem de mãos do profissional			
13.11	Possui pia para lavagem de material contaminado			
13.12	Possui recipiente para sabão líquido			
13.13	Possui porta papel toalha			
13.14	Possui prateleira			
13.15	Possui rodo ou vassoura Com pano ou esfregão			
13.16	Possui pá			
13.17	Possui hipoclorito			
13.18	Possui álcool a 70%			
13.19	Possui lixeira			
OBS:				
14	POSSUI COPA SIM () NÃO ()			
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:			
	Marque os itens relacionados a esta sala.			
14.1	As instalações físicas são satisfatórias.			
14.2	As instalações elétricas e satisfatória.			
14.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.			
14.4	Aeração satisfatória			
14.5	Iluminação satisfatória			
14.6	Possui mobiliário oxidado			
14.7	Possui mesa			
14.8	Possui Cadeira			
14.9	Possui geladeira			
14.10	Possui armário			
14.11	Possui pia			
14.12	Possui fogão			
	O botijão está fora			
	Possui filtro			
	Possui bebedouro			
	Possui lixeira			
OBS:				

15	LAVANDERIA SIM () NÃO ()		
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:		
	Marque os itens relacionados a está sala.		
15.1	As instalações físicas são satisfatórias.		
15.2	As instalações elétricas e satisfatória.		
15.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.		
15.4	Aeração satisfatória		
15.5	Iluminação satisfatória		
15.6	Possui mobiliário oxidado		
15.7	Possui mesa		
15.8	Possui cadeiras		
15.9	Possui máquina de lavar		
15.10	Possui tábua para passar		
15.11	Possui armário para guarda de roupa privativa		
15.12	Possui varal		
15.13	Possui pia para lavar roupa manual		
15.14	Possui de lixeira		
15.15	Possui tanque para roupa limpa		
15.16	Possui tanque para roupa contaminada		
15.17	Possui ferro de passar		
OBS:			
16	POSSUI LOCAL PARA AGUARDAR RECOLHER O LIXO SIM () NÃO ()		
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:		
	Marque os itens relacionados a está sala.		
16.1	Possui local de lixo administrativo		
16.2	Possui local de lixo contaminado		
16.3	Possui recipiente para recolher lixo administrativo		
16.4	Possui recipiente para recolher lixo contaminado		
16.5	Possui lixeira com pedal para lixo administrativo		
16.6	Possui lixeira com pedal para lixo contaminado		
16.7	Possui pano de chão (PC)		
16.8	Possui pano de parede (PP)		
16.9	Possui local para recolhimento do lixo		
16.10	Quantas vezes por semana a TORRE recolhe o lixo		
16.11	O local do lixo é adequado para evitar que catadores recolham lixo contaminado		
	Existe tratamento dos resíduos dos serviços de saúde		
OBS:			

17	SALA DE REUNIOES/ AUDITÓRIO SIM () NÃO ()		
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:		
	Marque os itens relacionados a está sala.		
17.1	As instalações físicas são satisfatórias.		
17.2	As instalações elétricas e satisfatória		
17.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.		
17.4	Aeração satisfatória		
17.5	Iluminação satisfatória		
17.6	Possui mobiliário oxidado		
17.7	Possui TV		
17.8	Possui Vídeo cassete/ DVD		
17.9	Possui quantas cadeiras		
17.10	Possui bancada ou mesa para reuniões		
17.11	Possui quadro /lousa		
17.12	Possui retro projetor		
17.13	Possui DVD		
17.14	Possui ventilador		
17.15	Possui ar condicionado		
17.16	Possui lixeira		
OBS:			
18	POSSUI CONSULTÓRIO ODONTOLOGICO SIM () NÃO ()		
OBS:	Caso a resposta seja não, onde funciona:		
	Marque os itens relacionados a está sala.		
18.1	As instalações físicas são satisfatórias		
18.2	As instalações elétricas e satisfatória.		
18.3	Instalações hidráulicas e satisfatória.		
18.4	Aeração satisfatória		
18.5	Iluminação satisfatória		
18.6	Possui mobiliário oxidado		
18.7	Possui cadeira p/ paciente.		
18.8	Possui cadeira do profissional		
18.9	Possui birô.		
18.10	Possui instalações de ar comprimido satisfatória.		
18.11	Possui lixeira com pedal		
18.12	Possui manutenção nos equipamentos		
18.13	Possui estufa.		
18.14	Possui pia para lavagem de mãos dos profissionais		
18.15	Possui pia para lavar material		
18.16	Possui recipiente para sabão liquido		
18.17	Possui sabão liquido		
18.18	Possui papel toalha.		
18.19	Possui porta papel toalha		

[illegible]