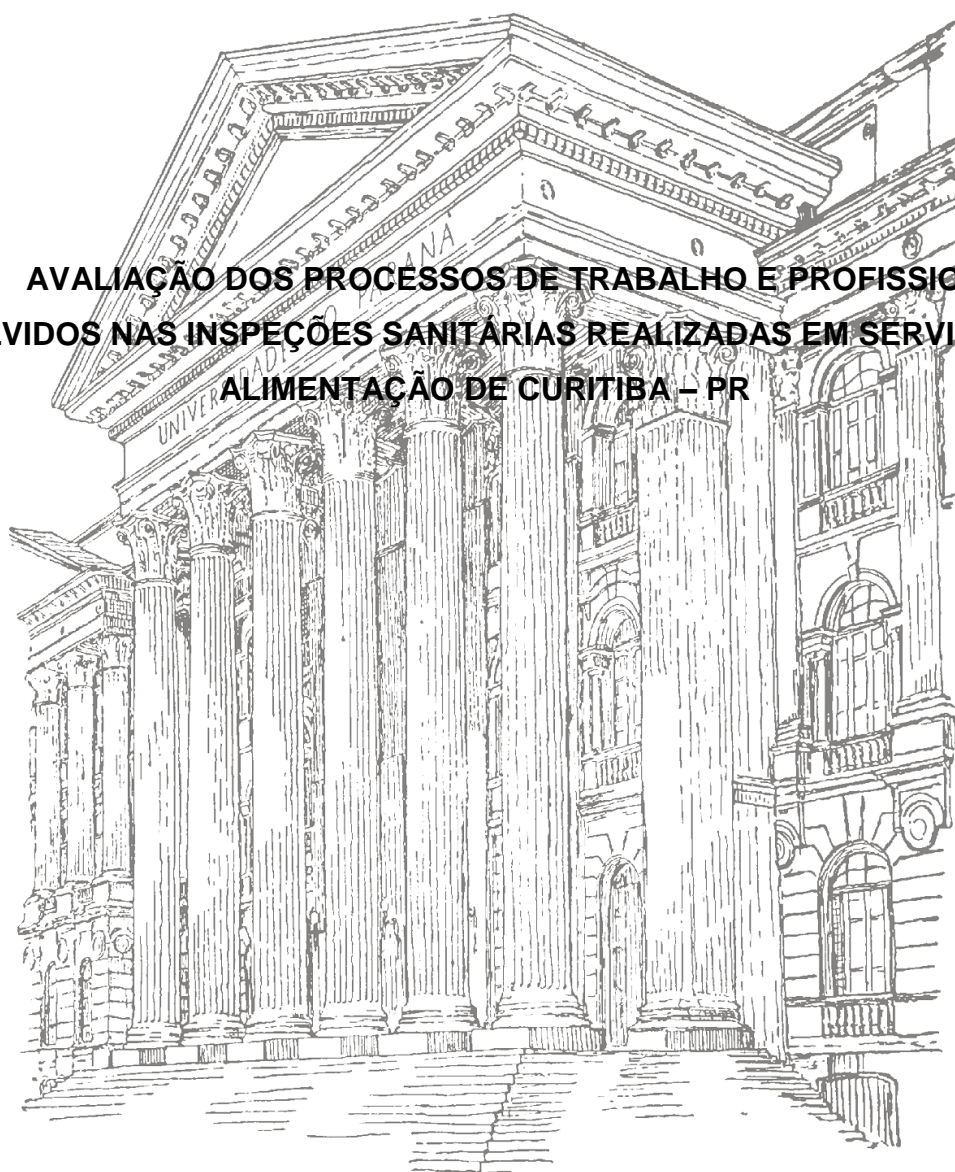


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PATRICIA VITÓRIO OLMEDO

**AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E PROFISSIONAIS
ENVOLVIDOS NAS INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS EM SERVIÇOS DE
ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA – PR**



CURITIBA

2016

PATRICIA VITÓRIO OLMEDO



**AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E PROFISSIONAIS
ENVOLVIDOS NAS INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS EM SERVIÇOS DE
ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição do Departamento de Nutrição, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sila Mary Rodrigues Ferreira

Coorientadora: Prof.^a Dra. Lize Stangarlin-Fiori

CURITIBA

2016

Olmedo, Patrícia Vitório
Avaliação dos processos de trabalho e profissionais envolvidos nas inspeções sanitárias realizadas em serviços de alimentação de Curitiba - PR / Patrícia Vitório Olmedo – Curitiba, 2016.
101 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Sila Mary Rodrigues Ferreira
Coorientadora: Professora Dra. Lize Stangarlin-Fiori
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Vigilância sanitária. 2. Doenças transmitidas por alimentos. 3. Restaurantes. 4. Inocuidade de alimentos. 5. Recursos humanos em saúde. I. Ferreira, Sila Mary Rodrigues. II. Stangarlin-Fiori, Lize. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 614.4



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
Código CAPES: 40001016074P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **PATRICIA VITORIO OLMEDO**, intitulada: "**Avaliação dos processos de trabalho e profissionais envolvidos nas inspeções sanitárias realizadas em Serviços de Alimentação de Curitiba -PR**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua A PROVAÇÃO.

Curitiba, 08 de Julho de 2016.

90

Prof LIZE STANGARLIN FIORI
Presidente da Banca Examinadora Avaliador Externo (UFSM)

Prof CILENE DA SILVA GOMES RIBEIRO
Avaliador Externo (PUC/PR)

Prof CAROLINE OPOLSKI MEDEIROS

AGRADECIMENTOS

A Deus, à Santíssima Trindade, Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e Nossa Senhora do Carmo, por todas as preces atendidas e por terem me dado forças para concluir mais uma etapa da minha vida.

À minha família, meu porto seguro, minha essência, meu caminho; as grandes responsáveis pelos meus valores, caráter e fé: minha mãe Regina, minha irmã Cláudia e *in memorium* minha avó-mãe Carmella. E lógico, não poderia faltar meu cunhado Marcelo e meu sobrinho-afilhado, meu amor Santiago.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, órgão público o qual eu tenho muito orgulho de trabalhar, e que autorizou o desenvolvimento desse estudo. Aos Diretores do Centro de Saúde Ambiental Luis Armando Erthal, que acreditou na minha ideia e aceitou a proposta do trabalho e a parceria com a Universidade. E posteriormente à Gisele Kosiak Poitevin Pirih e Francielle Cristine Dechatnek que deram continuidade à proposta da pesquisa, e lutam diariamente por um novo modelo de Vigilância Sanitária. À Sabrina Vianna Mendes por todo apoio. À Claudia Kohatsu, por toda paciência, todo aprendizado sobre o Simivisa, todas as informações e apoio prestado.

Ao Distrito Sanitário Bairro Novo, na figura dos Diretores Eduardo Funchal, que me acolheu novamente no Distrito e permitiu que eu fizesse o mestrado. E posteriormente, ao Joari Stahlschmidt, que continuou me apoiando nessa proposta. Às minhas chefias Daniele Cristine Stremel e Célia Regina Cattani Perroni, que aceitaram e valorizaram minha proposta de qualificação no estudo, me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos que mais precisei e foram fundamentais para a conclusão desse processo. À equipe de Vigilância Sanitária do Distrito, meus amigos, minha 2ª família, Andrea, Eny, Renata, Cristiane, Augusta, Juliana e Marcos. E às meninas da Vigilância Epidemiológica, Raquele, Renata, Luiza, Rose, Fabíola e Edmary, obrigada pela paciência, pelo apoio, pelo carinho e pelo incentivo de todos.

A todos (as) os (as) amigos (as) e colegas de todas as Vigilâncias de Curitiba, que colaboraram com a pesquisa; obrigada pelo apoio, pela parceria, pelas discussões; é por vocês, para vocês.

A todos os meus amigos e amigas que estiveram ao meu lado, em especial, Jaqueline, Allina, Luka, Paloma, Anabelle e todos aqueles que não me deixaram desistir, mesmo quando eu achei que não teria mais forças para nada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da UFPR pela oportunidade. Ao Secretário Mauro Uchida por ser tão prestativo e amável. A todas as professoras e professores que colaboraram com essa jornada, principalmente, prof^a Sandra Crispim, que não me deixou desistir, e me trouxe paz em um momento de guerra; prof^a Claudia Rocco, por seus ensinamentos sobre o Comitê de Ética; prof^a Caroline Opolski Medeiros, sempre muito gentil e exigente; prof^a Cilene; prof. Eduardo César Tondo, e ao prof. Luis Felipe Lopes, meu estatístico. Ao aluno Jailson Juliano Becker pela colaboração na digitação dos dados. E claro, à prof^a Sila Mary Rodrigues Ferreira, por ter acreditado em mim e em meu potencial. E à prof^a Lize Stangarlin Fiori, por tudo, por ter se mostrado amiga, parceira, meu anjo da guarda, extremamente profissional, ética e acima de tudo, humana.

Não poderia faltar um agradecimento especial a elas: à melhor turma de mestrado do sul do mundo! A cada uma de vocês um pedacinho do meu “obrigada”. Por vocês terem acreditado em mim, pelo suporte nos momentos difíceis, pelos momentos de alegria, por tudo. Fiz amizades incríveis, conheci pessoas maravilhosas e seres humanos sem igual, que levarei para sempre, no meu coração.

*“O tempo muito me ensinou:
Ensinou a amar a vida,
Não desistir de lutar,
Renascer na derrota,
Renunciar às palavras e pensamentos
negativos,
Acreditar nos valores humanos,
E a ser OTIMISTA.
Aprendi que mais vale tentar do que
recuar...
Antes acreditar do que duvidar,
Que o que vale na vida,
Não é o ponto de partida e sim,
A nossa caminhada”*

(Cora Coralina)

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar os Serviços de Alimentação de Curitiba, PR, Brasil, e caracterizar os processos de trabalho e o perfil dos profissionais envolvidos nas inspeções sanitárias, durante uma década de vigência da legislação nacional de Boas Práticas. A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira refere-se a um estudo quantitativo, retrospectivo e analítico, de delineamento longitudinal, desenvolvido a partir dos dados das inspeções sanitárias realizadas em Serviços de Alimentação do município, no período de 1º de janeiro de 2005 a 1º de julho de 2015, cadastrados no Sistema Municipal de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental (Simivisa), da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR, com intuito de avaliar o número de Serviços de Alimentação inspecionados, seu ramo de atividade; o motivo das inspeções sanitárias realizadas, as condições higiênico-sanitárias dos mesmos, as principais irregularidades encontradas e as medidas administrativas adotadas, após as inspeções sanitárias. A segunda etapa refere-se a um estudo quantitativo, exploratório de delineamento transversal, realizado com base em formulário composto por questões abertas e fechadas, de conteúdo socioeconômico, educacional e da rotina de trabalho, o qual foi entregue aos profissionais da Vigilância Sanitária que realizavam inspeções sanitárias na área de alimentos do município, para identificar o seu perfil e avaliar seu processo de trabalho. Os dados do Simivisa foram tabulados no Microsoft Excel® e analisados no software SAS®, com análises estatísticas descritivas, medidas de associação, regressão linear e correlação de Pearson, todos com nível de significância de $p < 0,05$. Os dados sobre o perfil dos profissionais foram tabulados em formulário *on line* desenvolvido no Google Drive®, e analisados com estatística descritiva. Os resultados demonstram número expressivo de Serviços de Alimentação registrados ($n=14901$), com ampla variedade de segmentos, no qual destacaram-se os ramos restaurantes e similares ($n= 5137$); lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares ($n= 3528$); e minimercados, supermercados e hipermercados ($n= 2411$). No período pesquisado, foram realizadas 84201 inspeções sanitárias, com destaque às inspeções realizadas em função de solicitações dos estabelecimentos (60,25%), seguidas por denúncias (25,66%) e, por inspeções programadas pelas equipes (14,09%). As irregularidades registradas no sistema demonstraram que a maioria dos estabelecimentos (70%) inspecionados apresentavam condições higiênico-sanitárias inadequadas. As principais irregularidades cadastradas foram Procedimentos e Processos de Trabalho (27,44%), Estrutura Física (20,42%) e Condições Higiênico-Sanitárias inadequadas (11,7%). Entre as Medidas Administrativas adotadas, após a realização das inspeções, prevaleceram Medidas Educativas (65,64%) sobre as Medidas Punitivas (9,99%). O perfil dos profissionais revelou que a maioria são mulheres (83,72%), com idade entre 31 e 50 anos (73,75%), com formação e qualificação voltada para a área de alimentos (>70%). Porém, a distribuição desigual dessas profissionais no município, o pouco tempo de serviço (45,24% < 5 anos) e a ausência de uma política de capacitação e formação profissional frequente voltada à área de Visa, aliadas a precárias condições de trabalho e falta de visibilidade das atividades desenvolvidas, resulta em processos de trabalho diferentes e, entre outras questões, no não reconhecimento de sua importância perante a sociedade e o próprio Setor Saúde. Com os resultados desse estudo foi possível estabelecer um diagnóstico do perfil dos Serviços de Alimentação, das ações da Visa e dos profissionais atuantes, no qual constatou-se: um perfil mais emergencial do processo de trabalho; a necessidade de capacitação dos profissionais

em priorização de critérios de risco relacionados ao processo de produção e manipulação do alimento em si; e práticas atreladas ao procedimento da inspeção e de responsabilização exclusiva. Isso demonstra que a Visa do município necessita rever seu processo de trabalho, incorporando os conceitos de territorialização, planejamento e co-responsabilização, reforçar suas articulações com outros setores que se fizerem necessários, no sentido de superar o desafio do conhecimento e implementação da legislação sanitária vigente, para ser reconhecida, efetivamente, como agente transformador da saúde pública.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Legislação sobre Alimentos; Doenças Transmitidas por Alimentos; Restaurantes; Inocuidade de Alimentos; Recursos Humanos em Saúde; Inspeção de Alimentos; Controle e Fiscalização de Alimentos e Bebidas.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the Curitiba, PR, Brazil, Food services, and to characterize the work processes and the profile of the professionals involved in health inspections during a decade of operation of the national Good Practices legislation. The research was divided into two stages: the first refers to a quantitative, retrospective, analytical study, with a longitudinal design, developed from the data of the health inspections carried out in the municipality Food Services in the period January 1st, 2005 to July 1st, 2015, registered at the Municipal System of Health Surveillance and Environmental Information (Simivisa), of the Municipal Health Department of Curitiba - PR, in order to assess the number of inspected Food services, its field of activity and location; the reason of health inspections, their sanitary conditions, the main irregularities found and administrative measures adopted after the health inspections. The second stage refers to a quantitative, exploratory study, with a cross-sectional design, carried out on a form consists of open and closed issues, the basis on socio-demographic, educational and routine work contents, which was delivered to health surveillance professionals that performed sanitary inspections in the food area of the municipality to identify their profile and evaluate their work process. The Simivisa data were tabulated in Microsoft Excel® and analyzed in SAS® software with descriptive statistical analysis, measures of association, linear regression and Pearson correlation, all p significance level of <0.05. Data of the professional profile were tabulated in online form developed in Google Drive®, and analyzed with descriptive statistics. The results demonstrate significant number of registered Food Services (n = 14901), with a wide variety of segments, in which stood out the restaurants and similar (n = 5137); Snack bars, tea houses, juices and the like (n = 3528); and mini markets, supermarkets and hypermarkets (n = 2411). In the period studied, 84201 sanitary inspections were carried out, with emphasis on inspections in establishments requests function (60,25%), followed by denunciations (25,66%), and scheduled inspections by teams (14,09%). The irregularities recorded in the system showed that the majority of establishments (70%) surveyed had inadequate sanitary conditions. The main irregularities were registered Procedures and Work Processes (27,44%), Physical Structure (20,42%) and inadequate Hygienic-Sanitary conditions (11,7%). Among the Administrative Measures adopted after the completion of inspections, prevailed Educational measures (65,64%) over the Punitive measures (9,99%). The profile of professionals revealed that most are women (83,72%), aged between 31 and 50 years (73,75%), with training and qualification geared to the food area (> 70%). However, the uneven distribution of these professionals in the city, the little service time (45,24% < 5 years) and the absence of a training policy and frequent training focused on Visa area, coupled with poor working conditions and lack of visibility of activities, results in different work processes and, among other things, the non-recognition of its importance to society and the very Sector Health. With the results of this study it was possible to establish a diagnosis of the Food Services profile, Visa's and professionals actions in which it was found: a more emergency profile of the work process; the need for training of professionals in risk prioritization criteria related to the production process and handling of food itself; and practices linked to the procedure of inspection and exclusive responsibility. This shows that the Visa municipality needs to review its work process, incorporating the concepts of territorial, planning and co-responsibility, strengthen their links with other sectors that may be necessary in order

to overcome the challenge of knowledge and implementation of health legislation current, to be recognized, effectively as an agent of public health.

Keywords: Sanitary Surveillance; Food Legislation; Foodborne Diseases; Restaurants; Food Safety; Human Resources for Health, Food Inspection; Control and Supervision of Food and Beverage.

.

LISTAS DE QUADROS E TABELAS

PRIMEIRO ARTIGO – AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA REALIZADAS ENTRE 2005 E 2015

QUADRO 1. IRREGULARIDADES REGISTRADAS NO SIMIVISA, EM RELAÇÃO AOS REQUISITOS HIGIÊNICO-SANITÁRIOS AVALIADOS DURANTE AS INSPEÇÕES SANITÁRIAS NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO. CURITIBA - PR, BRASIL, 2015.....	28
TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO INSPECIONADOS PELA VISA NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015, CONFORME RAMOS DE ATIVIDADE. CURITIBA – PR, BRASIL, 2015.....	30
TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015, CONFORME MOTIVO DA INSPEÇÃO (SOLICITAÇÃO, DENÚNCIA, PROGRAMADAS). CURITIBA – PR, BRASIL, 2015.....	33
TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REGISTRADOS, POR RAMO DE ATIVIDADE, APÓS AS INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015. CURITIBA, PR, BRASIL, 2015.....	38
TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS DE IRREGULARIDADES REGISTRADAS NAS INSPEÇÕES SANITÁRIAS, POR RAMO DE ATIVIDADE, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015. CURITIBA - PR, BRASIL, 2015.....	40

SEGUNDO ARTIGO – PERFIL E PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES SANITÁRIAS EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA-PR, BRASIL

TABELA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA - PR, BRASIL, 2015.....	59
TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO CONFORME Nº DE HABITANTES, DE ESTABELECIMENTOS E DE BAIROS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2015.....	63
TABELA 3. PERFIL EDUCACIONAL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA - PR, BRASIL, 2015.....	65
TABELA 4. FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA - PR, BRASIL, 2015.....	68
TABELA 5. PROCEDIMENTOS E PROCESSOS DE TRABALHO ADOTADOS PELOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA - PR, BRASIL, 2015.....	69

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

PRIMEIRO ARTIGO – AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA REALIZADAS ENTRE 2005 E 2015

FIGURA 1. FÓRMULA DA TAXA DE VARIAÇÃO MÉDIA.....	29
---	----

FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS, POR RAMO DE ATIVIDADE, REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015. CURITIBA -PR, BRASIL, 2015.....	35
FIGURA 3. NÚMERO DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS CONFORME RAMOS DE ATIVIDADE QUE APRESENTARAM ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA SIGNIFICATIVA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015. CURITIBA, PR, BRASIL, 2015.....	36
FIGURA 4. MEDIDAS ADMINISTRATIVAS (EDUCATIVAS, PUNITIVAS, OUTRAS) EFETUADAS APÓS AS INSPEÇÕES SANITÁRIAS NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015. CURITIBA, PR, BRASIL, 2015.....	44

SEGUNDO ARTIGO – PERFIL E PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES SANITÁRIAS EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA-PR, BRASIL

FIGURA 1 - MAPA DA CIDADE DE CURITIBA – PR, BRASIL, COM A DIVISÃO DOS NOVE DISTRITOS SANITÁRIOS, BRASIL 2015	56
---	----

LISTA DE SIGLAS

ABERC	Associação Brasileira de Refeições Coletivas
AIFU	Ação Integrada de Fiscalização Urbana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIC	Cidade Industrial de Curitiba
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distritos Sanitários
DSBN	Distrito Sanitário Bairro Novo
DSBQ	Distrito Sanitário Boqueirão
DSBV	Distrito Sanitário Boa Vista
DSCIC	Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba
DSCJ	Distrito Sanitário Cajuru
DSMZ	Distrito Sanitário Matriz
DSPN	Distrito Sanitário Pinheirinho
DSPR	Distrito Sanitário Portão
DSSF	Distrito Sanitário Santa Felicidade
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
LISA	Licença Sanitária
MBP	Manual de Boas Práticas
MS	Ministério da Saúde
PARVISA	Parecer de Alvará prévio à Licença Sanitária
POP	Procedimento Operacional Padronizado
PR	Paraná
PROJEVISA	Projeto Arquitetônico para fins de Vigilância Sanitária
PVA	Programa de Voluntariado Acadêmico
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SIMIVISA	Sistema Municipal de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	15
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
3.1 AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015 EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA -PR.	21
3.2 PERFIL E PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES SANITÁRIAS EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA-PR, BRASIL.....	51
4 CONCLUSÕES GERAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DA VISA QUE REALIZAM INSPEÇÃO NA ÁREA DE ALIMENTOS.....	91
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	96
ANEXO 1 – ROTEIRO UTILIZADO PELA VISA DE CURITIBA – PR PARA INSPEÇÕES EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO.....	98

1.INTRODUÇÃO GERAL

Com as transformações advindas dos sistemas agroalimentares; a globalização da economia; as novas relações de trabalho; a industrialização dos alimentos; o êxodo rural; a urbanização crescente e acelerada; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o papel da mídia e o sedentarismo, surge um novo modo de viver, que impôs novas expectativas de consumo (GIMENO; MONDINI, 2011; RODRIGUES; SALAY, 2012; GANDHI; ZHOU, 2014). Esses fatores contribuíram para o desenvolvimento de hábitos e escolhas alimentares menos satisfatórias ao paladar e ao aporte nutritivo do que antigamente, e em estilos de vida não saudáveis, resultando no Brasil e no mundo, em novos padrões alimentares, costumes, hábitos e práticas alimentares, além de um novo perfil nutricional e de saúde da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Essas novas condições de tempo e espaço características das sociedades modernas e urbanas provocaram grandes mudanças. Uma das principais, foi a “Macdonalização” do mundo, processo no qual prevalece um gosto pasteurizado e homogêneo das coisas, onde o mais importante é a praticidade, facilidade e a rapidez dos alimentos, fazendo com que “as convenções ditas pela sociedade, construídas historicamente e pautadas pela tradição e pelos costumes, como as refeições feitas em conjunto, em casa, com horário determinado e cardápio planejado”, se tornassem cada vez mais raras (SANTOS, 2005, p.22).

Concomitante a esse processo, surgiram novos alimentos, com baixos preços e com a promessa de maior durabilidade, comercializados principalmente nos supermercados e hipermercados, oferecendo novos padrões de higiene e qualidade biológica, que contribuíram com novas formas de adquirir os alimentos (SANTOS, 2005, p.22). E também, novas necessidades e locais para consumir os alimentos, contribuíram com o aumento do número dos serviços de alimentação, como restaurantes, lanchonetes, pizzarias, entre outros, além de mudanças nas características dos alimentos e na forma de servi-los, como os restaurantes *self service* ou de comida a quilo. Isso demonstra o impacto da urbanização sobre o consumo alimentar, traduzido também como o aumento nos

gastos com a alimentação fora do lar e com o número de refeições realizadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; GANDHI; ZHOU, 2014).

Visto que tanto o número de refeições e dos locais que as comercializam está aumentando, a preocupação com a ocorrência de surtos alimentares de DTA também é crescente, uma vez que, além dos danos à saúde, pode prejudicar o comércio e o turismo e gerar perdas econômicas. Nesse sentido, é necessário realizar o controle eficaz da higiene e da segurança dos alimentos nos Serviços de Alimentação, por meio da implantação das Boas Práticas (BALZARETTI; MARZANO, 2013; SACCOL et al., 2013; DJEKIC et al., 2016; STANGARLIN-FIORI et al., 2016) como mecanismo para evitar os danos à saúde humana e à economia (DA CUNHA et al., 2014; SHUKLA; SHANKAR; SINGH, 2014).

Como a contaminação pode ocorrer em todas as etapas da cadeia produtiva do alimento, é importante averiguar a segurança dos alimentos desde o local onde são produzidos, transformados e adquiridos até o momento da sua distribuição ao consumo (SHUKLA; SHANKAR; SINGH, 2014).

Assim, para evitar as DTA, as medidas de prevenção e controle devem ser adotadas durante essas etapas, tanto por proprietários como pelas autoridades sanitárias, baseados na legislação sanitária vigente, de modo a garantir as Boas Práticas, a segurança dos alimentos e a saúde dos consumidores (ALVES; UENO, 2010; LOSITO et al., 2011; ALUKO et al., 2014; CORTESE et al., 2015; DJEKIC et al., 2016). Mesmo com essas informações, o perfil epidemiológico dessas doenças ainda é pouco conhecido no Brasil, e os casos muitas vezes não são reconhecidos, sendo pouco investigados, pouco documentados ou subnotificados (ISARA et al., 2010; SARTER; SARTER, 2012; OLIVEIRA et al., 2014).

Os requisitos de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, determinados conforme a legislação vigente no Brasil (BRASIL, 2004), são divididos nos seguintes itens para avaliação: edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios; higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios; controle integrado de vetores e pragas urbanas; abastecimento de água; manejo dos resíduos; higiene e saúde dos manipuladores; condições das matérias-primas, ingredientes e embalagens;

preparação do alimento; armazenamento e transporte do alimento preparado; exposição ao consumo do alimento preparado; documentação e registro; e responsabilidade pelas atividades de manipulação (BRASIL, 2004).

Todos esses itens são importantes, porém, estudos realizados no Brasil e no mundo revelaram que os principais requisitos de Boas Práticas que deveriam ser priorizados para o controle efetivo de DTA em Serviços de Alimentação são, respectivamente, os referentes a: 1) preparação do alimento (temperatura de cozimento e armazenamento de alimentos; temperatura de descongelação e técnica; conservação dos alimentos sob refrigeração; higienização de alimentos crus; contaminação cruzada); 2) exposição do alimento preparado para consumo (compatibilidade dos equipamentos, móveis e utensílios; contaminação cruzada; higiene das mãos; uso de utensílios e luvas ao tocar os alimentos prontos); 3) abastecimento de água; 4) higienização e sanitização de estrutura, equipamentos, móveis e utensílios; além de 5) controles nas condições de armazenamento e transporte dos alimentos; 6) higiene e treinamento dos manipuladores. O critério relacionado às condições de estrutura física, foi considerado o de menor risco para o desenvolvimento de DTA (DA CUNHA et al., 2014; DA CUNHA; STEDEFELDT; ROSSO, 2014; JIANU; GOLET, 2014; SANI; SIOW, 2014).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), primeira agência reguladora do país, é a responsável pela fiscalização desses estabelecimentos, com o intuito de exigir melhorias das condições dos serviços prestados. Desde 1999 publicou várias legislações, em diversos segmentos e, para exigir o cumprimento das Boas Práticas em Serviços de Alimentação, em nível nacional, a legislação aprovada e vigente foi a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 216, de 15 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004). Desde a sua publicação, os Serviços de Alimentação tiveram um prazo de 180 dias para se adequar aos requisitos estabelecidos, que iniciou em março de 2005.

Para realizar a fiscalização das Boas Práticas nos Serviços de Alimentação, a ação da Vigilância Sanitária (Visa) ocorre principalmente no nível municipal, por meio das inspeções sanitárias, conforme as recomendações das legislações vigentes, e seu objetivo em relação a área de alimentos é fiscalizar, cadastrar e licenciar os estabelecimentos que manipulam, produzem,

comercializam, distribuem e/ou armazenam alimentos (HARRIS et al., 2014; LAIKKO-ROTO et al., 2015).

As ações de Visa são complexas e dinâmicas. A equipe exerce papel multidisciplinar, dependente de outras áreas e setores, e atrelado a fatores externos e internos. Dentre os fatores externos tem-se as condições estruturais, organizacionais e higiênico-sanitárias dos estabelecimentos; a ocorrência de surtos de DTA; novas legislações e normativas publicadas. Já os fatores internos referem-se às características do trabalho desenvolvido pela Visa (abordagem pessoal e prazos estabelecidos aos estabelecimentos), o perfil socioeconômico e profissional e o “poder de polícia”¹ atribuído aos técnicos; as necessidades constantes de recursos humanos especializados, recursos materiais e estruturais, entre outros (LUCCHESI, 2010; ARAUJO et al., 2013; HARRIS et al., 2014; MELO et al., 2014; LAIKKO-ROTO et al., 2015).

Conforme Lucchese (2010), tais fatos estão relacionados à Visa ser mediadora das relações entre produtores e consumidores, onde interesses econômicos, políticos e sanitários da população, geralmente se encontram em confronto direto com as forças e interesses do mercado. Essas situações podem interferir na efetividade das ações da Visa, e contribuir com o fato que, continuam a existir irregularidades nos Serviços de Alimentação e riscos à saúde associados aos alimentos, mesmo com a existência de legislação específica há mais de 10 anos, estabelecendo requisitos higiênico-sanitários que devem ser implementados (ALVES; UENO, 2010; CHOUDHURY, et al., 2011; LAIKKO-ROTO, et al., 2015).

Dessa forma, parece existir a necessidade de mudança das ações da Visa, de maneira que se tornem mais efetivas e reconhecidas. Isso será possível a partir da substituição da visão exclusivamente punitiva e isolada, por atividades intersetoriais, de prevenção e promoção, ampliando possibilidades e criando

¹ O “Poder de Polícia é uma atribuição exclusiva dos profissionais da Vigilância Sanitária do Brasil, e refere-se a um “conjunto de atribuições concedidas à Administração Pública para disciplinar e restringir, em favor do interesse público, situações concernentes à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade, e aos direitos individuais ou coletivos, sendo seu uso regular quando desempenhado pelo órgão competente nos limites da lei aplicável, com observância do processo legal e sem abuso ou desvio de poder ” (PORTO ALEGRE, 2010).

estratégias de trabalho conjunto, para a valorização dos profissionais dessa área e a concretização de seus reais objetivos (SOUZA; COSTA, 2010).

Nesse contexto, percebe-se que as características dos Serviços de Alimentação identificadas nas inspeções sanitárias, o perfil dos profissionais que trabalham na Visa e os procedimentos e processos de trabalho adotados por eles, podem interferir no resultado das inspeções sanitárias realizadas nesses estabelecimentos, e comprometer as condições higiênico-sanitárias dos alimentos preparados nesses locais, expondo ao risco a saúde da população.

Dessa forma, o conhecimento desse complexo cenário é fundamental para identificar os riscos sanitários, planejar estratégias apropriadas de controle e prevenção dos mesmos no território e estabelecer metas concretas em prol da garantia da segurança do alimento e da saúde da população (DA CUNHA et al., 2014). E, com isso, propiciar o desenvolvimento de novos caminhos de ação da Visa, a partir da reorganização do processo de trabalho dos profissionais e da reavaliação da política de Visa de alimentos no município, em todos os seus aspectos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os Serviços de Alimentação da cidade de Curitiba - PR e caracterizar os processos de trabalho e o perfil dos profissionais envolvidos nas inspeções sanitárias realizadas nesses estabelecimentos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os Serviços de Alimentação cadastrados na Visa de Curitiba - PR;
- Avaliar as condições higiênico-sanitárias dos Serviços de Alimentação cadastrados na Visa de Curitiba - PR;
- Identificar e avaliar os procedimentos e processos de trabalho adotados pela equipe de Visa de Curitiba - PR nos Serviços de Alimentação cadastrados;
- Identificar o perfil dos profissionais que realizam inspeção na área de alimentos da Visa de Curitiba – PR.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados dessa dissertação estão apresentados no formato de dois artigos. O primeiro artigo intitulado “Avaliação crítica dos resultados de inspeções sanitárias realizadas em Serviços de Alimentação de Curitiba realizadas no período de janeiro de 2005 e julho de 2015”, está escrito seguindo as normas da APA (*American Psychological Association*, 2010) e foi submetido à Revista *Food Control*. Como principais resultados, foram demonstrados: o perfil dos Serviços de Alimentação registrados na Vigilância Sanitária; o número e motivo das inspeções sanitárias realizadas, as condições higiênico-sanitárias dos mesmos, quais as principais não conformidades encontradas e quais as principais medidas administrativas adotadas após as inspeções sanitárias.

O segundo artigo, intitulado “Perfil e processo de trabalho dos profissionais que realizam inspeções sanitárias em Serviços de Alimentação de uma cidade do sul do Brasil”, será submetido à Revista *Ciência e Saúde Coletiva*. Como principais resultados foi possível obter o perfil sócio demográfico, educacional e as características do processo de trabalho dos profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação na Vila de Curitiba-PR.

3.1 AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JULHO DE 2015 EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA-PR

Critical evaluation of the results of health inspections performed in Curitiba Food services between January 2005 to July 2015

Resumo

O objetivo desse trabalho foi avaliar o resultado das inspeções sanitárias realizadas no período de 2005 a 2015 em Serviços de Alimentação de Curitiba,

sul do Brasil, com intuito de contribuir com melhorias no processo de trabalho da Vigilância Sanitária do município e nas condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos. Foi realizado um estudo quantitativo, retrospectivo e analítico, de delineamento longitudinal, a partir dos dados das inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de Alimentação cadastrados no Sistema Municipal de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental (Simivisa), no período de 1º de janeiro de 2005 a 1º de julho de 2015. O procedimento de coleta de dados foi realizado por meio de três relatórios do banco de dados do Simivisa: dinâmico de pessoa e estabelecimento; dinâmico de visita realizada e dinâmico de irregularidades. Os resultados demonstraram um número expressivo de Serviços de Alimentação registrados (14901), distribuídos em 9 grupos, com destaque dos: 1) restaurantes e similares (n= 5137); 2) lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares (n= 3528); e 3) minimercados, supermercados e hipermercados (n= 2411). Esses 3 grupos foram os que apresentaram maior número de estabelecimentos, maior número de inspeções e irregularidades encontradas. As inspeções sanitárias no município apresentaram caráter emergencial, sendo 85.91% realizadas por solicitação dos Serviços de Alimentação para fins de liberação de Licença Sanitária ou denúncias. Após as inspeções realizadas, as medidas educativas (65.64%), prevaleceram sobre as punitivas (9.99%). Mesmo após dez anos de existência da legislação de Boas Práticas nacional (RDC 216/2004 ANVISA), 70% dos Serviços de Alimentação apresentaram condições higiênico-sanitárias inadequadas. As principais irregularidades encontradas foram as relacionadas aos procedimentos e processos de trabalho, condições higiênico-sanitárias e estrutura física dos Serviços de Alimentação. Esse resultado reforça a importância dos órgãos legisladores e das equipes de inspeção em reavaliar suas metas, estratégias e processos de trabalho no sentido de priorizar a segurança do alimento e prevenir riscos à saúde da população, para que sejam reconhecidos, efetivamente, como agentes transformadores da saúde pública.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Legislação sobre Alimentos; Doenças Transmitidas por Alimentos; Restaurantes; Inocuidade de Alimentos.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the results of health inspections performed in the period of 2005-2015 in Curitiba Food services, southern Brazil, in order to contribute to improvements in the working process of Sanitary Surveillance of the municipality and in the sanitary conditions of establishments. It was conducted a quantitative, retrospective and analytical study with a longitudinal design, from the health inspections data held in registered Food Services in the Municipal System of Sanitary Surveillance and Environmental Information (Simivisa) in the period from January 1st 2005 to July 1st, 2015. Data collection procedure was performed by three Simivisa database reports: dynamic of person and establishment; dynamic of visit made and dynamic of irregularities. The results showed a significant number of registered Food Services (14901) distributed in 9 groups, especially of: 1) restaurants and similar establishments (n= 5137); 2) snack bars, teahouses, juices and the like (n = 3528); and 3) minimarkets, supermarkets and hypermarkets (n= 2411). These 3 groups showed the highest number of establishments, more inspections and found irregularities. The health inspections in the city had an emergency basis, and 85.91% were held by request of Food Services for release Sanitary License or complaints, and educational measures (65.64%), after inspections, prevailed over punitive measures (9.99%). Even after ten years of the National Good Practices legislation (RDC 216/2004 ANVISA), 70% of Food Services had inadequate sanitary conditions. The main irregularities founded were related to procedures and work processes, sanitary conditions and physical structure of Food Services. This result reinforces the importance of legislative bodies and inspection teams to reevaluate their goals, strategies and work processes to prioritize food safety and prevent health risks to the population, to be recognized effectively as agents of change in public health.

Keywords: Sanitary Surveillance; Food Legislation; Foodborne Diseases; Restaurants; Food Safety.

1. Introdução

A industrialização e globalização promoveram a urbanização, a consolidação de diferentes formas de trabalho e hábitos de vida, dentre eles o aumento do número de refeições fora de casa (Alves & Ueno, 2010; IBGE, 2010; Medeiros; Cavalli & Proença, 2012; Almeida; André; Campos & Díaz, 2014; Gandhi & Zhou, 2014; ABERC, 2016). Os espaços escolhidos para a realização dessas refeições foram os Serviços de Alimentação, locais reconhecidos por atenderem às novas demandas das condições de vida, lazer e trabalho no meio urbano.

Os Serviços de Alimentação, tais como restaurantes, lanchonetes, pizzarias, entre outros, aumentaram nos últimos anos, elevando, concomitantemente, a preocupação para a oferta de um alimento seguro aos comensais. Acredita-se que esse aumento e o número elevado de refeições produzidas nesses locais (IBGE, 2010; Gandhi & Zhou, 2014; ABERC, 2016), aliados à falta de cuidados durante o preparo, podem comprometer as condições higiênico-sanitárias dos alimentos e aumentar o risco das Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) (Isara; Isah; Lofor & Ojide, 2010; Murphy; Di Pietro; Kock & Lee, 2011; Harris; Dipietro; Murphy & Rivera, 2014; Oliveira et al., 2014; Tondo & Bartz, 2014).

Nos Estados Unidos, em 2013, de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention*, as DTA afetaram uma em cada seis pessoas, na qual 128 mil foram hospitalizadas e 3 mil acabaram morrendo por consumir alimentos contaminados, naquele ano (Almeida; André; Campos & Díaz, 2014). No Brasil, segundo os dados epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, nos anos de 2000 a outubro de 2015, foram registrados 10.666 casos de surtos de DTA, nos quais 209.240 pessoas ficaram doentes, sendo 1.654 registrados (15.5%) em Serviços de Alimentação (Brasil, 2015).

A implementação das Boas Práticas em Serviços de Alimentação é importante para evitar surtos de DTA, pois trata-se de um programa preventivo, no qual estabelece requisitos higiênico-sanitários aplicados nas etapas de preparação dos alimentos, que leva à adequação e padronização dos procedimentos, com intuito de melhorar as condições higiênico-sanitárias, aumentando a segurança dos alimentos e a saúde da população (Losito;

Visciano; Genualdo & Cardone, 2011; Medeiros; Cavalli & Proença, 2012; Balzaretto & Marzano, 2013; Saccol et al., 2013; Djevic et al., 2016; Stangarlin-Fiori; Serafim; Saccol, 2016).

No Brasil, a implementação das Boas Práticas em Serviços de Alimentação tornou-se obrigatória a partir de setembro de 2004, com prazo de 180 dias para as empresas se adequarem à legislação (Brasil, 2004). Mesmo com essa normativa vigente há mais de dez anos e a existência de um órgão responsável pela sua fiscalização, estudos revelam que os Serviços de Alimentação no Brasil (Rodrigues & Salay, 2012; Da Cunha; Stedefeldt & Rosso, 2014; Cortese; Veiros; Feldman & Cavalli, 2016), e em outros países (Sarter & Sarter, 2012; Jianu & Golet, 2014; Sani & Siow, 2014), têm demonstrado dificuldades na adequação das Boas Práticas, o que reforça a importância do cuidado com a manipulação dos alimentos nesses locais.

Tais dificuldades são identificadas durante as inspeções sanitárias realizadas pelos órgãos fiscalizadores, com intuito de avaliar o cumprimento dos requisitos exigidos pelas legislações vigentes e orientar os Serviços de Alimentação, em relação às melhorias necessárias (Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas, 2015). Por meio da observação de características relevantes, baseadas no risco sanitário, devem ser priorizadas medidas para não comprometer a segurança dos alimentos preparados, protegendo a saúde da população (Powell et al., 2013; Da Cunha; Stedefeldt & Rosso, 2014).

Mesmo com uma rotina de trabalho pré-estabelecida de fiscalização dos Serviços de Alimentação para a proteção, prevenção e promoção da saúde, alguns autores acreditam que as equipes de inspeção sanitária apresentam falhas em suas estratégias de ação, o que pode expor a população ao risco de surtos de DTA, e os proprietários dos Serviços de Alimentação a prejuízos econômicos desnecessários (Powell et al., 2013; Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas, 2015). Diante disso, torna-se necessário conhecer as falhas no processo de trabalho das equipes de inspeção, sob quais condições ocorrem e se são passíveis de melhorias, de forma a potencializar as inspeções sanitárias e promover ganhos para a comunidade, para o serviço e para os proprietários dos estabelecimentos.

Curitiba, capital do Estado do Paraná, região Sul do Brasil, apresenta um perfil econômico baseado no comércio e no setor de serviços; e nos últimos anos

tem chamado a atenção por sua rede hoteleira e setor gastronômico, atraindo eventos nacionais e internacionais, sendo o mais recente, ter sido cidade sede da Copa do Mundo de 2014 (Curitiba, 2013; Curitiba, 2015).

Para prevenir surtos de DTA e aumentar a segurança dos alimentos distribuídos na cidade, são realizadas ações de Vigilância Sanitária, entre elas, inspeções sanitárias. As equipes normalmente se organizam para realizar as inspeções em duplas, com veículo oficial próprio, munidas de equipamentos e uniformes apropriados às características dos estabelecimentos (p.ex. colete, termômetro, japonsa térmica, máquina fotográfica, entre outros). Como parte do processo de trabalho, após a realização das inspeções sanitárias, as informações são registradas no Sistema Municipal de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental (Simivisa) e são tomadas as devidas providências, conforme a situação encontrada em cada estabelecimento (Curitiba, 2015).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi avaliar o resultado das inspeções sanitárias realizadas no período de 2005 a 2015 em Serviços de Alimentação de Curitiba, Paraná, Brasil, com o intuito de contribuir com melhorias no processo de trabalho da Vigilância Sanitária do município e nas condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos.

2. Metodologia

Foi realizado um estudo quantitativo, longitudinal, retrospectivo e analítico, na cidade de Curitiba-PR, Brasil. Como critério para definição amostral, foram considerados os dados referentes às inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de Alimentação ativos cadastrados no Sistema Municipal de Vigilância Sanitária e Ambiental (Simivisa), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba – PR, no período de 1º de janeiro de 2005 até 1º de julho de 2015.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a julho de 2015, após aprovação do Projeto do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob número: 043175/2015 e da Secretaria Municipal de Saúde do município, protocolo número: 60/2015.

Os Serviços de Alimentação foram divididos em 9 grupos, conforme as características das atividades desenvolvidas propostas pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) (IBGE, 2007), a qual também é

utilizada pela Visa, sendo: 1) Restaurantes e similares onde estão incluídos as churrascarias, fornecimento de alimentos preponderantemente para consumo domiciliar, pizzaria e restaurantes e similares; 2) Lanchonetes, casas de chás, de sucos e similares; 3) Minimercados, supermercados e hipermercados onde está incluído o comércio varejista de mercadorias em geral com predominância de produtos alimentícios; 4) Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas; 5) Padarias e confeitarias com predominância de produção própria e revenda; 6) Fornecimento de alimentos para empresas, onde estão incluídos refeitório exclusivo de funcionários de empresas, serviços de cozinha auxiliar e fornecimento de alimentos preponderantemente para empresas; 7) Cantinas e serviços de alimentação privativos; 8) Serviços de Alimentação para eventos e recepções-bufê; e 9) Comércio varejista de carne assada sem consumo no local.

O procedimento de coleta de dados foi realizado a partir de três relatórios dinâmicos do banco de dados do Simivisa: o de pessoa e estabelecimento; de visita realizada; e o de irregularidades, todos registrados pelas equipes de inspeção do município.

O relatório dinâmico de pessoa e estabelecimento forneceu o número total de Serviços de Alimentação cadastrados no município e sua distribuição por ramos de atividade. Por meio do relatório dinâmico de visita realizada foi identificado o número e o motivo das inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de Alimentação, por ano, conforme os ramos de atividade. Esse último foi dividido em três categorias: Denúncia, quando a inspeção foi realizada em função de denúncia do cidadão; Inspeção programada, quando a inspeção foi programada pela equipe de inspetores; e Solicitação, quando a inspeção foi realizada em função de solicitação do Serviço de Alimentação.

O relatório dinâmico de Irregularidades forneceu o número e o tipo de irregularidades encontradas nos Serviços de Alimentação em relação às Boas Práticas, por ramo de atividade e as medidas administrativas adotadas, após as inspeções sanitárias, por ano, e por ramo de atividade. As irregularidades registradas no sistema foram selecionadas e organizadas de acordo com os requisitos da legislação vigente de Boas Práticas (Brasil, 2004), conforme Quadro 1.

Quadro 1. Irregularidades registradas no Simivisa, em relação aos requisitos higiênico-sanitários avaliados durante as inspeções sanitárias nos Serviços de Alimentação. Curitiba - PR, Brasil, 2015

Sigla da irregularidade no Simivisa	Significado da Sigla da Irregularidade	Item correspondente na legislação (Brasil, 2004)	Requisito observado
EF	Estrutura física	Edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios	Instalações, equipamentos, móveis e utensílios; e fluxo de produção.
CHS	Condições Higiênico-Sanitárias	Higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios	Condições de higiene das instalações, equipamentos, móveis e utensílios
PVR	Controle de pragas, vetores e roedores	Controle integrado de vetores e pragas	Medidas preventivas adotados para o controle de vetores e pragas
M	Manipuladores	Higiene e saúde dos manipuladores	Conduta e comportamento dos manipuladores de alimentos e frequência dos treinamentos.
PPT	Procedimentos e processos de trabalho	Condições das matérias-primas, ingredientes e embalagens; Preparação do alimento; Armazenamento e transporte do alimento preparado; Exposição ao consumo do alimento preparado	Procedimentos adotados durante as etapas de seleção, recebimento, controle de matéria-prima, abastecimento; controle do prazo de validade dos produtos; descongelamento de alimentos; controle de tempo e temperatura dos alimentos; utilização de termômetro; identificação dos produtos; preparo do alimento em cadeia fria e quente, distribuição; exposição e transporte do alimento preparado.
OUT	Outros	Documentação e registro	Implementação do Manual de Boas Práticas; dos Procedimentos Operacionais Padronizados e registros referentes ao controle do processo.

As medidas administrativas foram divididas em três grupos: 1) Medidas educativas, referente as ações que geraram intimações; liberação de alvará do

Sistema de Inspeção Municipal - SIM; liberação de Licença Sanitária; liberação de projeto arquitetônico para fins de Licença Sanitária - PARVISA; orientações; verificação de intimação; e desinterdições; 2) Medidas punitivas, referentes as ações que tiveram como resultado autos de infração; inutilização de produtos; interdições; indeferimento de processo; apreensões; 3) Outros, como desobediência às interdições; entrega de documentos; coleta de produtos; notificação; comunicação de produto, e outros itens que não se aplicavam nos anteriores.

A tabulação dos dados ocorreu de julho a setembro de 2015, por uma única pessoa, por meio da dupla digitação, utilizando o Microsoft Excel® Versão 1997 a 2003. A análise dos dados foi realizada por meio de estatísticas descritivas, com o auxílio da fórmula de taxa de variação média (geométrica) (IBGE, 2010) (Figura 1). A fórmula foi utilizada com o intuito de padronizar os valores discrepantes entre os anos e os ramos de atividade, especialmente os valores referentes ao ano de 2015, pois os dados foram coletados até o mês de julho.

$$I_t = \frac{Valor_t}{Valor_{base}} * 100$$

$$Taxa_{t+1} = \frac{I_{t+1} - I_t}{I_t}$$

$$Taxa \text{ de Variação (geométrica)} = 1 - \sqrt[n]{\prod_{i=1}^n Taxa_i}$$

Figura 1. Fórmula da taxa de variação média

Para analisar as inspeções sanitárias ao longo dos anos, foram utilizadas medidas de associação e regressão linear. Para avaliar as relações entre as variáveis estudadas, foi utilizada a correlação de Pearson, todos com nível de significância de $p < 0,05$ (95%), por meio do Software SAS® (*Statistical Analysis System*), Versão 9.2.

3. Resultados e Discussões

Por meio do relatório dinâmico de pessoa e estabelecimento, foi possível identificar um total de 14.901 Serviços de Alimentação ativos cadastrados no município de Curitiba, entre janeiro de 2005 a julho de 2015, período que compreende os dez anos de implementação da legislação nacional de Boas Práticas para Serviços de Alimentação (Brasil, 2004) (Tabela 1).

O número expressivo de Serviços de Alimentação, representados pelos restaurantes e similares (34.47%), lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares (23.68%), os minimercados, supermercados e hipermercados (16.18%) e bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas (13.81%) (Tabela 1), demonstra uma predominância de registros desses segmentos no Simivisa.

Tabela 1. Caracterização dos Serviços de Alimentação inspecionados pela Visa no período de janeiro de 2005 a julho de 2015, conforme ramos de atividade. Curitiba – PR, Brasil, 2015.

Ramos de atividade	N*	%*
1- Restaurantes e similares	5137	34.47
2- Lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares	3528	23.68
3- Minimercados, supermercados e hipermercados	2411	16.18
4- Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas	2058	13.81
5- Padarias e confeitarias com predominância de produção própria e revenda	1131	7.59
6- Fornecimento de alimentos para empresas	377	2.53
7- Cantinas e serviços de alimentação privativos	108	0.72
8- Serviços de alimentação para eventos e recepções – bufê	96	0.64
9- Comércio varejista de carne assada sem consumo no local	55	0.37
Total	14901	100

* N: número total de estabelecimentos conforme ramos de atividade; %: percentual de estabelecimentos conforme ramos de atividades.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) (Curitiba, 2013), até 2013, a cidade apresentava 190.630 estabelecimentos registrados, dos quais 160.282 (em média 84.08%), são do ramo de comércio e serviços, no qual se enquadram os Serviços de Alimentação. Considerando o número total de estabelecimentos registrados no Simivisa (Tabela 1), percebe-se que as ações das equipes de inspeção deixam a desejar,

visto que no período estudado somente 9.3% do total de estabelecimentos registrados no município (Curitiba, 2013) foram registrados no Simivisa. Isso sem considerar os estabelecimentos clandestinos, dos quais não é possível ter um quantitativo. Esse fato remete a possíveis falhas no processo de trabalho das equipes de inspeção, o qual não está desenvolvendo estratégias e procedimentos de maneira a atingir um número maior de estabelecimentos.

Os resultados da Tabela 1 também estão muito relacionados ao processo de expansão do mercado do *Food Service* no Brasil e no mundo, o qual acompanhou as transformações relacionadas a aspectos demográficos, econômicos, sociais e culturais que modificaram as percepções, as preferências e as escolhas em relação ao alimento a ser consumido, demandando serviços e produtos para uma alimentação produzida fora do lar que atendesse a essas necessidades (FIESP/ITAL, 2010; Harris; Murphy; Di Pietro & Rivera, 2015; ABIA, 2016).

Nesse contexto, a prevalência de restaurantes e similares conforme indica a Tabela 1, pode estar relacionada ao fato de serem locais que melhor conseguem reproduzir a refeição caseira e onde a população pode atender à sua necessidade de comer, além de poder desfrutar de momentos de prazer. Com relação aos minimercados, supermercados e hipermercados, o aspecto qualidade dos produtos oferecidos e as 78.311 lojas existentes no Brasil, indicam o grau de confiança da população nesse formato de estabelecimento como principal provedor de seu abastecimento (FIESP/ITAL, 2010).

Outra questão importante é que, os restaurantes, assim como outros Serviços de Alimentação, demonstraram o impacto da urbanização sobre o consumo alimentar, traduzido nos gastos com a alimentação fora do lar. Na China, em 2011, a população de renda mais alta gastou 33% do seu rendimento (US\$ 496) com refeições fora do lar e a população de renda mais baixa gastou em torno de 12% (US\$ 53). Já na Índia, a despesa anual com refeições fora do lar aumentou de US\$ 0.74 para US\$ 1.91 nas áreas rurais e de US\$ 3.02 para US\$ 9.10 nas áreas urbanas, em 10 anos (de 1999 a 2009/2010) modificando inclusive, a composição alimentar básica (Ghandi & Zhou, 2014).

No Brasil, esse processo não foi diferente, no período de 2008 a 2009, foram gastos, em média, 31% do orçamento familiar com a alimentação fora do lar (IBGE, 2010). Em 2014, conforme os dados da Associação Brasileira de

Refeições Coletivas (ABERC), o mercado de refeições coletivas movimentou R\$ 13.4 bilhões/ano (US\$ 3.78 bi), no qual os restaurantes comerciais foram, os Serviços de Alimentação do país, responsáveis pelo fornecimento de 7.4 milhões de refeições ao dia, totalizando um faturamento de R\$ 13.9 milhões de reais (US\$ 3.92 mi), o que demonstra a força desse segmento (ABERC, 2016).

Outro aspecto importante a ser considerado na Tabela 1, é a grande variedade de segmentos, o que conduz à necessidade de constante aprendizado das equipes de inspeção para desenvolver habilidades e conhecimentos em diversas tecnologias, equipamentos, produtos e fluxos de produção dos alimentos, assim como legislações e normativas complementares. Cada ramo de atividade apresenta riscos diferentes em relação à segurança dos alimentos, os quais dependerão do tipo do alimento preparado; tamanho, estrutura e equipamentos do Serviço de Alimentação; número de funcionários; clientes; horários e dia de atendimento, entre outros critérios, que irão direcionar os procedimentos e processos de trabalho a serem adotados durante as inspeções sanitárias.

Com o relatório dinâmico de visita foram identificadas 84.201 inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de Alimentação, com uma média de 7.654 por ano, com destaque nos anos de 2010 e 2011, onde foram realizadas, 9.269 e 9503 inspeções, respectivamente (Tabela 2).

O aumento das inspeções a partir do ano de 2010 e seu ápice em 2011, pode ser atribuído ao aumento do número de técnicos nas equipes de inspeção sanitária do município que se deu em razão da inserção de novas categorias profissionais, em função da chamada de concurso público e à criação de três novas legislações municipais: a Resolução nº 12/2009 (Curitiba 2009a), a Lei nº 13254/2009 (Curitiba, 2009b) e a Resolução nº 5/2010 (Curitiba, 2010). A partir dessas legislações o foco do trabalho das inspeções foi ampliado para o risco sanitário real e as rotinas de documentação que até então eram inexistentes nos Serviços de Alimentação foram definidas como obrigatórias, incluindo a cobrança de taxas de Licença Sanitária (Curitiba, 2009a; Curitiba, 2010), fatos estes que possivelmente, podem ter modificado o processo e a estratégia de trabalho das equipes.

Tabela 2. Distribuição do número de inspeções sanitárias, realizadas nos Serviços de Alimentação, no período de janeiro de 2005 a julho de 2015, conforme motivo da inspeção (Solicitação, Denúncia, Programadas). Curitiba – PR, Brasil, 2015

Ano	Motivo da Inspeção							
	Solicitação		Denúncia		Programadas		Total	
	*N	*%	N	%	N	%	N	%
2005	4026	58.63	2056	29.94	785	11.43	6867	8.16
2006	4252	61.79	1997	29.02	632	9.18	6881	8.17
2007	4395	61.51	1943	27.19	807	11.29	7145	8.49
2008	5109	63.42	1959	24.32	988	12.26	8056	9.57
2009	4819	60.12	1967	24.54	1229	15.33	8015	9.52
2010	5280	56.96	2136	23.04	1853	19.99	9269	11.0
2011	5608	59.01	2129	22.4	1766	18.58	9503	11.3
2012	5147	58.45	2399	27.24	1260	14.31	8806	10.5
2013	5118	59.69	2337	27.25	1120	13.06	8575	10.2
2014	4800	61.43	1864	23.85	1150	14.72	7814	9.28
2015	2175	66.53	818	25.05	277	8.47	3270	3.88
Total	50729	60.25	21605	25.66	11867	14.09	84201	100

* N: número total de inspeções sanitárias realizadas conforme motivo da inspeção; %: percentual de inspeções sanitárias realizadas conforme motivo da inspeção

As análises de regressão realizadas, demonstraram que houve associação significativa ao observar o comportamento das inspeções realizadas por solicitações nos Serviços de Alimentação ($p=0,027$, $R^2=0,4768$), principalmente nos sete primeiros anos (de 2005 a 2011) e essa tendência se manteve, mesmo com as ocorrências diminuindo nos últimos 3 anos. Não houve associação significativa em relação às inspeções realizadas por denúncia e as programadas pelas equipes ($p>0,05$, $R^2= 0,1444$ e $0,2997$, respectivamente), e as mesmas se apresentaram como uma constante ao longo dos anos.

Alguns estudos demonstram o impacto positivo que o aumento das inspeções sanitárias pode proporcionar na melhoria das condições dos Serviços de Alimentação, uma vez que, por meio das inspeções as equipes podem reconhecer e avaliar situações de potencial risco alimentar e tomar as medidas cabíveis, no sentido de proteger a saúde dos consumidores. Quando por ocasião das inspeções são oferecidas orientações de qualidade e adequadas à realidade do local, o resultado pode gerar maior segurança dos alimentos nos Serviços de Alimentação (Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas, 2015).

O principal motivo de realização das inspeções sanitárias (Tabela 2) foram as solicitações dos Serviços de Alimentação (60.25%), seguido de denúncia do cidadão (25.66%) e por último, as inspeções programadas pelas equipes responsáveis pelas fiscalizações (14.09%).

A prevalência de inspeções por solicitação dos Serviços de Alimentação para fins de Liberação de Licença Sanitária e denúncias (Tabela 2), apontam um perfil mais emergencial do processo de trabalho das equipes de inspeção. Entretanto, o mais adequado seria que as equipes de inspeção priorizassem ações de prevenção e promoção da saúde, com vistas à proteção da saúde da população, processo no qual baseia-se em ações planejadas, de conhecimento prévio do território e da programação de inspeções, conforme os riscos reais presentes (Laikko-Roto & Nevas, 2014; Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas, 2015). Nesse contexto, sugere-se que as atuais estratégias de trabalho adotadas pelas equipes de inspeção no município, provavelmente, estão priorizando a outros interesses como os políticos e econômicos, do que a proteção da saúde da população.

Assim, observa-se que existem fatores que influenciam os processos de inspeção e podem reduzir sua uniformidade, consistência e efetividade. Esses fatores incluem as características e o histórico dos Serviços de Alimentação, o perfil dos profissionais que realizam as inspeções; os procedimentos e processos de trabalho utilizados por eles, e a estrutura, as estratégias e o funcionamento de seus locais de trabalho (Laikko-Roto & Nevas, 2014; Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas, 2015).

A Figura 2 demonstra que os Serviços de Alimentação que receberam o maior número de inspeções sanitárias, foram os restaurantes e similares, seguido de minimercados, supermercados e hipermercados, e das lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares. Os Serviços de Alimentação para eventos e recepções - bufê e comércio varejista de carne assada sem consumo no local receberam um menor número de inspeções.

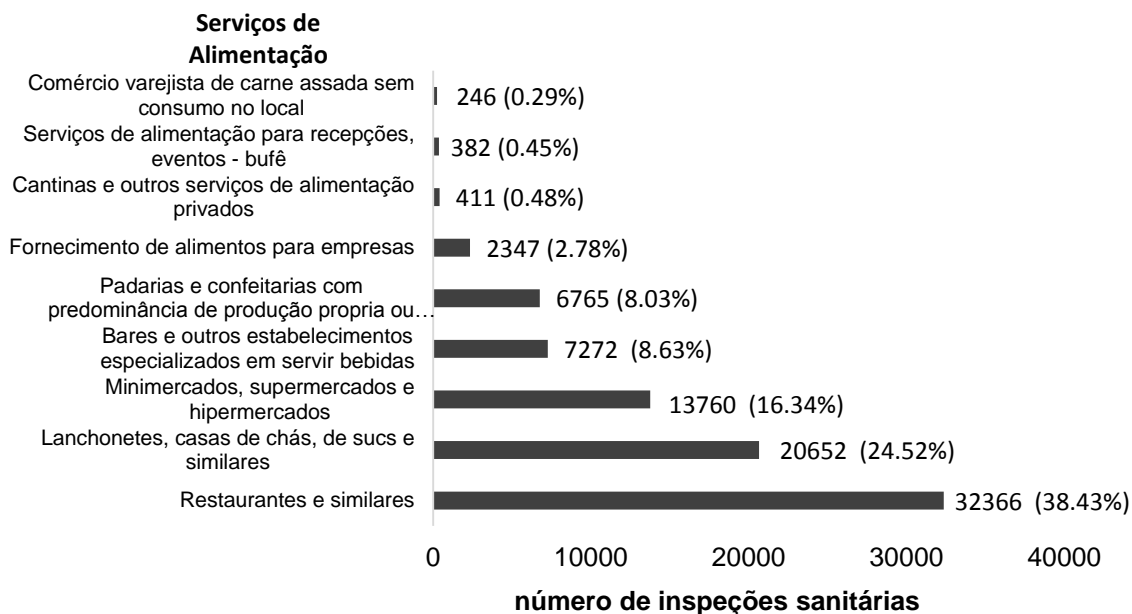


Figura 2. Distribuição do número de inspeções sanitárias, por ramo de atividade, realizadas nos Serviços de Alimentação no período de janeiro de 2005 a julho de 2015. Curitiba -PR, Brasil, 2015.

Esse resultado é importante, pois os três ramos que receberam maior número de inspeção (Figura 2), somam os 11076 estabelecimentos de maior destaque indicados na Tabela 1 e representam aproximadamente 75% da demanda de registros das equipes de inspeção. Essas informações podem nortear uma nova política de vigilância sanitária, uma vez que, esses Serviços de Alimentação são classificados como de alto risco sanitário, o que implica dizer que desenvolvem atividades com alto grau de complexidade no que diz respeito ao comprometimento da saúde da população. Neste caso, estabelecimentos que desenvolvem atividades que podem causar surtos de DTA e, conforme preconiza a legislação municipal vigente devem ser inspecionados, no mínimo, anualmente (Curitiba, 2009a).

Outro fator que pode contribuir para um número representativo de inspeções sanitárias nesses estabelecimentos, é a importância que representam aos consumidores, pois proporcionam acesso rápido e fácil aos alimentos, movimentam valores monetários significativos, geram grandes lucros e favorecem interesses culturais, sociais, políticos e econômicos.

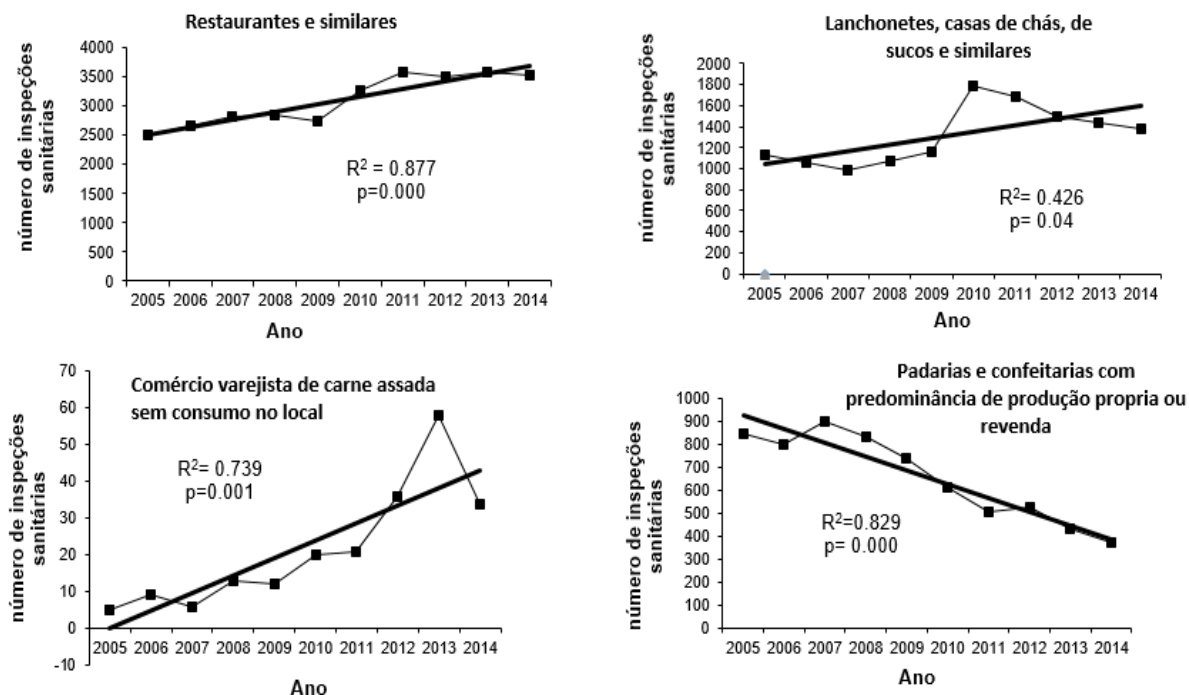


Figura 3. Número de inspeções sanitárias realizadas conforme ramos de atividade que apresentaram associação estatística significativa, no período de janeiro de 2005 a julho de 2015. Curitiba- PR, Brasil, 2015.

Ao analisar o número de inspeções sanitárias realizadas por ramo de atividade ao longo dos anos (Figura 3), observou-se que houve associação estatisticamente significativa nos ramos restaurantes e similares ($p=0.000$, $R^2=0.8779$), lanchonetes, casas de chás, sucos e similares ($p=0.040$, $R^2=0.426$) e comércio varejista de carne assada sem consumo no local ($p=0.001$, $R^2=0.739$). Isso mostrou que houve um crescimento do número de inspeções nesses segmentos ao longo dos anos, demonstrando uma tendência crescente desse fenômeno.

Diferente desses resultados, no segmento de padarias e confeitarias com predominância de produção própria e revenda (Figura 3), houve associação estatisticamente significativa do número de inspeções realizadas, ao longo dos anos ($p=0.000$, $R^2=0.895$), porém indicando uma tendência decrescente. Isso revela que houve uma diminuição do número de inspeções nesses segmentos, ao longo dos anos.

Alguns estudos apontam que, em função do surgimento e consolidação dos supermercados e hipermercados, os quais incluem em seu rol de serviços prestados os produtos de padaria e confeitaria, hoje está ocorrendo uma

diminuição no número destes estabelecimentos. Em contrapartida, as padarias e confeitarias que ainda permanecem no mercado, estão diversificando seus ramos de atividades, incluindo desde serviços de lanchonete e eventos, até os de restaurantes e pizzarias (FIESP/ITAL, 2010; ABIA, 2016).

Nenhum Serviço de Alimentação classificado como de alto risco, como é o caso das padarias (Curitiba, 2009a) e que está diretamente relacionado à incidência de DTA (Brasil, 2015), pode ter seu número de inspeções reduzidos, em especial nas regiões urbanas onde há um grande número de pessoas que realizam refeições fora do lar. Nesse sentido, as estratégias de ação dos órgãos legisladores e das equipes de inspeção devem ser repensadas, para priorizar esses estabelecimentos e, dessa forma, garantir que o alimento seja preparado e vendido em condições higiênicas adequadas (Aluko; Ojeremi; Olaleke & Ajidagba, 2014).

Por meio do relatório dinâmico de irregularidades identificou-se o registro de 97.275 procedimentos/ações realizados após as inspeções sanitárias em Serviços de Alimentação (Tabela 3).

Desse total, 68.211 (70.1%) referem-se às inspeções realizadas em estabelecimentos que apresentaram não conformidades, sugerindo que no momento da inspeção, o local se apresentava em desacordo com os requisitos higiênico-sanitários exigidos pela legislação (Brasil, 2004). Sendo assim, a maioria dos Serviços de Alimentação registrados se apresentavam em condições higiênico-sanitárias inadequadas.

Considerando os dados referentes ao número de inspeções (Tabela 2) e às condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos (Tabela 3), percebe-se que o aumento do número de inspeções que ocorreram ao longo dos anos nos estabelecimentos, não refletiram necessariamente, em mudanças nas condições higiênico-sanitárias dos Serviços de Alimentação (Tabela 3), levando novamente ao questionamento a respeito de quais são as melhores estratégias a serem adotadas pelas equipes para aumentar a segurança dos alimentos nesses locais.

O relatório também forneceu quais as principais irregularidades registradas nos Serviços de Alimentação (Tabela 4), em relação aos requisitos

higiênicos - sanitários (Quadro 1) da legislação nacional de Boas Práticas vigente (Brasil, 2004).

Tabela 3. Distribuição do número de procedimentos registrados, por ramo de atividade, após as inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de Alimentação, no período de janeiro de 2005 a julho de 2015. Curitiba- PR, Brasil, 2015.

Ramos de Atividade	Total de procedimentos registrados		Conformidades registradas após inspeções		Não conformidades registradas após inspeções	
	*N	*%	N1	%	N2	%
Restaurantes e similares	36474	37.5	10805	29.6	25669	70.4
Minimercados, supermercados e hipermercados	23760	24.4	7907	33.3	15853	66.7
Lanchonetes, casas de sucos, chás e similares	15831	16.3	4932	31.2	10899	68.8
Padarias e confeitarias com predominância de produção própria ou revenda	9073	9.3	2055	22.6	7018	77.4
Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas	8488	8.7	2232	26.3	6256	73.7
Fornecimento de alimentos para empresas	2424	2.5	769	31.7	1655	68.3
Serviços de alimentação para eventos e recepções- bufê	498	0.5	157	31.5	341	68.5
Cantinas e serviços de alimentação privativos	478	0.5	167	34.9	311	65.1
Comércio varejista de carne assada sem consumo no local	249	0.3	40	16.1	209	83.9
Total de Procedimentos Registrados	97275	100	29064	29.9	68211	70.1

* N: número total de procedimentos registrados após a realização das inspeções sanitárias, por ramos de atividade; %: percentual de procedimentos registrados após a realização das inspeções sanitárias, por ramos de atividade. N1: total e % de estabelecimentos que se apresentaram sem irregularidades, por ramos de atividade; N2: total e % estabelecimentos registrados com irregularidades, por ramos de atividade.

Constatou-se que as principais irregularidades foram: 1) procedimentos e processos de trabalho (PPT) (27.44%); 2) estrutura física (EF) (20.42%); e 3) condições higiênico-sanitárias (CHS) (11.7%).

Com relação aos 27.44% das irregularidades registradas como procedimentos e processos de trabalho, a maioria referia-se a: produtos sem

identificação e/ou registro (5.4%); armazenamento inadequado dos alimentos (4.09%); produtos com prazo de validade expirado (2.74%); ausência de controles de temperatura e/ou termômetro (1.47%) e rotulagem (1.0%). Os demais registros (12.74%) eram diversificados, não se enquadrando em nenhuma das classificações anteriores ou seu percentual não atingiu 1%.

Os três segmentos que apresentaram maior número de não conformidades foram: restaurantes e similares (37.8%), seguido dos minimercados, supermercados e hipermercados (26.8%) e de lanchonetes casas de chás, sucos e similares (15.3%) (Tabela 3). Esses segmentos também foram os que apresentaram maior número de estabelecimentos (Tabela 1), maior número de inspeções (Tabela 2) e representam a maior demanda do município (Figura 2) na área de alimentos.

Conforme os resultados expostos na Tabela 3 e particularmente, na Tabela 4, existem muitos Serviços de Alimentação com irregularidades (70.1%), e não conformidades preocupantes como armazenamento inadequado dos alimentos; produtos com prazo de validade expirado; ausência de controles de temperatura e/ou termômetro que configuram a prevalência de condições higiênico-sanitárias inadequadas. Esse fato pode contribuir com a deterioração dos alimentos e com o crescimento microbiano, favorecendo o risco de desenvolvimento de DTA nesses estabelecimentos (Losito; Visciano; Genualdo & Cardone, 2011; Oliveira et al., 2014).

Entende-se que quanto maior for o número e tipo de irregularidades identificadas nos Serviços de alimentação, sem a devida correção, piores serão as condições higiênico-sanitárias dos alimentos produzidos nesses locais, levando a crer que os consumidores poderão ficar mais expostos aos riscos de DTA, independente do segmento do Serviço de Alimentação (Isara; Isah; Lofor & Ojide, 2010; Medeiros; Cavalli & Proença, 2012; Sarter & Sarter, 2012; Djevic et al., 2016).

Tabela 4. Distribuição dos tipos de irregularidades registradas nas inspeções sanitárias, por ramo de atividade, no período de janeiro de 2005 a julho de 2015. Curitiba - PR Brasil, 2015.

Serviços de Alimentação	CHS		EF		PPT		PVR		M		OUTROS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Restaurantes e similares	2788	34.93	6013	43.16	6622	35.38	84	31.0	262	43.02	9900	37.06	25669	37.63
Minimercados, supermercados e hipermercados	1999	25.04	2905	20.86	6088	32.53	101	37.3	116	19.05	4644	17.38	15853	23.24
Lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares	1278	16.01	1995	14.32	2969	15.86	36	13.3	91	14.94	4530	16.96	10899	15.97
Padarias e confeitarias com predominância de produção própria e revenda	1056	13.23	1538	11.04	1513	8.08	26	9.59	100	16.42	2785	10.42	7018	10.28
Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas	703	8.81	795	5.71	812	4.33	15	5.54	15	2.46	3916	14.66	6256	9.17
Fornecimento de alimentos para empresas	109	1.37	507	3.64	490	2.62	7	2.58	17	2.79	525	1.96	1655	2.42
Serviços de alimentação para eventos e recepções - bufê	15	0.19	102	0.73	56	0.3	1	0.37	3	0.49	164	0.61	341	0.5
Cantinas e serviços de alimentação privativos	22	0.28	36	0.26	95	0.51	0	0.00	2	0.33	156	0.58	311	0.45
Comércio varejista de carne assada sem consumo no local	12	0.15	37	0.27	70	0.37	1	0.37	3	0.49	86	0.32	209	0.3
Total	7982	11.7*	13928	20.42*	18715	27.44*	271	0.4*	609	0.89*	26706	39.15*	68211	100

* Percentual total por tipo de irregularidade. CHS: Condições higiênico-sanitárias, EF: Estrutura física; PPT: Procedimentos e processos de trabalho; PVR: manejo de pragas, vetores e roedores; M: manipuladores.

Se essa ausência de adequação em relação às condições higiênico-sanitárias persistir, mesmo com a fiscalização sanitária e legislações vigentes, como demonstrado nesse estudo (Tabela 3), a eficácia e a uniformidade das Boas Práticas estarão reduzidas, o que torna fundamental que os órgãos legisladores e as equipes reorganizem suas ações, no sentido de priorizar e aprimorar as atividades de inspeção sanitária para mudar esse cenário.

Essa mudança de paradigma no sentido de encontrar a maioria dos Serviços de Alimentação em condições higiênico-sanitárias adequadas ainda é um grande desafio. Conforme Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas (2015), isso se tornará possível quando os órgãos legisladores, equipes de inspeção, produtores, fabricantes, distribuidores de alimentos e a comunidade, se apropriarem efetivamente das legislações vigentes e de suas obrigações perante a sociedade, como também, reconhecerem suas responsabilidades e seu poder para cumprir esse importante papel.

As irregularidades encontradas durante as inspeções sanitárias em Serviços de Alimentação podem ser compreendidas como fatores, práticas e/ou comportamentos de risco na preparação dos alimentos, no qual podem levar ao aumento dos riscos de surtos de DTA (Murphy; Di Pietro; Kock & Lee, 2011; Harris; Dipietro; Murphy & Rivera, 2014; Harris; Murphy; Di Pietro & Rivera, 2015).

Durante uma inspeção, para garantir a segurança dos alimentos e evitar surtos de DTA, são requisitos prioritários, o controle da água potável, do tempo e temperatura, da prevenção da contaminação cruzada e qualidade da matéria prima (FDA, 2009; Murphy; Di Pietro; Kock & Lee, 2011; Da Cunha; Stedefeldt & Rosso, 2014; Tondo e Bartz, 2014).

Mesmo prevalecendo irregularidades registradas como procedimentos e processos de trabalho (Tabela 4), os critérios observados durante a inspeção não priorizam água, temperatura, contaminação cruzada e matéria-prima, e sim alguns aspectos relacionados ao produto final (identificação do produto, validade, armazenamento). Dessa forma, sugere-se que os procedimentos adotados durante as inspeções sanitárias variam entre as equipes, as quais devem adotar diferentes critérios de riscos perante o Serviço de Alimentação a ser inspecionado; ou talvez esses critérios de risco não sejam tão evidentes para

todas as equipes e inspetores, a ponto de indicar uma mudança significativa no processo de inspeção do município.

Assim, entende-se que existe a necessidade de capacitar as equipes com vistas à análise crítica desses riscos e/ou desenvolver novos roteiros que priorizem esses critérios, no sentido de qualificar os profissionais e potencializar o processo de inspeção (Harris; Murphy; Di Pietro & Rivera, 2015). Além disso, é necessário criar meios para viabilizar o trabalho das equipes, como transporte e equipamento adequados; e vislumbrar estratégias de responsabilização dos estabelecimentos.

É questionável também o fato do requisito referente aos manipuladores apresentar baixo percentual de irregularidades (0.89%) na Tabela 4, uma vez que vários estudos no Brasil e no mundo relacionam as práticas inadequadas de higiene dos manipuladores e a ausência de treinamentos contínuos à ocorrência de surtos de DTA (Medeiros; Cavalli & Proença; 2012; Rodrigues & Salay, 2012; Da Cunha et al., 2014; Jianu & Golet, 2014; Sani & Siow, 2014). Isso pode sugerir algumas questões: que o perfil dos manipuladores de alimentos desses Serviços de Alimentação segue as Boas Práticas; que esses dados, de alguma maneira, foram subnotificados; ou também pelo fato que, o momento da inspeção, não revela necessariamente a real rotina e o perfil do manipulador, demonstrando ser um viés do próprio processo de inspeção sanitária.

No relatório dinâmico de irregularidades também constatou-se que foram adotadas 101.218 medidas administrativas, após a realização das inspeções sanitárias nos Serviços de Alimentação. Nesse período, houve predominância das medidas educativas (65.64%) sobre as medidas punitivas (9.99%) (Figure 4).

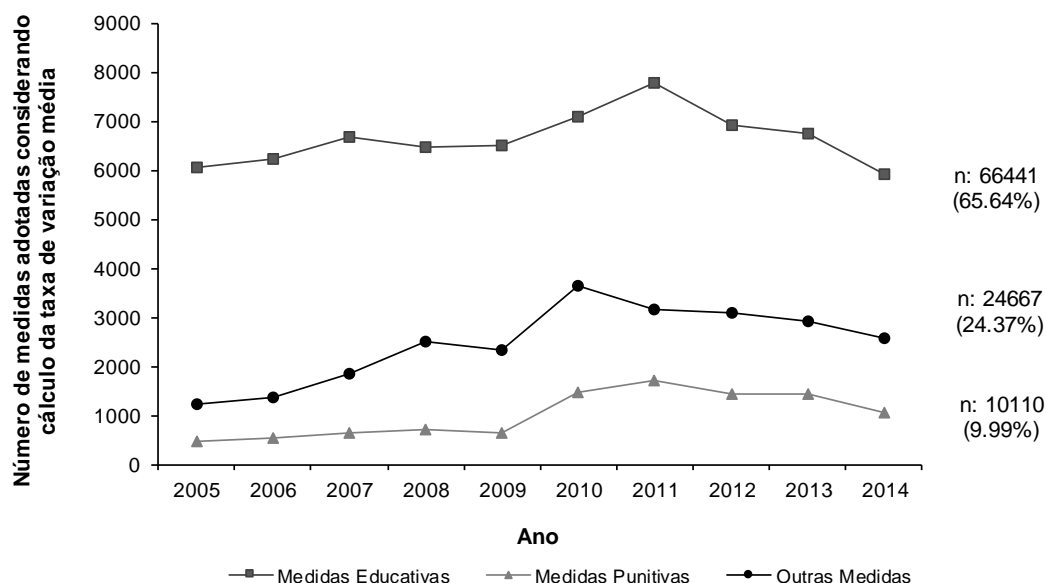


Figura 4. Medidas administrativas (Educativas, Punitivas, Outras) efetuadas após as inspeções sanitárias nos Serviços de Alimentação registrados no período de janeiro de 2005 a julho de 2015. Curitiba- PR, Brasil, 2015.

Esse fato deve ser considerado, pois difere de outros estudos a respeito da visão da população sobre a postura normativa e burocrata dos órgãos legisladores e das equipes de inspeção, de seu papel essencialmente punitivo, e de estabelecer apenas relações conflituosas com a comunidade e com os proprietários (Araujo; Melo; Brant; Viana & Santos, 2013; Laikko-Rotto; Makela; Lundén; Heikkila & Nevas, 2015).

Ainda assim, é importante destacar que, em relação às medidas punitivas, o segmento que mais recebeu autos de infração em Curitiba – PR, no período avaliado, foram os minimercados, supermercados e hipermercados; e as interdições prevaleceram no segmento dos restaurantes e similares (Curitiba, 2015). Percebe-se que, ainda em menor número, algumas medidas punitivas estão sendo tomadas dentro do processo de trabalho das equipes de inspeção para tentar solucionar as questões de segurança dos alimentos produzidos e comercializados nesses locais, para proteger a saúde da população. Mas ainda não ficou claro qual a melhor medida administrativa a ser tomada após as inspeções, visto que, a maioria dos Serviços de alimentação permanecem em condições higiênico-sanitárias inadequadas.

Na Figura 4 foi possível observar que mesmo que as medidas educativas tenham se apresentado em maior número, ao longo dos dez anos, esse número se manteve constante ($p > 0.05$). E, ao contrário, as medidas punitivas, desde 2009, triplicaram e, posteriormente, se mantiveram ascendentes ($p = 0.01$), revelando um aumento dessas medidas, ao longo dos anos (Figura 4). Caso as medidas punitivas continuem a aumentar, de maneira a se sobressair às medidas educativas, esse processo pode indicar uma reversão do objeto de trabalho das equipes de inspeção por meio da substituição das ações preventivas, planejadas e baseadas no risco sanitário, que normalmente têm uma função mais educativa e orientadora; por ações pontuais, baseadas no atendimento de demandas emergenciais, que resultam, em sua maioria, em medidas administrativas punitivas.

A análise desse panorama permitiu levantar o debate a respeito da necessidade de reorientação dos procedimentos e processos de trabalho das equipes de inspeção e da importância do reforço de suas relações com outros setores que se fizerem necessários, uma vez que, mesmo prevalecendo medidas adotadas de caráter educativo e não punitivo, ainda parece ser um grande desafio o entendimento e implementação da legislação de Boas Práticas nos Serviços de Alimentação.

No estudo realizado por Laikko-Rotto & Nevas (2014) ficou demonstrado que medidas educativas tomadas pelas equipes de inspeção como manter uma abordagem positiva, a impressão de relatórios claros, a capacidade de negociação com os proprietários, bem como o conhecimento e atitudes destes em relação à higiene e segurança dos alimentos e os controles oficiais em seus estabelecimentos, parecem ser muito importantes para melhorar as condições higiênico-sanitárias nesses locais.

Porém, isso ainda não parece ser suficiente para modificar as condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos, pois parecem existir lacunas entre a capacidade de avaliar riscos por parte dos proprietários dos Serviços de alimentação, dos manipuladores e das equipes de inspeção (Laikko-Rotto & Nevas, 2014).

Pelos resultados apontados nesse estudo em relação ao perfil das inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de alimentação (Tabela 2), à predominância de estabelecimentos em condições higiênico-sanitárias

inadequadas (Tabela 3) e ao perfil das medidas administrativas adotadas após as inspeções sanitárias (Figura 3), parece que o processo de trabalho dos órgãos legisladores e das equipes de inspeção, bem como o resultado de suas ações, são complexos, múltiplos e precisam ser renovados.

As ações educativas como principal medida das equipes de inspeção, nem sempre são sinônimo de resolutividade, conforme demonstrado nas Tabela 3 e 4, e o fato das irregularidades permanecerem nos Serviços de alimentação, também não implica, necessariamente, em equipes menos resolutivas. Na realidade esses resultados remetem a um questionamento e debate sobre o planejamento das ações das equipes de inspeção, o foco de trabalho e o espaço que ocupam dentro da política de saúde do município.

Assim, para serem reconhecidos como agentes transformadores da saúde pública, e garantir resolutividade com qualidade, dentro dos princípios norteadores de promoção da saúde, os órgãos legisladores e as equipes de inspeção necessitam rever suas abordagens, a partir do diagnóstico das reais necessidades de saúde do território e, com isso, reforçar suas articulações com outros setores, no sentido de promover a construção de estratégias eficazes para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Conclusão

Mesmo com mais de dez anos de existência da legislação nacional de Boas Práticas, a maioria dos Serviços de Alimentação ativos, avaliados em Curitiba no período de janeiro de 2005 a julho de 2015, apresentou condições higiênico-sanitárias inadequadas. Os três segmentos que apresentaram maior número de não conformidades foram os restaurantes e similares; os minimercados, supermercados e hipermercados; e as lanchonetes casas de chás, sucos e similares. As principais irregularidades registradas foram as relacionadas aos procedimentos e processos de trabalho; à estrutura física e às condições higiênico-sanitárias dos Serviços de Alimentação. Dentro da categoria Procedimentos e Processos de Trabalho, os critérios mais registrados não priorizam água, temperatura, contaminação cruzada e matéria-prima, e sim alguns aspectos relacionados ao produto final (identificação do produto, validade, armazenamento).

Essa situação sugere ter relação com a estratégia de trabalho adotada pelas equipes de inspeção do município, que está atrelada somente ao procedimento da inspeção em si. Parece haver necessidade de capacitação dos profissionais para ampliar seus conhecimentos sobre co-responsabilização e a priorização de critérios de maior risco sanitário, pois o uso e conhecimento destes racionaliza e qualifica o processo de inspeção, além de priorizar a tomada de decisões para evitar surtos de DTA.

Isso reforça a importância dos órgãos legisladores e das equipes de inspeção em reavaliar suas metas, estratégias e processos de trabalho no sentido de garantir a segurança do alimento e prevenir riscos à saúde da população.

Limitações do estudo

Esse estudo avaliou somente os Serviços de Alimentação registrados na Vigilância Sanitária de Curitiba-PR. Além disso, baseou-se nos dados do Simivisa (Sistema de Informação Municipal de Vigilância Sanitária e Ambiental). Essas informações dependem da forma como o dado é registrado pelo técnico; como este observa a irregularidade na prática/rotina de inspeção; como se dá o processo/tempo de trabalho em sua unidade, situações as quais podem influenciar/diferenciar as informações conforme a pessoa que a registra, resultando assim em um viés do estudo. Sugere-se em estudos futuros que seja verificada a percepção do técnico com relação aos registros no Sistema.

Referências

ABERC. Associação Brasileira de Refeições Coletivas. Mercado Real. (2016). <http://www.aberc.com.br/mercadoreal.asp?IDMenu=21>. Accessed 30/03/2016.

ABIA. Associação Brasileira das Indústria de Alimentos (2016). Publicações. O Mercado do Food Service. <http://www.abia.org.br/cfs2014/mercado.aspx>. Acesso em: 30/05/16.

Almeida, K.M.; André, M.C.P.; Campos, M.R.H. & Díaz, M.E.P. (2014) Hygienic, sanitary, physical and functional conditions of Brazilian public school food services. *Revista de Nutrição*, 27, 343-353.

Aluko, O.O.; Ojeremi, T.T.; Olaleke, D.A. & Ajidagba, E.B. (2014). Evaluation of food safety and sanitary practices among food vendors at car parks in Ile Ife, southwestern Nigeria. *Food Control*, 40, 165-171.

Alves, M.G. & Ueno, M. (2010) Restaurantes *self service*: segurança e qualidade sanitária dos alimentos servidos. *Revista de Nutrição*, 23, 573 – 580.

Araujo, D.G.; Melo, M.B.; Brant, L.; Viana, F.C. & Santos, M.A. (2013). Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. *Revista Saúde e Sociedade*, 22,1154-1166.

Balzaretti, C.M. & Marzano, M.A. (2013). Prevention of travel-related foodborne diseases: Microbiological risk assessment of food handler and ready-to-eat foods in northern Italy airport restaurants. *Food Control*, 2, 202-207.

Brasil.(2004) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução de Diretoria Colegiada nº 216 de 15 de setembro de 2004*. Dispõe sobre o Regulamento técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. D.O.U. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 16 de setembro de 2004. Brasília, DF.

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Unidade de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. *Doenças Transmitidas por Alimentos*. Brasília, DF. www.saude.gov.br/svs. Accessed 07/06/16.

Cortese, R.D.M.; Veiros, M.B.; Feldman, C. & Cavalli, S.B. (2016). Food safety and hygiene practices of vendors during the chain of street food production in Florianópolis, Brazil: A cross-sectional study. *Food Control*, 62, 178-186.

Curitiba (2009a). Secretaria Municipal de Saúde. *Resolução nº 12/2009 - SMS*. Dispõe sobre a relação das atividades econômicas de interesse, segundo a codificação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), cuja Licença Sanitária é obrigatória para funcionamento no Município de Curitiba, estabelecendo os respectivos prazos de validade do documento em função do risco sanitário e tipo de inspeção (DOM nº 76 de 06 de outubro de 2009). Curitiba, PR.

Curitiba. (2009b). Secretaria Municipal de Saúde. *Lei nº 13254 de 19 de agosto de 2009*. Dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígenos no município de Curitiba. Curitiba, PR.

Curitiba. (2010). Secretaria Municipal de Saúde. *Resolução nº5/2010 - SMS*. Altera o Anexo da Resolução nº 009/2009-SMS, que relaciona as atividades econômicas de interesse à saúde, segundo a codificação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), que necessitam análise e avaliação prévia pela Vigilância Sanitária Municipal para instalação e início de funcionamento no Município de Curitiba. (D.O.M. nº 36 de 11 de maio de 2010). Curitiba, PR.

Curitiba. (2013) Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (Ippuc). Indicadores. *Retrato das Regionais*. www.ippuc.org.br. Accessed: out/ 2015.

Curitiba (2015). Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Vigilância. Centro de Vigilância do Risco Sanitário. Informações Gerais. *Visa Curitiba*. www.saude.curitiba.pr.gov.br/Index.Php/Vigilancia/Sanitaria/Informacoes-Gerais/Visa-Curitiba. Accessed: jun a out/2015.

Da Cunha, D.T.; Stedefeldt; E. & Rosso, V.V. (2014). The role of theoretical food safety training on Brazilian food handlers' knowledge, attitude and practice. *Food Control*, 43, 167-174.

Da Cunha, D.T.; Oliveira, A.B.A.; Saccol, A.L.F.; Tondo, E.C.; Junior, E.A.S.; Ginani, V.C.; Montesano, F.T.; Castro, A.K.F. & Stedefeldt, E. (2014). Food safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: Development and reliability assessment of the official evaluation instrument. *Food Research International*, 57, 95–103.

Djevic, I; Kuzmanovic, J; Andelkovic, A.; Saracevic, M; Stojanovic; M.M. & Tomasevic, I. (2016). Effects of HACCP on hygiene process in different types of Serbian food establishments. *Food Control*, 60, 131-137.

FDA. Food and Drug Administration. FDA Report on the occurrence of foodborne illness risk factors in selected institutional foodservice, restaurant and retail food store facility types. (2009) www.fda.gov/downloads/food/FoodSafety/RetalisFoodRiskFactorStudies/UCM224682.pdf. Accessed: 16/03/16.

FIESP/ITAL. Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – FIESP. Instituto de Tecnologia de Alimentos – ITAL. (2010). *Brasil Food Trends 2020*. FIESP/ITAL, São Paulo.

Gandhi, V.P. & Zhou, Z. (2014). Food demand and the food security challenge with rapid economic growth in the emerging economies of India and China. *Food Research International*, 63, 108-124.

Harris, K.J.; Dipietro, R.B.; Murphy, K.S. & Rivera, G. (2014). Critical food safety violations in Florida: Relationship to location a chain vs non-chain restaurants. *International Journal of Hospitality Management*, 38, 57-64.

Harris, K.J.; Murphy, K. S; Di Pietro, R.B. & Rivera, G.L. (2015). Food safety inspections results: A comparison of ethnic-operated restaurants to non-ethnic-operated restaurants. *International Journal of Hospitality Management* 46, 190–199.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2007). *Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE): versão 2.0: subclasses para uso na administração pública*. Comissão Nacional de Classificação. Subcomissão Técnica para a CNAE – Subclasses. IBGE. Rio de Janeiro: RJ.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro: RJ.

Isara, A.R.; Isah, E.C.; Lofor, P.V.O. & Ojide, C.K. (2010). Food contamination in fast food restaurants in Benin City, Edo State, Nigeria. *Public Health*, 124, 467-471.

Jianu, C. & Golet, I. (2014). Knowledge of food safety and hygiene and personal hygiene practices among meat handlers operating in western Romania. *Food Control*, 42, 214- 221.

Laikko-Rotto, T. & Nevas, M. (2014). Restaurant business operators' knowledge of food hygiene and their attitudes toward official food control affect the hygiene in their restaurants. *Food Control*, 43, 65- 73.

Laikko-Rotto, T.; Makela, S.; Lundén, J.; Heikkila, J. & Nevas, M. (2015). Consistency in inspection processes of food control officials and efficacy of official controls in restaurants in Finland. *Food Control*, 57, 341-350.

Losito, P.; Visciano, P.; Genuardo, M. & Cardone, G. (2011) Food supplier qualification by an Italian Large-scale Distributor: Auditing system and non-conformances. *Food Control*, 22, 2047-2051.

Medeiros, C.O.; Cavalli, S.B. & Proença, R.P.C. (2012). Human resources administration processes in commercial restaurants and food safety: The actions of administrators. *International Journal of Hospitality Management*, 31, 667– 674.

Murphy, K.S.; DiPietro, K.B.; Kock, G. & Lee, J.S. (2011). Does mandatory food safety training and certification for restaurant employees improve inspection outcomes? *International Journal of Hospitality Management*, 30, 150–156.

Oliveira, A.B.A.; Da Cunha, D.T.; Stedefelt, E.; Capalonga, R.; Tondo, E.C. & Cardoso, M.R.I. (2014). Hygiene and good practices in school meals services: Organic matter on surfaces, microorganisms and health risks. *Food Control*, 40, 120-126.

Powell, D.A.; Erdozian, S.; Dodd, C.; Costa, R.; Morley, K. & Chapman, B.J. (2013). Audits and inspections are never enough: A critique to enhance food safety. *Food Control*, 30, 686-691.

Rodrigues, K.R.M. & Salay, E. (2012). Food safety control practices in in-house and outsourced foodservices and fresh vegetable suppliers. *Food Control*, 25, 767-772.

Saccol, A.L.F.; Serafim, A.L.; Hecktheuer, L.H.R.; Medeiros, L.B.; Spinelli, M.G.N.; Abreu, E.S. & Alves, D.M. (2013). Hygiene and sanitary conditions in self-service restaurants in São Paulo, Brazil. *Food Control*, 33, 301-305.

Sani, N.A.& Siow, O.N. (2014). Knowledge, attitudes and practices of food handlers on food safety in food services operations at the University Kebangsaan Malaysia. *Food Control*, 37, 210-217.

Sarter, G. & Sarter, S. (2012). Promoting a culture of food safety to improve hygiene in small restaurants in Madagascar *Food Control*, 25, 165-171.

Stangarlin-Fiori, L.; Serafim, A.L.; Saccol, A.L.F. (2016). *Instrumentos para elaboração do Manual de Boas Práticas e dos Procedimentos Operacionais Padronizados*. (1st ed) Rio de Janeiro: Rubio.

Tondo, E.C.; Bartz, S. (2014). *Microbiologia e Sistemas de Gestão de Segurança de Alimentos*. Porto Alegre: Sulina.

3.2 PERFIL E PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM INSPEÇÕES SANITÁRIAS EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DE CURITIBA – PARANÁ, BRASIL.

Profile and work processes of professionals who perform health inspections in Curitiba-PR, Brazil food services

Resumo

O objetivo desse estudo foi identificar o perfil e processo de trabalho dos profissionais que realizam inspeções sanitárias em Serviços de Alimentação de Curitiba – PR, Brasil. A pesquisa foi realizada com 43 profissionais da Vigilância Sanitária que realizam inspeções em Serviços de Alimentação, nos nove Distritos Sanitários do município. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário autopreenchido pelos profissionais, composto por perguntas fechadas, referentes ao perfil sociodemográfico e educacional; à formação e ao processo de trabalho realizado durante as inspeções sanitárias. Os resultados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, medidas de associação, Qui-quadrado e exato de Fisher, utilizando o Software SAS®. Constatou-se que a maioria dos profissionais são mulheres (83,72%), com idade entre 31 e 50 anos (73,75%) e com formação e qualificação voltada para a área de alimentos (39,62%). A maioria dos profissionais trabalha na região central do município, denominada Distrito Sanitário Matriz (16,28%), seguida da região leste, denominada Distrito Sanitário Boqueirão (13,95%), demonstrando uma distribuição desigual dos profissionais no município, em relação à população de abrangência, ao número de estabelecimentos e ao número de bairros existentes em cada região. Além disso, os profissionais que apresentaram tempo de serviço menor que 5 anos (44,18%) estavam, principalmente, nas Regionais da Cidade Industrial de Curitiba, Bairro Novo e Cajuru; e aqueles com tempo de serviço maior que 5 anos (58,82%) nas Regionais Matriz, Portão e Boqueirão. 66,67% relataram a ausência de uma política de capacitação e formação frequente voltada à área de Visa e 85,71% afirmaram condições de trabalho inadequadas com pouca visibilidade das atividades desenvolvidas por parte da comunidade e da gestão de maneira geral. 69,97% não planeja suas ações, 51,22% não conhece as metas de Saúde do município, 98,86% baseia-se apenas em um sistema de informação para orientar suas atividades e 76,19% trabalha com outro setor, porém de maneira emergencial. O uso de roteiros (71,43%) e de equipamentos (88,10%) é uma prática estabelecida como rotina nas inspeções, onde a maioria não apresenta dificuldades de utilização dos mesmos (78,57%) e acredita serem importantes para a padronização de ações (95,35%). A maioria dos profissionais (30,95%) possuía mais de 80 processos sob sua responsabilidade de acompanhamento e alegou estar exposto a algum risco no trabalho (85,71%). Mesmo diante dos desafios expostos, os profissionais relataram que julgam seu papel importante (97,67%) e que estão satisfeitos com o seu trabalho (65,12%). Com esses resultados observa-se que os profissionais da Visa de Curitiba-PR desenvolvem processos de trabalho diferentes no

município e que ainda é um desafio implementar a política de Visa na cidade, o que contribui ainda mais com a desvalorização das ações desenvolvidas, bem como o não reconhecimento de sua importância perante a sociedade e o próprio Setor Saúde.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Recursos Humanos em Saúde, Inspeção de Alimentos; Controle e Fiscalização de Alimentos e Bebidas.

Abstract

The aim of this study was to identify the profile and work process of professionals who perform health inspections in Curitiba Food Services - PR, Brazil. The survey was conducted with 43 professionals from the Health Surveillance performing inspections in Food Services in the nine districts of the municipality toilets. For data collection we used a self-administered form by technicians, with closed questions, relating to socio-demographic and educational profile; training and work process carried out during health inspections. The results were analyzed using descriptive statistics, measures of association, chi-square and Fisher exact test, using SAS® Software. It was found that most professionals are women (83.72%), aged between 31 and 50 years (73.75%) and training and qualification geared to the food area (39.62%). Most professionals working in the central area of the city, called Matrix Health District (16.28%), followed by the eastern region, called District Health Boqueirão (13.95%), showing an uneven distribution of technicians in the municipality in relation to local population, the number of establishments and the number of districts in each region. In addition, professionals who had time less service than 5 years (44.18%) were mainly in the Regional Industrial City of Curitiba, Bairro Novo and Cajuru; and those with service time greater than 5 years (58.82%) in the Regional Matrix Gate and Boqueirão. 66.67% reported the absence of a training policy and frequent training focused on Visa area and 85.71% said poor working conditions with little visibility of the activities developed by the community and in general management. 69.97% do not plan their actions, do not know the city's Health goals (51.22%), based only on an information system to guide their activities (98.86%) and works with other sector, however emergency way (76.19%). The use of scripts (71.43%) and equipment (88.10%) is an established practice routine in the inspections, where the majority does not present difficulties in using them (78.57%) and believed to be important for standardization of shares (95.35%). Most technicians (30.95%) had more than 80 cases under its monitoring responsibility and claimed to be exposed to any risk at work (85.71%). Even with the challenges exposed, professionals reported that think its important role (97.67%) and that they are satisfied with their work (65.12%). With these results it is observed that the professionals Visa Curitiba-PR develop different work processes in the city and is still a challenge to implement the Visa policy in the city, which further contributes to the devaluation of the actions taken, and non-recognition of its importance to society and the own Health Sector.

Keywords: Health Surveillance; Human Resources for Health, Food Inspection; Control and Supervision of Food and Beverage

1. Introdução

Entre as ações de cunho preventivo do Sistema Único de Saúde (SUS), estão as ações de vigilância sanitária (Visa), sendo estas: “[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde [...]” (BRASIL, 1990).

Sabe-se que existe uma relação indissociável entre saúde e alimentação, sendo esta reconhecida como direito social adquirido. No que tange às questões de alimentação e nutrição, a missão da Visa é desenvolver ações de promoção e proteção à saúde da população, por meio de atividades capazes de minimizar ou prevenir riscos à saúde decorrentes da alimentação, entre elas estratégias relevantes a serem adotadas por produtores - conhecidas como Boas Práticas de Manipulação - e consumidores na tentativa de minimizar a contaminação dos alimentos (MARINS; ARAÚJO, 2016).

O ramo de destaque na área de alimentos são os Serviços de Alimentação e, para fiscalizá-los em relação às Boas Práticas, são realizadas inspeções sanitárias, sendo consideradas ações que ocorrem principalmente no nível municipal, por meio das equipes de profissionais da Vigilância Sanitária (Visa). O objetivo das inspeções em relação a área de alimentos é fiscalizar, cadastrar e licenciar os estabelecimentos que manipulam, produzem, comercializam, distribuem e/ou armazenam alimentos (HARRIS et al., 2014; LAIKKO-ROTO et al., 2015).

O papel das equipes durante as inspeções é observar e avaliar os Serviços de Alimentação em relação a estrutura e instalações físicas, fluxos e rotinas técnico-operacionais e as condições de higiene e limpeza, que devem estar adequadas à legislação sanitária vigente (BRASIL, 2004), afim de oferecer segurança aos produtos e serviços prestados. Além das inspeções, os profissionais podem ainda realizar outras atividades como ações educativas com a comunidade e aos demais estabelecimentos, audiências públicas, reuniões setoriais, entre outras, com o intuito de minimizar os riscos sanitários (HARRIS et al., 2014; CURITIBA, 2015; LAIKKO-ROTO et al., 2015).

Observa-se assim a diversidade de atribuições e a existência da grande variedade de objetos de atuação dos profissionais da Visa, que se situam num

espaço de relações entre a “ciência, a saúde e o mercado” (SOUZA; COSTA, 2010). Além disso, pelo fato do seu processo de trabalho apresentar caráter jurídico e burocrático, e suas ações serem baseadas no “poder de polícia”², a atuação dos profissionais da Visa é caracterizada como cartorial, autoritária e normativa, o que provoca, muitas vezes, rejeição na população em geral, e perda de apoio técnico e político, dificultando ainda mais sua atuação em nível municipal (MOREIRA; COSTA, 2010; SOUZA; COSTA, 2010; ARAÚJO et al., 2013).

O funcionamento adequado do serviço de Visa também é considerado um grande desafio, fato este relacionado a uma série de problemas que interferem diretamente no processo de trabalho de seus profissionais como: espaço físico e equipamentos insuficientes ou inadequados, falta de veículos ou transportes e de recursos para a realização de fiscalizações; Recursos Humanos insuficientes, sem especialização e sem acesso à educação permanente; organização administrativa deficiente e sem metas estabelecidas; baixos índices de informatização; sistemas de informação; e códigos sanitários desatualizados, conforme já apontado em outros estudos (MELO et al., 2014; LUCENA, 2015).

De acordo com o último Censo Nacional dos Trabalhadores da Visa realizado em 2004, a maioria dos profissionais da Visa era do sexo masculino (58,4%), com faixa etária de 31 a 50 anos (62%), grau de instrução médio (67,4%), com vínculo empregatício estatutário e 70% trabalhava mais de 30 horas semanais. Em relação ao tempo de serviço, 59% trabalhava há menos de 5 anos no setor e 88,5% recebia uma renda bruta mensal de até R\$1.500,00 (mil e quinhentos reais), destacando-se entre os profissionais do nível superior, os Médicos Veterinários (21%), Farmacêuticos (11,5%) e Enfermeiros (10,8%). Na época, a região Sul concentrava 12,76% dos trabalhadores, dos quais 4,92% (n=1580) estavam no Paraná (BRASIL, 2005). No caso de Curitiba, capital do

² O “Poder de Polícia é uma atribuição exclusiva dos profissionais da Vigilância Sanitária do Brasil, e refere-se a um “conjunto de atribuições concedidas à Administração Pública para disciplinar e restringir, em favor do interesse público, situações concernentes à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade, e aos direitos individuais ou coletivos, sendo seu uso regular quando desempenhado pelo órgão competente nos limites da lei aplicável, com observância do processo legal e sem abuso ou desvio de poder ” (PORTO ALEGRE, 2010).

estado do Paraná, não existe histórico e detalhamento do perfil dos profissionais que atuam nas equipes de inspeção da Visa.

Diante desse cenário, percebe-se a relevância do trabalho desenvolvido por esses profissionais e que as situações apontadas, referentes ao perfil sociodemográfico, de formação, de inserção política e de procedimentos e processos de trabalho, podem interferir na efetividade das ações das equipes de inspeção da Visa, e justificar o fato que, mesmo com órgão fiscalizador e legislação sanitária vigente que estabelece os requisitos higiênico-sanitários a serem aplicados, continuam a existir irregularidades nos Serviços de Alimentação e riscos à saúde associados aos alimentos (ALVES; UENO, 2010; CHOUDHURY et al., 2011; LAIKKO-ROTTA et al., 2015).

Ao estabelecer um diagnóstico do perfil e processo de trabalho dos profissionais da Visa, espera-se promover uma reflexão sobre sua organização e gestão; e também, identificar, quantificar e caracterizar essa força de trabalho tão importante, porém pouco conhecida, contribuindo na formulação de políticas de formação profissional e educação permanente, além de viabilizar um processo de trabalho mais adequado e maior valorização das ações desenvolvidas (MELO et al., 2014).

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi identificar o perfil e o processo de trabalho dos profissionais que realizam inspeções sanitárias em Serviços de Alimentação de Curitiba, Paraná, Brasil.

2. Metodologia

O estudo quantitativo, descritivo e exploratório, de delineamento transversal, foi realizado com os profissionais da Visa de Curitiba, PR, Brasil, que realizavam inspeção na área de alimentos, nos nove Distritos Sanitários do município, divididos em: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão, e Santa Felicidade (Figura 1).

Curitiba, capital do Estado do Paraná, região Sul do Brasil, apresenta um perfil econômico baseado no comércio e no setor de serviços; e nos últimos anos tem chamado a atenção por sua rede hoteleira e setor gastronômico, atraindo eventos nacionais e internacionais, sendo o mais recente, ter sido cidade sede

da Copa do Mundo de 2014 (Curitiba, 2013). Foi uma das primeiras cidades a descentralizar/municipalizar as ações de Vigilância Sanitária no Brasil em 1992, e desde então tem sido referência de desenvolvimento e implantação de atividades nessa área, sendo por muitas vezes considerada a melhor equipe do país (Curitiba, 2015).

FIGURA 1 - MAPA DA CIDADE DE CURITIBA – PR, BRASIL, COM A DIVISÃO DOS NOVE DISTRITOS SANITÁRIOS, BRASIL 2015.



Para prevenir surtos de DTA e aumentar a segurança dos alimentos distribuídos na cidade, são realizadas ações de Vigilância Sanitária, entre elas, inspeções sanitárias. As equipes normalmente se organizam para realizar as inspeções em duplas, com veículo oficial próprio, munidas de equipamentos e uniformes apropriados às características dos estabelecimentos (p.ex. colete, termômetro, jadona térmica, máquina fotográfica, entre outros). Como parte do processo de trabalho, após a realização das inspeções sanitárias, as informações são registradas no Sistema Municipal de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental (Simivisa) e são tomadas as devidas providências, conforme a situação encontrada em cada estabelecimento (Curitiba, 2015).

Atualmente existem 222 profissionais lotados na Vigilância Sanitária de Curitiba - PR, os quais ocupam os mais variados cargos, incluindo a participação nas equipes de inspeção, chefias, coordenações e gestão. Desses, 53 profissionais realizam as atividades exclusivamente na área de alimentos, os quais foram o foco desse estudo.

Utilizou-se como critério de inclusão a disponibilidade do profissional no período do estudo; ausência em cargos de chefia, gestão ou coordenação no período da pesquisa; sua responsabilidade sob processos na área de alimentos registrados no Sistema Municipal de Informação de Vigilância Sanitária e Ambiental (Simivisa), e o retorno do instrumento de coleta de dados preenchido, juntamente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Portanto, fizeram parte do estudo 43 profissionais, totalizando 81,13% de todos os técnicos da área de alimentos do município.

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2015, após aprovação do Projeto do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob número: 043175/2015 e da Secretaria Municipal de Saúde do município, protocolo número: 60/2015.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário, com base nas questões do Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária de 2004 (BRASIL, 2005), sendo o mesmo auto preenchido pelos técnicos, e composto por perguntas fechadas, referentes ao perfil sociodemográfico, como gênero, idade, tempo de serviços na Visa, local de atuação, carga horária, vínculo empregatício e salário (15 itens); ao perfil educacional e à formação, como conhecimento de línguas estrangeiras e de informática, formação atual, cursos na área de Visa, capacitação em serviços (8 itens); e aos procedimentos e processo de trabalho dos profissionais da Visa, durante as inspeções sanitárias como, participação no planejamento das ações de Saúde, conhecimento das metas e prioridades da região, informações que utilizam para desenvolver suas ações, se trabalham com outros setores e de que maneira, número de processos sob sua responsabilidade, uso de roteiros, equipamentos e de relatórios de inspeção, condições de trabalho, exposição a riscos durante o trabalho, padronização das ações, relação de satisfação com seu trabalho na Visa e importância de seu papel na Visa (13 itens).

Antes de iniciar a coleta de dados, realizou-se um piloto com cinco profissionais da Visa da área de alimentos, para verificar seu entendimento em relação às questões apresentadas, o tempo gasto para seu preenchimento, e os ajustes necessários. O formulário final foi entregue, juntamente com o TCLE, por meio de visitas aos Distritos Sanitários, e os profissionais tiveram o prazo de 24 horas para preenchimento e devolução.

Os resultados foram analisados por meio de estatísticas descritivas onde, caso o profissional não respondesse algum item do formulário, esse item era desconsiderado e os valores ajustados para 100%. E para verificar se havia associação entre variáveis de interesse foram utilizadas medidas de associação, Qui-quadrado e exato de Fisher, com nível de significância de $p < 0,05$ (95%), ambas utilizando o Software SAS® (*Statistical Analysis System*), Versão 9.2.

3.Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta os resultados do perfil sócio demográfico dos profissionais que realizam inspeções sanitárias nos Serviços de Alimentação de Curitiba - PR.

Constatou-se que a maioria (83,72%) é do gênero feminino, tem idade entre 31 e 40 anos (44,19%), são naturais do Estado do Paraná (81,4%), Brasil, e predominam da cidade de Curitiba (60,47%) (Tabela 1). Esses resultados corroboram com alguns dados do Censo Nacional dos Trabalhadores da Visa de 2004 (BRASIL, 2005) referentes a idade, porém, diferentemente desse, com relação ao gênero, demonstram que existe uma tendência à feminilização nas equipes de inspeção do município, e que as mesmas se apresentam na faixa etária caracterizada pela maturidade produtiva, fase na qual os indivíduos são capazes de atuar, organizar, tomar decisões e executar os serviços de Saúde (BRASIL, 2005).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos profissionais que realizam inspeções sanitárias em Serviços de Alimentação de Curitiba - PR, Brasil, 2015

Gênero	N	%	Vínculo Empregatício	N	%
Feminino	36	83,72	Estatutário	43	100,00
Masculino	7	16,28			
			Trabalha em outro local	N	%
Idade	N	%	Sim	10	23,26
21 a 30	2	4,65	Não	33	76,74
31 a 40	19	44,19			
41 a 50	14	32,56	Recebe Gratificação Salarial?	N	%
51 a 60	8	18,60	Sim	37	90,26
			Não	4	9,76
Natural de	N	%	Qual?	N	%
Paraná	35	81,40	Insalubridade	2	4,88
Santa Catarina	2	4,65	Risco de Vida	18	43,90
São Paulo	3	6,98	Tempo de Serviço	9	21,95
Rio Grande do Sul	3	6,98	Outros	12	29,27
Curitiba	26	60,47			
Outra	17	39,53	Salário BRUTO com gratificações?	N	%
			Até R\$ 3000,00	8	19,51
Nível de Instrução do cargo	N	%	Entre R\$ 3001,00 e R\$ 4000,00	16	39,02
Médio	11	26,19	Maior que R\$ 4000,00	17	41,46
Superior	31	73,18			
			Salário BRUTO sem gratificações?	N	%
Tempo de Serviço na Visa	N	%	Até R\$ 1500,00	7	16,28
Até 5 anos	19	45,24	Entre R\$ 1501,00 e R\$ 3000,00	18	41,86
6 a 10 anos	8	19,05	Entre R\$ 3001,00 e R\$ 4000,00	13	30,23
11 a 15 anos	9	21,43	Maior que R\$ 4000,00	5	11,63
> 16 anos	6	14,29			
			Salário compatível com as atividades?	N	%
Carga Horária Semanal	N	%	Sim	6	13,95
20 hs	15	34,88	Não	37	86,05
30 hs	28	65,12			

FONTE: a autora (2015)

LEGENDA: N= Número de profissionais que responderam o formulário; % = percentual de profissionais que responderam ao formulário

A gestão dos Serviços de Saúde, entre eles os de Visa, é complexa, e nesse contexto, os Recursos Humanos têm se mostrado como um grande desafio, principalmente ao considerar a grande diversidade de objetos envolvidos no processo de trabalho da Visa (MELO et al., 2014). O fato das equipes terem esse perfil mais feminino é um diferencial positivo para o município, pois conforme MEDEIROS e ENDERS (2002), equipes compostas com maior número de mulheres e com nível de escolaridade maior, são mais comprometidas com o serviço.

Constatou-se que 65,12% dos profissionais trabalham na Visa com carga horária de 30 horas semanais, apresentam vínculo empregatício estatutário (100%) e a maioria (76,74%) não exerce atividades em outro local (Tabela 1). A carga horária de 30hs semanais observada nesse estudo atende às exigências da demanda da Visa por exercer um trabalho com dedicação exclusiva nessa área; e o fato de não trabalharem em outro local é considerado positivo, uma vez que, “o multiemprego pode gerar situações de vulnerabilidade com relação à intervenção dos profissionais sobre os riscos e questões éticas que envolvem o exercício do poder de polícia” (BRASIL, 2005; SOUZA; COSTA, 2010).

Observou-se ainda na Tabela 1, que 44,18% dos profissionais trabalham na Visa do município, no máximo há 5 anos e estão lotados, principalmente, no DSCIC, DSBN e DSCJ; e aqueles com tempo de serviço maior que 5 anos (58,82%), estão no DSMZ, DSPR e DSBQ. A partir de 2006, houve um concurso público no município e, a partir de então, outros ocorreram, contribuindo com um incremento no número de profissionais para a área de Vigilância Sanitária. Ainda assim, observa-se uma alta rotatividade de profissionais nessa área, relacionada a defasagem salarial, tempo escasso entre o entendimento dos conceitos e a experiência laboral na Visa, e ausência de investimento em qualificação profissional (BRASIL, 2005). Essas situações podem comprometer o desenvolvimento das inspeções sanitárias, resultando em diferentes processos de trabalho por parte dos profissionais, podendo contribuir com a permanência de situações de riscos à segurança dos alimentos nos Serviços de Alimentação inspecionados (LAIKKO-ROTO et al., 2015).

Nesse sentido, existem fatores que podem contribuir com um maior comprometimento e desempenho no trabalho, como a confiança, a descentralização, a autonomia e o trabalho em equipe. Esse sentimento de comprometimento e de pertencimento ao trabalho, segundo Melo et al. (2014), é mais comum em profissionais com maior tempo de serviço, enquanto que o sentimento de obrigação pelo desempenho, ocorre mais comumente entre aqueles com pouco tempo de serviço, não havendo consistência quanto às diferenças de comprometimento entre sexos. Nesse estudo, quando avaliada a associação existente entre as variáveis sexo e satisfação no trabalho, não houve associação estatística ($p > 0,05$); entretanto, de acordo com a observação dos

dados estatísticos, foi possível verificar que a insatisfação era maior nas mulheres do que os homens.

O tempo de serviço parece ter relação com a confiança em desempenhar suas funções, pois Laikko-Rotto et al. (2015) afirmam em seu estudo que profissionais com mais tempo de serviço apresentam maior confiança/conhecimento sobre o que é relevante em relação aos riscos sanitários, avaliando aspectos mais significativos durante as inspeções sanitárias, como controles de temperatura e higiene; e menos tempo para avaliar documentação.

Na Tabela 1, observou-se que 95,24% dos profissionais afirmaram possuir Poder de Polícia, atributo específico dos profissionais das equipes de Vigilância Sanitária do Brasil. A ação baseada no Poder de Polícia, caracteriza uma atividade que prioriza a proteção da saúde da população com base do Direito Sanitário. Assim, toda ação da Visa é baseada na Legislação Sanitária vigente, a qual se faz cumprir e tem fé pública, mediante atuação/argumentação do profissional (CURITIBA, 2004).

Quando avaliado o salário bruto com gratificações (Tabela1), a maioria (41,46%) dos profissionais afirmou receber valor maior que R\$ 4.000,00, seguido de salários entre R\$ 3001,00 a R\$ 4000,00 (39,02%), o que equivale a cerca de 5 salários mínimos (DIEESE, 2016). Entre as gratificações salariais, 90,26% dos profissionais relataram recebê-las, porém, a única gratificação relacionada ao trabalho desenvolvido como inspetor sanitário é o Risco de Vida, o qual, 43,90% afirmou receber (Tabela 1). Existem outras gratificações que o profissional de saúde recebe por uma questão de direito como tempo de serviço, Índice de Desenvolvimento de Qualidade (IDQ), vale transporte, vale alimentação, porém, não se referem ao trabalho desenvolvido na Visa, questões essas relacionadas à política de Recursos Humanos do município (CURITIBA, 2015).

Na avaliação do salário sem as gratificações, a maioria (41,86%), respondeu que o valor do salário ficaria entre R\$ 1501,00 a R\$ 3000,00, seguido de R\$ 3001,00 a R\$ 4000,00 (30,23%), o que equivale a 1,9 a 3,8 salários mínimos (DIEESE, 2016).

Por meio desses resultados, percebe-se que sem as gratificações existe uma redução salarial de até R\$ 1000,00 (Tabela 1). Como essas gratificações não são incorporadas ao piso salarial e podem variar conforme formação

profissional (nível médio ou superior), talvez seja o motivo de alguns profissionais, ainda que poucos, precisarem complementar sua renda trabalhando em outro local (23,26%) (Tabela 1). As atividades desenvolvidas na Visa pedem exclusividade e impossibilitam o profissional de assumir responsabilidade técnica ou mesmo de desenvolver atividades parecidas, caso o profissional queira trabalhar em outro local, este precisa desenvolver atividades sem infringir as regras e as questões éticas do estatuto do município.

Ao serem questionados se o salário que recebiam era compatível com as atividades realizadas, a maioria (86,05%) respondeu que não (Tabela 1), o que indica que a questão salarial parece ser um grande desafio e pode ser um dos fatores responsáveis pela rotatividade dos profissionais nesse setor (BRASIL, 2005), visto que os mesmos, em especial os de nível superior como enfermeiras, nutricionistas e farmacêuticos, apresentam um bom nível de capacitação e de atualização, que lhes permite buscar outras oportunidades com melhores salários dentro da própria instituição ou fora.

Quando se trata da busca por oportunidades dentro da própria instituição, observa-se uma situação de disparidade salarial na Secretaria de Saúde de Curitiba, entre os profissionais das áreas de vigilância em saúde e os da assistência à saúde, que atuam nas Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CURITIBA, 2015).

Os profissionais da área de Assistência recebem, além do seu piso salarial, uma gratificação de até 80% referente ao incentivo do ESF, além da Remuneração Integrada de Trabalho (RIT) pelo vencimento básico de cada categoria para completar as 40hs semanais, chegando a salários que correspondem ao dobro ou mais do recebido pelos colegas de trabalho da Visa. Isso demonstra uma certa desvalorização desses profissionais, reforçando o distanciamento histórico entre a Visa e as práticas de saúde, bem como do caráter secundário atribuído à Visa na política de Saúde Coletiva do município de maneira geral (CURITIBA, 2015; LUCENA, 2015).

Nesse estudo, quando avaliada a associação estatística entre as variáveis, salários e condições de trabalho; e salários e satisfação no trabalho, não houve associação entre as variáveis estudadas ($p > 0,05$). Entretanto, quando avaliada a associação entre salários e satisfação no trabalho, foi possível observar que, os profissionais que apresentavam faixa salarial maior que R\$

4000,00 eram mais satisfeitos que aqueles que apresentavam faixa salarial menor que R\$ 3000,00. Assim, os profissionais que acreditam receber baixos salários podem ter a percepção de que não possuem oportunidades e a devida valorização, o que pode gerar menor comprometimento com o trabalho (MELO et al., 2014).

De acordo com a Tabela 2, a região Central da cidade de Curitiba/PR, denominada Distrito Sanitário Matriz (DSMZ), foi a que apresentou maior número de profissionais (n = 7; 16,28%), seguida da região Leste (n = 6; 13,95%), denominada Distrito Sanitário Boqueirão (DSBQ). O que indica a existência de uma distribuição territorial desigual dos profissionais no município, a qual pode ser explicada pela equivalente distribuição desproporcional dos estabelecimentos comerciais que ocorrem entre os Distritos Sanitários (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do número de profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação conforme Nº de habitantes, nº de estabelecimentos e nº de bairros dos Distritos Sanitários de Curitiba, Paraná, Brasil, 2015.

Distrito Sanitário (DS)	Nº hab*	Nº estab*	Nº bairros*	% estab ComServ*	Nº profalim*	Prof/Hab**	Prof/Estab**	Prof/Bairro**
Matriz	145433	64408	18	91,37	7	20776	9201	0,4
Portão	243506	28944	11	87,4	5	48701	5789	0,5
Boqueirão	197346	20779	4	82,5	6	32891	3463	1,5
Boa Vista	248698	20447	13	85,93	5	49740	4089	0,4
Cajuru	215203	15728	5	84,45	4	53801	3932	0,8
Santa Felicidade	155794	14538	14	84,64	3	51931	4846	0,2
Pinheirinho	168425	10275	5	82,2	4	42106	2569	0,8
CIC	171480	8395	4	77,14	4	42870	2099	1,0
Bairro Novo	145433	7116	3	81,1	5	29087	1423	1,7

FONTE: a autora (2015)

* Nº hab= número de habitantes do DS (CURITIBA, 2013); Nº estab = número de estabelecimento comerciais cadastrados no DS (CURITIBA, 2013); Nº bairros = número de bairros que compõem o DS (CURITIBA, 2013); % estabComServ = % de estabelecimento comerciais classificados como comércio e serviços (CURITIBA, 2013); Nº profalim = número de profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação no DS que participaram da pesquisa; ** Valores calculados considerando o total de profissionais que participaram da pesquisa por Distrito Sanitário, o número de habitantes, o número de estabelecimentos e os bairros por Distrito Sanitário, **Prof/Hab = número de profissionais por habitantes; **Prof/Estab = número de profissionais por estabelecimento; **Prof/Bairro = número de profissionais por bairro.

Conforme as informações do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) (CURITIBA, 2013), a Regional Matriz abrange 18 bairros, possui 64.408 estabelecimentos comerciais, dos quais 91,37%

desenvolvem atividades de comércio e serviços, entre estes os Serviços de Alimentação. Já a Regional do Boqueirão, abrange 4 bairros e possui 20.779 estabelecimentos comerciais, dos quais 82,5% desenvolvem atividades de comércio e serviços (CURITIBA, 2013).

A variação dos estabelecimentos comerciais entre os Distritos Sanitários, pode ser explicada pelas questões de divisão territorial e geográfica das Regionais, e também pelo tipo de colonização dos diversos bairros de Curitiba (ex: italianos no Distrito de Santa Felicidade - DSSF), bem como pelas suas formas de organização das atividades econômicas (ex: indústrias no Distrito do Boqueirão - DSBQ e no Distrito Cidade Industrial de Curitiba - DSCIC; comércio e serviços nos Distritos Matriz - DSMZ, Boa Vista - DSBV e Portão - DSPR) (CURITIBA, 2013).

Conforme Souza e Costa (2010) a organização do trabalho da Visa está diretamente relacionada ao grau de desenvolvimento tecnológico do segmento produtivo de bens e serviços presente no território. Assim, quanto maior esse desenvolvimento, como é o caso do Distrito Sanitário Matriz, com 64408 estabelecimentos comerciais cadastrados ou do Portão, com 28944 estabelecimentos comerciais cadastrados, mais se espera uma organização do trabalho, com elevado grau de complementaridade e interdependência entre os diversos processos de trabalho (Tabela 2).

Provavelmente essa discrepância entre o número de estabelecimentos comerciais na Regional Matriz e as demais regionais, pode gerar uma série de desafios relacionados ao processo de trabalho da equipe da Visa nesse Distrito Sanitário, como por exemplo e principalmente, uma grande demanda de solicitações de processos e denúncias e, conseqüentemente, dificuldades e atrasos em sua realização, interferindo na efetividade das inspeções sanitárias realizadas nos Serviços de Alimentação nesse local.

Assim, para que o quantitativo de profissionais possa atender às demandas relativas ao campo de atuação da Visa, é necessário que a gestão de recursos humanos do município e de cada distrito sanitário conheça seu território, atenda as características da população, seu perfil produtivo e epidemiológico, sua diversidade sociocultural e organização político-econômica, para garantir o desenvolvimento de ações de Visa condizentes com a realidade local e com equipes adequadas em número e perfil, a essa realidade.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes ao perfil educacional e de formação dos profissionais. Constatou-se que 83,33% dos profissionais relataram não trabalhar na área de alimentos antes de iniciar o trabalho nas equipes de inspeção da Visa.

O fato da maioria dos profissionais não possuir nenhuma experiência anterior na área de alimentos, o que pode indicar um certo despreparo e inexperiência para a área de alimentos e de Vigilância Sanitária, visto que o profissional deve ter habilidade de realizar a inspeção, identificar potenciais riscos sanitários, compreender as legislações vigentes, suas obrigações e responsabilidades com os Serviços de Alimentação e a população (LAIKKO-ROTTA et al., 2015).

Tabela 3. Perfil educacional e formação dos profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação de Curitiba - PR, Brasil, 2015

Trabalhou na área de alimentos antes da Visa?	N	%	Habilidades em informática	N	%
Sim	7	16,67	Sim	40	95,24
Não	35	83,33	Não	2	4,76
Língua Inglesa	N	%	Formação Atual	N	%
Avançado	2	4,65	Médio/Técnico	8	18,61
Básico	22	51,16	Superior	7	16,28
Intermediário	6	13,95	Especialização	24	55,81
Não	13	30,23	Mestrado	4	9,30
Língua Espanhola	N	%	Realizou Curso na área de Visa	N	%
Avançado	1	2,33	No último ano	21	48,84
Básico	18	41,86	Há 2 anos	7	16,28
Intermediário	6	13,95	Há mais de 2 anos	8	18,60
Não	18	41,86	Nunca participou	7	16,28
Estuda atualmente?	N	%	Capacitação em Serviço	N	%
Sim	19	44,19	Sim	14	33,33
Não	24	55,81	Não	28	66,67

FONTE: a autora (2015).

LEGENDA: N= Número de profissionais que responderam o formulário; % = percentual de profissionais que responderam ao formulário

As ações de Visa são diversificadas e complexas, em especial na área de alimentos, exigindo, dessa forma, conhecimentos amplos para sua efetiva execução, os quais dependem do saber construído pelas pessoas que a compõem (BRASIL, 2005). Para tanto, torna-se necessário investir na formação

desses profissionais, além de promover contínuo processo de educação permanente aos demais profissionais de saúde e gestores do SUS, incluindo a temática da Visa (FERNANDES; VILELA, 2014). Nesse sentido, oferecer capacitação imediatamente após a nomeação, além de um processo de seleção mais especializado para profissionais que venham a desempenhar esse tipo de atividade tão específica, torna-se uma ferramenta imprescindível.

Outra questão observada na Tabela 3 é que a maioria dos profissionais atuantes na Visa possui nível superior (81,39%). Isso demonstra uma qualificação das equipes na questão da formação, porém, de acordo com Oliveira e Dalari (2015) “ o exercício profissional de vigilância sanitária implica em informação e conhecimento científico atualizado, requer saberes específicos de vários ramos do conhecimento, não incluídos, inclusive, nos cursos de graduação em saúde ou nas outras profissões que também atuam na vigilância sanitária”. Nesse sentido, a capacitação desses profissionais “deve adotar estratégias de ensino-aprendizagem complexas, que permitam uma maior reflexão e a participação dos profissionais, tendo como base suas experiências concretas” (OLIVEIRA E DALLARI, 2015 p.2564).

Por outro lado, existem 18,61% de profissionais de nível médio trabalhando na Visa, o que pode indicar a ausência de planos de cargos e carreira, de funções adequadas a esse grupo, de processos de capacitação; ou até o não reconhecimento dessa categoria profissional no trabalho em Visa (BRASIL, 2005). Ainda assim, considerando que a natureza dos objetos de trabalho da Visa é múltipla, a contribuição dos saberes de vários campos disciplinares é necessária, e condiz com a atuação de equipes multiprofissionais, indicando uma certa coerência com a natureza complexa do trabalho na Visa (SOUZA; COSTA, 2010).

Sobre o conhecimento de línguas estrangeiras, 69,77% afirmaram ter compreensão da língua inglesa e 58,14% da língua espanhola, com predomínio do nível básico em ambas e 95,24% afirmaram ter habilidades com informática. Além disso, 55,81% possuem especialização; 9,30% apresentam mestrado e 48,84% realizou algum curso na área de Visa no último ano (Tabela 3). Esses resultados demonstram que, de maneira geral, as equipes de inspeção estão em um bom processo de qualificação, no que diz respeito ao conhecimento de outros idiomas e da informática.

Isso é fundamental para o desenvolvimento do serviço de Visa, em função dos avanços tecnológicos, principalmente para a área de alimentos. Assim, espera-se que esses profissionais desempenhem um papel importante no preparo das equipes locais, realizando capacitação em serviço, de acordo com a realidade local, potencializando cursos que abordassem a multiplicidade dos temas específicos da área, adequados à realidade do território.

Entretanto, vale ressaltar que 55,81% dos profissionais afirmou não estar estudando atualmente e 66,67% não recebeu capacitação em serviço (Tabela 3), demonstrando que a educação permanente e frequente ainda é um desafio. Isso indica uma necessidade constante de formação/capacitação desses profissionais na área de alimentos, especialmente nas etapas consideradas de maior risco de desenvolvimento de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) (armazenamento, processamento e distribuição), em diferentes tipos de produção de alimentos.

Profissionais capacitados sentem-se muito mais familiarizados e seguros diante dos diferentes processos de produção de alimentos, o que aumenta a eficácia dos controles e a qualidade da inspeção. Além disso, essa segurança durante as inspeções torna as orientações mais claras e de fácil compreensão, o que aumenta a confiança dos proprietários nas equipes de inspeção, no sentido de estabelecer uma relação positiva de trocas de informações, de melhor aceitação das não conformidades, e uma maior compreensão dos riscos que envolvem a segurança alimentar (NEVAS; KALENIUS; LUNDÉN, 2013).

Caso os profissionais não estejam familiarizados com os processos de produção e com as legislações vigentes, eles podem dar informações equivocadas e gerar dificuldades econômicas aos proprietários dos estabelecimentos para corrigir as não conformidades detectadas; dificuldades de entendimento dos riscos associados a esses processos e da relevância de corrigi-los, além de uma relação de insatisfação com as equipes de inspeção (NEVAS; KALENIUS; LUNDÉN, 2013).

A Tabela 4 demonstra os resultados referentes à formação dos profissionais que compõem as equipes de inspeção, sendo que a maioria dos de nível superior apresentava formação em Medicina Veterinária (20,75%) e Nutrição (18,87%) (Tabela 4). Esses profissionais possuem, respectivamente, legislação federal (BRASIL, 1969) e Resolução de seu conselho de classe

(CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005), que definem suas atribuições a serem realizadas conforme campos de atuação, entre eles, o da vigilância sanitária.

Tabela 4. Formação dos profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação de Curitiba, PR, Brasil, 2015.

Profissão	DS BN	DS BQ	DS BV	DS CIC	DS CJ	DS MZ	DS PR	DS PN	DS SF	Total	%
Médico Veterinário	0	2	1	0	1	4	1	1	1	11	20,75
Nutricionista	1	0	1	2	1	3	1	0	0	9	18,87
Auxiliar de enfermagem	2	1	1	2	0	0	1	2	0	9	16,98
Enfermeiro	1	2	1	0	0	0	1	1	1	7	16,98
Odontólogo	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	11,32
Técnico em Saneamento	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5,66
Auxiliar de Saúde Bucal	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	3,77
Farmacêutico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,89
Bióloga	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,89
Técnico em Higiene Bucal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,89
Total	5	6	5	4	4	7	5	4	3	43	100,00

LEGENDA: DSBN = Distrito Sanitário Bairro Novo; DSBQ = Distrito Sanitário Boqueirão; DSBV = Distrito Sanitário Boa Vista; DSCIC = Distrito Sanitário Cidade Industrial de Curitiba; DSCJ = Distrito Sanitário Cajuru; DSMZ = Distrito Sanitário Matriz; DSPN = Distrito Sanitário Pinheirinho; DSPR = Distrito Sanitário Portão; DSSF = Distrito Sanitário Santa Felicidade.

A formação profissional tem um papel importante tanto no fornecimento e entendimento das competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho, como para garantir que os controles sejam realizados de forma consistente (LAIKKO-ROTTA et al., 2015). Por se tratar de uma equipe da área de alimentos, espera-se que possua profissionais habilitados, com competências, formação e especialização nessa área, como constatado nesse estudo. Entende-se por competência a capacidade de agir de maneira eficaz diante de uma determinada situação, apoiada em conhecimentos específicos (ALVES; MARTINEZ, 2016). Porém, observa-se na Tabela 4 que existem profissionais de outras áreas, com formações diferentes, que estão assumindo essa responsabilidade, levando ao questionamento se esses fatores não contribuem com as dificuldades encontradas para adequar as ações de Visa na área de alimentos.

A Tabela 5 apresenta os resultados referentes aos procedimentos e processos de trabalho adotados pelos profissionais das equipes de inspeção.

Tabela 5. Procedimentos e processos de trabalho adotados pelos profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação de Curitiba - PR, Brasil, 2015

Planejamento das ações de saúde	N	%	Dificuldade redigir relatórios	N	%
Sim	13	30,23	Sim	5	11,90
Não	30	69,77	Não	37	88,10
Conhece as metas de Saúde	N	%	Uso de equipamentos		
Sim	20	48,78	Sim	37	88,10
Não	21	51,22	Não	5	11,90
Informações que usa	N	%	Equipamento é importante		
Simivisa	39	98,86	Sim	38	90,48
Nenhuma	2	4,76	Não	4	9,52
Outros	1	2,38	Condições adequadas de trabalho		
Trabalha com outro setor	N	%	Sim	6	14,29
Sim	32	76,19	Não	36	85,71
Não	10	23,81	Exposto a algum risco?		
De que maneira?			Sim	41	97,62
Planejada	10	23,81	Não	1	2,38
Emergencial	32	76,19	É necessário padronizar ações?		
Nº de processos			Sim	41	95,35
< 20	12	28,57	Não	2	4,65
20 a 40	8	19,05	O papel que exerce é importante?		
40 a 60	6	14,29	Sim	42	97,67
60 a 80	3	7,14	Não	1	2,33
> 80	13	30,95	Relação de satisfação com o trabalho		
Uso de roteiros			Satisfeito	28	65,12
Sim	30	71,43	Insatisfeito	15	34,88
Não	12	28,57			
Dificuldade com roteiros					
Sim	9	21,43			
Não	33	78,57			

Fonte: a autora (2015).

LEGENDA: N= Número de profissionais que responderam o formulário; % = percentual de profissionais que responderam ao formulário

Quando questionados se conheciam as metas de saúde da sua área de abrangência (Tabela 5), 51,22% dos profissionais relataram que conheciam. O conhecimento das metas é fundamental para o desenvolvimento de ações estratégicas de gestão do risco sanitário, tais como o monitoramento das condições higiênico-sanitárias de estabelecimentos e a qualidade dos produtos

ofertados, a investigação de surtos e o controle de doenças cujos fatores determinantes estejam em seu campo de atuação (LUCENA, 2015).

Porém, 69,77% afirmaram não planejar as ações de saúde e 98,86% usavam somente as informações disponíveis no Simivisa para realizar suas atividades. O Simivisa compõe um banco de dados referente às informações de diversos Serviços de Alimentação registrados, no qual é possível acompanhar o perfil sanitário destes, as medidas administrativas tomadas, entre outras.

Além disso, 76,19% informaram trabalhar com outro setor, como por exemplo a Vigilância Epidemiológica, a Secretaria de Urbanismo, para auxiliar na resolutividade das inspeções, pois, muitas vezes a ação exclusiva da Vigilância Sanitária torna-se ineficaz e insuficiente frente a determinados problemas de Saúde a serem enfrentados, como por exemplo nas investigações dos casos de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos, em casos de estabelecimentos clandestinos, entre outras situações. Porém, essas ações intersetoriais ocorriam, em sua maioria, de maneira emergencial.

As ações de Visa devem ser planejadas, com base no conhecimento dos principais riscos do território, especialmente em estabelecimentos que apresentaram muitas irregularidades e/ou não conformidades mais críticas (LAIKKO-ROTTO et al., 2015). Nesse sentido, o fato dos profissionais não planejarem suas ações e trabalharem com outros setores de maneira emergencial, sugere que existe uma reversão do papel da Visa; que deveria ser baseado em ações planejadas, pensando na prevenção e promoção da saúde, aliando-se a outros setores, como a Educação, a Ação Social, o Abastecimento, o Urbanismo, entre outras, para potencializar a solução dos problemas. Porém, é realizado de maneira emergencial, pontual, usando apenas uma fonte de informação (Simivisa), sem considerar os riscos sanitários do território, de forma ampla.

Diante disso, torna-se importante planejar e programar as ações de Visa, pois isso permite uma melhor organização e otimização do trabalho, mais foco nos reais problemas sanitários e esforço dirigido, gerando maior auto estima e motivação para a equipe. Além disso, o uso de sistemas de informação que garantam o armazenamento contínuo dos dados, como o Simivisa, são importantes, mas o gerenciamento contínuo e o uso de softwares modernos que

agilizem os processos de trabalho serão ainda mais úteis e válidos para todo o trabalho da equipe (SOTO et al., 2009).

O uso de indicadores operacionais e epidemiológicos foi uma prática adotada desde a criação do SUS. É fundamental o seu conhecimento e utilização para propor metas, avaliar a situação de Saúde de um território, garantir a organização e o financiamento das ações e dos serviços de saúde, e a integralidade da assistência à saúde dos usuários. Essa ausência de indicadores que expressem a efetividade de suas ações, só reforçam a noção de que a prática da VISA é centrada apenas no controle, sendo muitas vezes vista como alheia ao conceito de vigilância e proteção à saúde pública e não ligada ao SUS (LUCENA, 2015).

Um dos setores mais citados de desenvolvimento de trabalho intersectorial foi o da Vigilância Epidemiológica. A interface entre Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, assim como com a assistência à saúde apresenta grande relevância, pois compartilhando seus saberes e tecnologias são maiores as possibilidades de alcance de seus objetivos em prol da saúde e qualidade de vida da população (FERNANDES; VILELA, 2014).

Segundo Costa (2008) existe um debate sobre as perspectivas de mudança do modelo assistencial em saúde, enfocando diferentes concepções de vigilância da saúde e seu potencial como proposta de integração das ações de promoção e proteção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, entende-se que a saúde não depende somente do setor saúde, mas também de ações intersectoriais que contemplem uma concepção ampliada de VISA e fomentem a atuação conjunta dos profissionais de saúde e outros atores importantes no processo de saúde-doença, compartilhando diferentes saberes e co-responsabilizando todos pela saúde da coletividade (COSTA, 2008).

A dificuldade na integração dessas práticas pode estar relacionada com o desconhecimento dos gestores quanto ao papel da VISA, à falta de clareza dos profissionais e gestores da saúde sobre a importância das ações de VISA para a saúde coletiva, ao seu papel na promoção e prevenção de riscos à saúde da coletividade, à identificação das mesmas como sendo apenas práticas fiscalizatórias; a entendimentos que uma área não depende da outra; por nunca terem pensado na possibilidade do trabalho integrado; e pela falta de apresentação de uma área à outra (SOUZA; COSTA, 2010).

A maioria dos entrevistados (69,05%) possuía menos de 80 processos sob sua responsabilidade, variando de menos de 20 até 80 processos. Porém, 30,95% possuía mais de 80 processos sob sua responsabilidade registrados no sistema (Tabela 5), um volume alto de estabelecimentos a serem inspecionados ou em processo de inspeção, para que um único profissional consiga concluir seu trabalho em tempo hábil, conforme o recomendado pela legislação municipal (até 30 dias úteis) (CURITIBA, 2004).

Não houve uma regulamentação das competências e atribuições de estados e municípios no que diz respeito à vigilância sanitária, houve apenas a transferência de tarefas para os municípios, sem o devido debate e formulação de novas propostas de reorganização das suas ações. Esse entendimento, portanto, não foi definido, ou fica a cargo das normativas/estatuto de cada município (LUCENA, 2015).

Nesse sentido, com relação à execução do trabalho dos profissionais da Visa em relação ao número de processos sob responsabilidade, o que se observa é que existem fatores como as características dos locais, legislações a serem consideradas, dificuldades a que está exposto o profissional em seu ambiente de trabalho, entre outras questões, que podem interferir no resultado desses processos. Com isso, acredita-se que o número de processos deveria variar de acordo com o tamanho da unidade de trabalho, suas demandas e seu perfil de território, porém, observando os resultados da Tabela 5 referentes ao número de processos sob responsabilidade de cada técnico, e as desproporcionalidades entre número de estabelecimentos, número de habitantes, número de bairros e número de profissionais demonstradas na Tabela 2, parece que esses itens não são considerados.

Para realizar as inspeções, 71,43% dos profissionais admitiram que utilizavam roteiros e 78,57% não apresentavam dificuldades na sua utilização (Tabela 5). Os roteiros são ferramentas importantes para reforçar a coerência da inspeção, a eficácia dos controles, reduzir o tempo e aumentar a qualidade da inspeção (LAIKKO-ROTTA et al., 2015); tanto que, ao serem questionados sobre a necessidade de padronizar as ações da Visa no município, a maioria (95,35%) dos profissionais relataram sentir essa necessidade (Tabela 5), alegando que o mesmo poderia garantir maior uniformidade, respaldo e segurança entre os Distritos Sanitários. Porém, como as diferenças territoriais, sociais e

econômicas, bem como a visão dos profissionais também são diferentes para cada situação, existe a necessidade de melhorar a comunicação entre eles, entre os Distritos e com as Secretarias, além de investir em capacitação e treinamento em serviço para que isso realmente funcione.

Segundo Fernandes e Vilela (2014) os gestores de Visa reconhecem que ocorrem, em sua maioria, ações educativas e de gerenciamento de risco em suas práticas cotidianas, porém, como existem lacunas na quantidade e na qualidade da formação dos profissionais que compõem as equipes, isso pode explicar a dificuldade de padronização/uniformização das ações, além da preponderância do caráter fiscalizatório em detrimento do caráter educativo e pedagógico da Visa.

Nesse estudo, quando avaliada a associação entre as variáveis tempo de serviço e uso de roteiros, e uso de roteiros e padronização das ações, não houve associação estatística significativa entre elas ($p > 0,05$). Entretanto, foi possível observar que, apesar da maioria dos profissionais utilizar os roteiros, quem tinha menor tempo de serviço, ou seja até 5 anos, usava mais os roteiros do que aqueles com maior tempo de serviço. Outra associação pesquisada foram as variáveis tempo de serviço e dificuldades em redigir relatórios de inspeção. Apesar de não apresentar associação estatística ($p > 0,05$), foi possível observar que o grupo que apresentou mais dificuldade foi o que tinha menor tempo de serviço (até 5 anos); essa dificuldade pode estar associada à inexperiência, em função do pouco tempo de serviço ou ao fato de possuírem muitos processos/excesso de locais a serem inspecionados, dificultando o entendimento e o bom andamento do processo.

Percebe-se, assim, que o uso de roteiros e relatórios parece ser uma prática bem estabelecida, porém o uso eficiente de roteiros pelos profissionais da Visa não resulta, necessariamente, em garantir condições higiênico-sanitárias adequadas nos estabelecimentos (RODRIGUES; SALAY, 2012; DA CUNHA; STEDEFELDT; ROSSO, 2014; CORTESE et al., 2016). Isso demonstra que talvez ainda existam dificuldades em aplica-los e sinaliza uma necessidade de revisão e aprimoramento das técnicas de inspeção sanitária; além de um maior entendimento e co-responsabilização dos Serviços de Alimentação.

Os resultados indicaram também que as inspeções guardam um caráter subjetivo, dependente da visão e do perfil dos profissionais, o que resulta em

diferentes processos de trabalho e tomadas de decisão. Portanto, é preciso avançar na adoção de modelos de inspeção que incorporem as inovações tecnológicas atuais e que tornem as observações mais objetivas, reproduzíveis e verificáveis (BRASIL, 2005; SOUZA; COSTA, 2010).

Como parte do processo de inspeção, é fundamental o uso de equipamentos adequados, como máquinas fotográficas, veículos de transporte, e instrumentos para coleta de alimentos, tanto que 88,10% admitiu o seu uso e 90,48% afirmou que os mesmos são importantes para a realização da inspeção (Tabela 5).

Sendo assim, para desenvolver um trabalho adequado, o profissional da Visa deve conhecer as metas de saúde de sua área de abrangência e, com base nas informações disponíveis nos diversos sistemas e legislações vigentes, planejar suas ações. Dentro desse contexto, também é importante prever a participação de outros setores para auxiliar nesse processo, os equipamentos necessários e, se possível, mecanismos de padronização das ações. Tudo isso para tornar as inspeções ágeis, focadas nos reais riscos sanitários daquele território e na prevenção de situações de risco à saúde da população.

Quando questionados se apresentavam condições de trabalho condizentes com as ações desenvolvidas na Visa, 85,71% dos profissionais relatou não trabalhar em condições adequadas. De acordo com Lucena (2015), desde 2007, estão definidos pisos relacionados à estruturação e ao fortalecimento da gestão da Visa que incluem investimentos em instalações físicas, equipamentos, sistema de informações, atualização de legislações e capacitação de equipe técnica, os quais interferem diretamente nas condições de trabalho. Porém, com os dados da pesquisa, verifica-se que mesmo com os avanços no financiamento das ações de Visa, os problemas a serem enfrentados persistem, principalmente quanto à gestão estrutural e de pessoas.

Na Tabela 5, 97,61% afirma estar exposto a algum risco durante suas ações, como ameaça à integridade física, exposição a doenças, a substâncias perigosas e estresse. Esses dados devem ser cuidadosamente analisados, pois revelam que os profissionais da Visa, cuja função é proteger e promover a saúde da população, sentem-se vulneráveis e desprotegidos em seu ambiente e rotina de trabalho (SOUZA; COSTA, 2010).

Esses resultados encontrados em Curitiba-PR revelam parte das dificuldades vivenciadas pelos profissionais que trabalham na Vigilância Sanitária no Brasil, dentre as quais: espaço de trabalho inadequado ou insuficiente; equipamentos defasados, ausência de veículos ou transportes e de recursos para a realização das fiscalizações; sistemas de informação desatualizados e tecnologias de uso ultrapassadas; organização administrativa deficiente; códigos sanitários desatualizados e ausência de suporte laboratorial (LUCCHESI, 2010; MELO et al., 2014; LUCENA, 2015).

Dessa forma, recursos humanos insuficientes, aliados à falta de habilidade das chefias das unidades de reconhecer problemas no espaço de trabalho, além de atmosfera de trabalho desfavorável e de uma organização de trabalho inadequada, pode impactar na capacidade funcional dos profissionais, refletindo em seu processo de trabalho e nas inspeções sanitárias. Isso pode resultar em uma adequação tardia por parte dos proprietários de Serviços de Alimentação, frente aos controles oficiais de alimentos, expondo ao risco a saúde da população (LAIKKO-ROTO et al., 2016).

O Censo dos Trabalhadores da Visa realizado há mais de dez anos em todo Brasil, já apontava uma série de dificuldades e desafios enfrentados pelas equipes de Visa no que diz respeito a deficiências de infraestrutura, recursos materiais e recursos humanos, demonstrando que havia um longo caminho a ser percorrido para o aprimoramento dos serviços prestados pela Visa, em especial no que dizia respeito à ausência de políticas de formação e capacitação aos trabalhadores do setor (BRASIL, 2005).

Conforme apontam os resultados desse estudo, essas questões não avançaram muito nesses anos, demonstrando haver ainda um grande processo para valorizar esses profissionais e as ações desenvolvidas, sendo que o desafio se coloca ainda maior diante do atual cenário social, político e econômico. Nesse contexto, o trabalho da Visa como prática social situada nas atividades regulatórias do Estado, parece ter seu foco muito mais voltado à reprodução e ampliação do capital, do que assegurar a proteção da Saúde Coletiva (SOUZA; COSTA, 2010).

Na Tabela 5, observa-se ainda que 97,67% dos entrevistados acreditam que o papel que exercem é importante, pois está diretamente relacionado à prevenção de riscos à saúde pública e por ser uma área que elementos tão fortes

de responsabilidade social. Entretanto, relatam que se sentem pouco valorizados e que não existem indicadores que avaliem o real impacto da atuação da Visa para a proteção da saúde da população, dificultando sua visibilidade. Sobre visibilidade, as ações de Visa do município não são divulgadas para a população, situação que dificulta ainda mais o seu reconhecimento como um ato de proteção à saúde. Apesar dessa informação, de acordo com o Relatório de atividades da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009), desde 2008, houve um aumento do volume de recursos financeiros destinados ao setor e o acompanhamento de sua execução pela Anvisa, indicando uma maior visibilidade da vigilância sanitária na gestão de saúde e uma amplitude nas ações desenvolvidas (LUCENA, 2015). Mesmo diante das dificuldades apontadas, a maioria dos profissionais (65,12%) (Tabela 5) respondeu que tem uma relação de satisfação com o trabalho desenvolvido junto à população.

Conclusão

Os profissionais que realizam inspeções em Serviços de Alimentação de Curitiba – PR são, em sua maioria, mulheres, com formação e qualificação voltada para a área de alimentos. Porém, a distribuição desigual dessas profissionais no município, o pouco tempo de serviço, as disparidades salariais, e a ausência de uma política de capacitação e formação profissional frequente voltada à área de Visa, aliadas a inadequadas condições de trabalho e falta de visibilidade das atividades desenvolvidas, resulta em processos de trabalho diferentes e parece gerar desmotivação e descrédito dos mesmos com o serviço, contribuindo ainda mais com a desvalorização das ações desses trabalhadores, bem como o não reconhecimento de sua importância perante a sociedade e o próprio Setor Saúde.

Limitações do estudo

O estudo foi realizado somente com profissionais da Visa da área de alimentos. Sugere-se que em estudos posteriores sejam incluídos todos os profissionais da Visa e a realização de pesquisas qualitativas com a população

estudada, para que seja viável o entendimento de suas percepções sobre o processo de trabalho.

Referências

ALVES, C.G.L.; MARTINEZ, M.R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**. v.20. p.159-69, 2016.

ALVES, M.G.; UENO, M. Restaurantes *self service*: segurança e qualidade sanitária dos alimentos servidos. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.23, n.4, p.573-580, 2010.

ARAUJO, D.G.; MELO, M.B.; BRANT, L.; VIANA, F.C.; SANTOS, M.A. Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.4, p.1154-1166, 2013.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 64.704 de 17 de junho de 1969**. Aprova o Regulamento do exercício da profissão de médico veterinário e dos Conselhos de Medicina Veterinária. Brasília, DF, 1969.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15/04/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 216 de 15 de setembro de 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Censo Nacional dos Trabalhadores da Visa 2004** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório de atividades 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2009.

CHOUDHURY, M.; MAHANTA, L.B.; GOSWAMI, J.S.; MAZUMDER, M.D. Will capacity building training interventions given to street food vendors give us safer food? : A cross-sectional study from India. **Food Control**. v.22, p.1233-1239, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN 380/2005, de 28 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 2005.

CORTESE, R.D.M.; VEIROS, M.B.; FELDMAN, C.; CAVALLI, S.B. Food safety and hygiene practices of vendors during the chain of street food production in Florianópolis, Brazil: A cross-sectional study. **Food Control**, v.62, p.178-186, 2016.

COSTA E.A. (org). **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EdUFBA, 2008. 180 p.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. CÓDIGO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Lei nº 9000/96**. Institui o Código de Saúde de Curitiba, dispõe sobre a proteção à saúde no âmbito do Município e dá outras providências. Curitiba, 2004.

CURITIBA. INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC). Indicadores. **Retrato das Regionais**. Curitiba, 2013. Disponível em: < <http://www.ippuc.org.br>>. Acesso em: out/ 2015.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. VIGILÂNCIA. Centro de Vigilância do Risco Sanitário. Informações Gerais. **VISA Curitiba**. Disponível em:<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/sanitaria/informacoes-gerais/visa-curitiba>>. Acesso em: jun a out/2015.

DA CUNHA, D.T.; OLIVEIRA, A.B.A.; SACCOL, A.L.F.; TONDO, E.C.; JUNIOR, E.A.S.; GINANI, V.C.; MONTESANO, F.T.; CASTRO, A.K.F.; STEDEFELDT, E. Food safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: Development and reliability assessment of the official evaluation instrument. **Food Research International**. v. 57, p. 95–103, 2014.

DA CUNHA, D.T.; STEDEFELDT; E.; ROSSO, V.V. The role of theoretical food safety training on Brazilian food handlers' knowledge, attitude and practice. **Food Control**. v.43, 167-174, 2014.

DIEESE. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Salário Mínimo**. Disponível em: < <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.htm>> Acesso em: Maio/2016.

FERNANDES R.Z.S.; VILELA, M.F.G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19. p. 4457-4466, 2014.

HARRIS, K.J.; DIPIETRO, R.B.; MURPHY, K.S.; RIVERA, G. Critical food safety violations in Florida: Relationship to location chain vs non-chain restaurants. **International Journal of Hospitality Management**. v.38, p.57-64, 2014.

LAIKKO-ROTO, T; MAKELA, S.; LUNDÉN, J.; HEIKKILA, J.; NEVAS, M. Consistency in inspection processes of food control officials and efficacy of official controls in restaurants in Finland. **Food Control**. v.57, p.341-350, 2015.

LAIKKO-ROTO, T; LUNDÉN, J.; HEIKKIL, J.; NEVAS, M. Pre requisites for effective official food control. **Food Control**. v.61, p.172-179, 2016.

LUCHESE, G. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da Vigilância Sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**. Debatedores, v. 15, p.3318-3320, 2010.

LUCENA, R.C.B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Revista de Administração Pública**. v.49, p.1107-1120, 2015.

MARINS, B.M; ARAUJO, I.S. Materiais educativos de vigilâncias sanitárias: perfil de produção e circulação no tema dos alimentos. **Trabalho Educação e Saúde**, v.1, p.137-154, 2016.

MEDEIROS, C.A.F.; ENDERS, W.T. Comprometimento organizacional e características pessoais: como são os comprometidos e os descomprometidos com a organização. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 8, n. 5, set.-out.

MELO, M.A.S.; BEZERRA, J.C.B; COLETA, M.F.D.; PUENTE-PALACIOS, K.E.; COLETA, J.A.; BEZERRA, A.L.Q. Comprometimento Organizacional de Trabalhadores da Vigilância Sanitária em Municípios do Estado de Goiás. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 655-677, set./dez., 2014.

MOREIRA E.M.M.; COSTA, E.A. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.15(Supl. 3). p.3381-3391, 2010.

NEVAS M.; KALENIUS S.; LUNDÉN J. Significance of official food control in food safety: Food business operators' perceptions. **Food Control**. v.31, p.59-64, 2013.

OLIVEIRA A.M.C.; DALLARI S.G. Representações sociais dos conselheiros municipais de saúde sobre a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, p.2559-2568, 2015.

PORTO ALEGRE. SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Manual de Processo Administrativo Sanitário**. 2ª ed. Revisada e atualizada. Porto Alegre, 2010.

RODRIGUES, K.R.M.; SALAY, E.. Food safety control practices in in-house and outsourced foodservices and fresh vegetable suppliers. **Food Control**. v.25, p.767-772, 2012.

SOTO, F.R.M.; CAZZOLA, C.P.B.; OLIVEIRA, E.; SAKAGUTI, E.H.; BERNARDI, F.; LÚCIO, D.; YAMASHITA, N.; CAMARGO, S.R.; BALIAN, S.C. Aplicação experimental de um modelo de conduta de inspeção sanitária no comércio

varejista de alimentos. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, v.29, p. 371-374, 2009.

SOUZA G.S; COSTA, E.A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p.3329-3340, 2010.

4. CONCLUSÕES GERAIS

A avaliação dos Serviços de Alimentação demonstrou que existe uma predominância de registros nos segmentos de Restaurantes e similares; Lanchonetes, casas de chás, de sucos e similares; e Minimercados, Supermercados e Hipermercados. Porém, apesar do número expressivo de registros, estes estão aquém do quantitativo de estabelecimentos registrados no município, demonstrando uma necessidade de reavaliar os processos de trabalho, no sentido de atingir mais Serviços de Alimentação e de maneira mais efetiva.

Além disso, a maioria deles se apresentava em condições higiênico-sanitárias inadequadas, na qual as principais irregularidades foram as relacionadas aos procedimentos e processos de trabalho; à estrutura física e às condições higiênico-sanitárias. Com relação aos Procedimentos e Processos de Trabalho, os critérios mais observados durante as inspeções e registrados no sistema não priorizavam água, temperatura, contaminação cruzada e matéria-prima, conforme as principais recomendações a respeito de risco sanitário, mas sim alguns aspectos relacionados ao produto final (identificação do produto, validade, armazenamento). O que, por um lado é positivo, pois revela uma certa evolução na avaliação dos profissionais da Visa no momento da inspeção em não se ater a critérios menos relevantes, como estrutura física por exemplo; porém, por outro lado, ainda parece haver necessidade de capacitação dos mesmos em priorização de critérios de risco relacionados ao processo de produção e manipulação do alimento em si.

O principal processo de trabalho adotado pela Visa de Curitiba são as inspeções sanitárias e as medidas administrativas adotadas após sua realização. Foi realizado um número considerável de inspeções no período estudado, principalmente nos restaurantes e similares, seguido de minimercados, supermercados e hipermercados, e das lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares; e um decréscimo nas inspeções em padarias. Entende-se, então, que esse número de inspeções provavelmente não atende à demanda do município, indicando que pode haver dificuldades das equipes para exercer seu trabalho ou, que estratégias de ação, além das inspeções sanitárias

propriamente ditas, poderiam ser adotadas para atingir o maior número de estabelecimentos possíveis e, assim reforçar a importância do trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária com comunidade e com os Serviços de Alimentação.

Os principais motivos de realização das inspeções foram solicitações dos Serviços de Alimentação, seguidas de denúncias do cidadão e por último, inspeções programadas pelas equipes, demonstrando um perfil mais emergencial do processo de trabalho.

As Medidas Educativas prevaleceram sobre as Medidas Punitivas, levando ao questionamento sobre a visão da população da prevalência do papel exclusivamente punitivo da Visa. Porém, de maneira geral, existe um perfil crescente das Medidas Punitivas, sugerindo que pode haver uma reversão do objeto de trabalho da Visa, onde ações baseadas no risco sanitário podem ser substituídas por ações baseadas em demandas emergenciais.

Nesse contexto, parece que a finalidade de “promover e proteger a saúde da população”, afirmada na missão institucional da Visa de Curitiba, não tem apresentado estratégias consistentes de implementação que priorizem a efetividade das ações realizadas; ao contrário, focam em processos de trabalho e em metas que se preocupam em dar respostas mais ágeis ao setor produtivo do que à população em si.

Essa situação parece ter relação com a estratégia de trabalho de monitoramento adotada pelas equipes de inspeção do município que, parece ainda estar atrelada ao procedimento da inspeção em si e de responsabilização exclusiva, sem a incorporação dos conceitos de territorialização, planejamento e co-responsabilização.

O perfil dos profissionais que realizam inspeções na área de alimentos de Curitiba – PR revelou equipes com tendência à feminilização, com carga horária semanal de 30 horas e tempo de serviço de no máximo 5 anos. Apesar de apresentarem formação e qualificação voltada, em sua maioria, à área de alimentos, a distribuição desigual dessas profissionais no município, o pouco tempo de serviço, as disparidades salariais, e a ausência de uma política de capacitação e formação profissional frequente voltada à área de Visa, parece resultar em processos de trabalho diferentes, desmotivação no trabalho e insegurança para realizar as atividades. Todas essas dificuldades, aliadas a

precárias condições de trabalho, falta de visibilidade das atividades desenvolvidas, gera desmotivação e descrédito dos mesmos com o serviço, contribuindo ainda mais com a desvalorização das ações desses trabalhadores, bem como o não reconhecimento de sua importância perante a sociedade e o próprio Setor Saúde.

A análise desse panorama reforça a importância dos órgãos legisladores e das equipes de inspeção em reavaliar suas metas, estratégias e processos de trabalho, no sentido de construir um modelo de VISA que reconheça e valorize esses profissionais; priorize a segurança do alimento e previna os riscos à saúde, atendendo, dessa forma, às reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.M.; ANDRÉ, M.C.P.; CAMPOS, M.R.H.; DÍAZ, M.E.P. Hygienic, sanitary, physical and functional conditions of Brazilian public school food services. **Revista de Nutrição**. v. 27 n.3 p. 343-353, mai/jun, Campinas, 2014.

ALUKO, O.O.; OJEREMI, T.T.; OLALEKE, D.A.; AJIDAGBA, E.B. Evaluation of food safety and sanitary practices among food vendors at car parks in Ile Ife, southwestern Nigeria. **Food Control**. 40, p.165 – 171, 2014.

ALVES, C.G.L; MARTINEZ, M.R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**. v.20. p.159-69, 2016.

ALVES, M.G.; UENO, M. Restaurantes *self service*: segurança e qualidade sanitária dos alimentos servidos. **Revista de Nutrição**. Campinas, 23 (4):573:580, jul/ago, 2010.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Manual of the American Psychological Association**. 6th ed. Washington/DC, 2010.

ARAÚJO, D.G.; MELO, M.B.; BRANT, L.; VIANA, F.C.; SANTOS, M.A. Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.4, p.1154-1166, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTOS. ABIA. Publicações. O Mercado de *Food Service*. Disponível em: <<http://www.abia.org.br/cfs2014/mercado.aspx>> . Acesso em: 30/05/16.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REFEIÇÕES COLETIVAS. ABERC. Mercado Real. Disponível em: <<http://www.aberc.com.br/mercadoreal.asp?IDMenu=21>>. Acesso em: 30 de abril de 2014.

BALZARETTI, C.M.; MARZANO, M.A. Prevention Of travel-related foodborne diseases: Microbiological risk assessment of food handler and ready-to-eat foods in northern Italy airport restaurants. **Food Control**. v.2, january, 2013, p.202-207.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 64.704 de 17 de junho de 1969. Aprova o Regulamento do exercício da profissão de médico veterinário e dos Conselhos de Medicina Veterinária**. Brasília, DF, 1969.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15/04/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 216 de 15 de setembro de 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Censo Nacional dos Trabalhadores da Visa 2004** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório de atividades 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos**. Brasília: Ministério da Saúde/SVS, 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL E SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15/04/2015.

CHOUDHURY, M.; MAHANTA, L.B.; GOSWAMI, J.S.; MAZUMDER, M.D. Will capacity building training interventions given to street food vendors give us safer food?: A cross-sectional study from India. **Food Control**. v.22, august, p.1233-1239, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN 380/2005, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 28 Dez 2005.

CORTESE, R.D.M.; VEIROS, M.B.; FELDMAN, C.; CAVALLI, S.B. Food safety and hygiene practices of vendors during the chain of street food production in Florianópolis, Brazil: A cross-sectional study. **Food Control**. v. 62, p.178-186, 2016.

COSTA E.A. (org). **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EdUFBA, 2008. 180 p.

CURITIBA. SECRETARI MUNICIPAL DE SAÚDE. CÓDIGO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Lei nº 9000/96**. Institui o Código de Saúde de Curitiba, dispõe sobre a proteção à saúde no âmbito do Município e dá outras providências. Curitiba, PR. Curitiba, 2004.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Resolução nº12/2009 - SMS**. Dispõe sobre a relação das atividades econômicas de interesse, segundo a codificação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), cuja Licença Sanitária é obrigatória para funcionamento no Município de Curitiba, estabelecendo os respectivos prazos de validade do documento em função do risco sanitário e tipo de inspeção (DOM nº 76 de 06 de outubro de 2009) Curitiba, 2009a.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Lei nº 13254 de 19 de agosto de 2009**. Dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígenos no município de Curitiba. Curitiba, 2009b.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Resolução nº5/2010 - SMS**. Altera o Anexo da Resolução nº 009/2009-SMS, que relaciona as atividades econômicas de interesse à saúde, segundo a codificação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), que necessitam análise e avaliação prévia pela Vigilância Sanitária Municipal para instalação e início de funcionamento no Município de Curitiba. (D.O.M. nº 36 de 11 de maio de 2010) Curitiba, 2010.

CURITIBA. INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC). Indicadores 2013. **Retrato das Regionais**. Disponível em: < <http://www.ippuc.org.br>>. Acesso em: out, 2015.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. VIGILÂNCIA. Centro de Vigilância do Risco Sanitário. Informações Gerais. **VISA Curitiba**. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/sanitaria/informacoes-gerais/visa-curitiba>>. Acesso em: jun a out/2015.

DA CUNHA, D.T.; STEDEFELDT; E.; ROSSO, V.V. The role of theoretical food safety training on Brazilian food handlers' knowledge, attitude and practice. **Food Control**. v.43, Setembro, p. 167-174, 2014.

DA CUNHA, D.T.; OLIVEIRA, A.B.A.; SACCOL, A.L.F.; TONDO, E.C.; JUNIOR, E.A.S.; GINANI, V.C.; MONTESANO, F.T.; CASTRO, A.K.F.; STEDEFELDT, E. Food safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: Development and reliability assessment of the official evaluation instrument. **Food Research International**. v. 57, p. 95–103, 2014.

DIEESE. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Salário Mínimo**. Disponível em: < <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.htm>> Acesso em: Maio/2016.

DJEVIC, I; KUZMANOVIC, J; ANDELKOVIC, A.; SARACEVIC, M; STOJANOVIC; M.M.; TOMASEVIC,I. Effects os HACCP on hygiene process in different types of Serbian food establishments. **Food Control**. v.60, fevereiro, p131-137, 2016.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO – FIESP. Instituto de Tecnologia de Alimentos – ITAL. **Brasil Food Trends 2020**. FIESP/ITAL, São Paulo, 2010.

FERNANDES R.Z.S.; VILELA, M.F.G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19. p. 4457-4466, 2014.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **FDA Report on the occurrence of foodborne illness risk factors in selected institutional foodservice, restaurant and retail food store facility types. (2009)**. Disponível em: <www.fda.gov/downloads/food/FoodSafety/RetalisFoodRiskFactorStudies/UCM224682.pdf> . Acesso em: 16/03/16.

GANDHI, V.P.; ZHOU, Z. Food demand and the food security challenge with rapid economic growth in the emerging economies of India and China. **Food Research Internacional**. v.63, part. A, september, p.108-124, 2014.

GIMENO, S.G.A.; MONDINI, L. Transição Nutricional: Significado, Determinantes e Prognóstico. In **Nutrição em Saúde Pública**. Organizadores TADDEI, J.A.A.C.; LANG, R.M.F; LONGO-SILVA, G.; TOLONI, H.A. Org. Rio de Janeiro: Rubio, p.561-576, 2011.

HARRIS, K.J.; DIPIETRO, R.B.; MURPHY, K.S.; RIVERA, GL. Critical food safety violations in Florida: Relationship to location na chain vs non-chain restaurants. **International Journal of Hospitality Management**. v.38, p.57-64, 2014.

HARRIS, K.J.; MURPHY, K. S; DI PIETRO, R.B. & RIVERA, G.L. Food safety inspections results: A comparison of ethnic-operated restaurants to non-ethnic-operated restaurants. **International Journal of Hospitality Management** v.46, p. 190–199, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE): versão 2.0: subclasses para uso na administração pública**. Comissão Nacional de Classificação. Subcomissão Técnica para a CNAE – Subclasses. IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

ISARA, A.R.; ISAH, E.C.; LOFOR, P.V.O; OJIDE, C.K. Food contamination in fast food restaurants in Benin City, Edo State, Nigeria. **Public Health**. v.124, p.467-471, 2010.

JIANU, C.; GOLET, I. Knowledge of food safety and hygiene and personal hygiene practices among meat handlers operating in western Romania. **Food Control**. v.42, p.214- 221, 2014.

LAIKKO-ROTO, T.; NEVAS, M. Restaurant business operators' knowledge of food hygiene and their attitudes toward official food control affect the hygiene in their restaurants. **Food Control**. v.43, p. 65-73, 2014.

LAIKKO-ROTO, T.; MAKELA, S.; LUNDÉN, J.; HEIKKILA, J.; NEVAS, M. Consistency in inspection processes of food control officials and efficacy of official controls in restaurants in Finland. **Food Control**. v.57, November, p.341-350, 2015.

LAIKKO-ROTO, T.; LUNDÉN, J.; HEIKKIL, J.; NEVAS, M. Pre requisites for effective official food control. **Food Control**. v.61, p.172-179, 2016.

LOSITO, P.; VISCIANO, P.; GENUALDO, M.; CARDONE, G. Food supplier qualification by an Italian Large-scale Distributor: Auditing system and non-conformances. **Food Control**. v.22, 2047-2051, 2011.

LUCCHESI, G. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da Vigilância Sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**. Debatedores, v. 15 (Supl.3) p.3318-3320, 2010.

LUCENA, R.C.B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Revista de Administração Pública**. v.49, p.1107-1120, 2015.

MARINS, B.M.; ARAUJO, I.S. Materiais educativos de vigilâncias sanitárias: perfil de produção e circulação no tema dos alimentos. **Trabalho Educação e Saúde**, v.1, p.137-154, 2016.

MEDEIROS, C.A.F.; ENDERS, W.T. Comprometimento organizacional e características pessoais: como são os comprometidos e os descomprometidos com a organização. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 8, n. 5, 2002.

MEDEIROS, C.O.; CAVALLI, S.B.; PROENÇA, R.P.C. Human resources administration processes in commercial restaurants and food safety: The actions of administrators. **International Journal of Hospitality Management**. v.31, p.667-674, 2012.

MELO, M.A.S.; BEZERRA, J.C.B.; COLETA, M.F.D.; PUENTE-PALACIOS, K.E.; COLETA, J.A.; BEZERRA, A.L.Q. Comprometimento Organizacional de Trabalhadores da Vigilância Sanitária em Municípios do Estado de Goiás. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 655-677, 2014.

MOREIRA E.M.M.; COSTA, E.A. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.15(Supl. 3). p.3381-3391, 2010.

MURPHY, K.S.; DIPIETRO, K.B.; KOCK, G.; LEE, J.S. Does mandatory food safety training and certification for restaurant employees improve inspection outcomes? **International Journal of Hospitality Management**. v.30, p.150-156, 2011.

NEVAS M.; KALENIUS S.; LUNDÉN J. Significance of official food control in food safety: Food business operators' perceptions. **Food Control**. v.31, p.59-64, 2013.

OLIVEIRA A.M.C.; DALLARI S.G. Representações sociais dos conselheiros municipais de saúde sobre a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, p.2559-2568, 2015.

OLIVEIRA, A.B.A.; DA CUNHA, D.T.; STEDEFELFT, E.; CAPALONGA, R.; TONDO, E.C.; CARDOSO, M.R.I. Hygiene and good practices in school meals services: Organic matter on surfaces, microorganisms and health risks. **Food Control**. v.40,120-126, 2014.

PORTO ALEGRE. SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Manual de Processo Administrativo Sanitário**. 2ª ed. Revisada e atualizada. Porto Alegre, 2010.

POWELL, D.A.; ERDOZIAN, S.; DODD, C.; COSTA, R.; MORLEY, K.; CHAPMAN, B.J. Audits and inspections are never enough: A critique to enhance food safety. **Food Control**. v.30, 686-691, 2013.

RODRIGUES, K.R.M., SALAY, E. Food safety control practices in in-house and outsourced foodservices and fresh vegetable suppliers. **Food Control**, v.25, p.767-772, 2012.

SACCOL, A.L.F.; SERAFIM, A.L.; HECKTHEUER, L.H.R.; MEDEIROS, L.B.; SPINELLI, M.G.N.; ABREU, E.S.; ALVES, D.M. Hygiene and sanitary conditions in self-service restaurants in São Paulo, Brazil. **Food Control**. v.33, p.301-305, 2013.

SANI, N.A.; SIOW, O.N. Knowledge, attitudes and practices of food handlers on food safety in food service operations at the University Kebangsaan Malaysia. **Food Control**. v.37, p.210-217, 2014.

SANTOS, C.R.A. A Alimentação e seu lugar na História: os tempos da memória gustativa. **História: Questões e Debates**. v.22, p.11-31, 2005.

SARTER, G.; SARTER, S. Promoting a culture of food safety to improve hygiene in small restaurants in Madagascar. **Food Control**. v.25, p.165-171, 2012.

SHUKLA, S.; SHANKAR, R.; SINGH, S.P. Food safety regulatory model in India. **Food Control**. v.37, p. 401-413, 2014.

SOTO, F.R.M.; CAZZOLA, C.P.B.; OLIVEIRA, E.; SAKAGUTI, E.H.; BERNARDI, F.; LÚCIO, D.; YAMASHITA, N.; CAMARGO, S.R.; BALIAN, S.C. Aplicação experimental de um modelo de conduta de inspeção sanitária no comércio varejista de alimentos. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, v.29, p. 371-374, 2009.

SOUZA G.S; COSTA, E.A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p.3329-3340, 2010.

STANGARLIN-FIORI, L.; SERAFIM, A.L.; SACCOL, A.L.F. **Instrumentos para elaboração do Manual de Boas Práticas e dos Procedimentos Operacionais Padronizados**. (1ª ed.) Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

TONDO, E.C.; BARTZ, S. **Microbiologia e Sistemas de Gestão de Segurança de Alimentos**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

APÊNDICE 1**FORMULÁRIO DE PESQUISA (Adaptado de BRASIL, 2005)
PRIMEIRA PARTE****“Perfil dos Técnicos da Visa que realizam inspeção na Área de Alimentos”**

Sexo: masculino () feminino ()

Idade: () 15 a 20 anos () 41 a 50 anos
() 21 a 30 anos () 51 a 60 anos
() 31 a 40 anos () 60 anos ou mais

Natural de : _____

Nível de instrução do cargo: () Médio. Cargo de nomeação:
() Superior. Cargo de nomeação:

Tempo de serviço na VISA: () menos de 1 ano () de 11 a 15 anos
() de 1 a 5 anos () de 16 a 20 anos
() de 6 a 10 anos () mais de 20 anos

Qual seu Distrito de atuação: () DSBN () DSMZ
() DSBQ () DSPN
() DSBV () DSPR
() DSCIC () DSSF
() DSCJ () CSA

Qual a sua carga horária semanal de trabalho na VISA:

() 20hs () 30hs () 40hs

Qual o seu vínculo empregatício?

() Estatutário () Temporário () Outro

Você trabalha em outro local?

() Sim. Por quê? _____

() Não

Você tem “poder de polícia” para exercício de suas atividades? () Sim () Não
Esse “poder de polícia” lhe foi atribuído por Portaria? () Sim () Não

Recebe alguma gratificação salarial da Secretaria Municipal de Saúde em função do trabalho desenvolvido na VISA?

() Sim. () insalubridade () tempo de serviço () risco de vida () outro. Qual?
() Não

Qual é seu salário BRUTO:

Considerando as gratificações, caso recebê-las:

- () menor que R\$500,00
- () Entre R\$501,00 a R\$1000,00
- () Entre R\$1001,00 a R\$1500,00
- () Entre R\$1501,00 a R\$ 2000,00
- () Entre R\$2001,00 a R\$3000,00
- () Entre R\$3001,00 a R\$4000,00
- () Maior que R\$4000,00

Sem as gratificações:

- () menor que R\$500,00
- () Entre R\$501,00 a R\$1000,00
- () Entre R\$1001,00 a R\$1500,00
- () Entre R\$1501,00 a R\$ 2000,00
- () Entre R\$2001,00 a R\$3000,00
- () Entre R\$3001,00 a R\$4000,00
- () Maior que R\$4000,00

Você julga seu salário compatível com as atividades que você realiza?

- () Sim
- () Não. Por quê? _____

Você já havia trabalhado na área de alimentos, antes da VISA?

- () Sim, em qual atividade: _____
- () Não

Você tem compreensão da língua inglesa?

- Sim. Básico Intermediário Avançado
 Não

Você tem compreensão da língua espanhola?

- Sim. Básico Intermediário Avançado
 Não

Você tem habilidades com informática, internet?

- Sim Não

Está estudando atualmente? (considera-se “sim” vínculo formal com alguma instituição acadêmica)

- Sim Não

FORMAÇÃO (Grau de instrução):

- Ensino Médio.
 Curso Técnico. Qual curso? _____
 Superior completo. Qual curso: _____
 Especialização. Em qual área (s): _____
 Mestrado. Em qual área: _____
 Doutorado. Em qual área: _____

Concluiu curso na área de Vigilância Sanitária: no último ano

- há 2 anos
 há mais de 2 anos
 nunca participou

Recebeu alguma capacitação **em serviço** na área de alimentos no último ano?

- Sim. Quais os conteúdos abordados: _____
 Não

Você participa do planejamento das ações de saúde do seu Distrito?

() Sim () Não

Você conhece as metas e as prioridades de saúde de sua área de abrangência?

() Sim () Não

Quais as informações que você utiliza para desenvolver suas ações de VISA?

() SIMIVISA () Dados epidemiológicos e de saúde () nenhum () outros

O seu setor de VISA trabalha frequentemente com outra área ou setor?

() Sim. Qual? _____

E de que maneira? () planejada () emergencial

() Não

Qual o número de processos de estabelecimentos da área de alimentos que você possui atualmente sob sua responsabilidade?

() menos que 20

() de 20 a 40

() de 40 a 60

() de 60 a 80

() mais que 80

Você utiliza roteiros para a execução das inspeções sanitárias? () Sim () Não

Você tem alguma dificuldade em utilizar esses roteiros? () Sim () Não

Você tem dificuldades em redigir relatórios de inspeção? () Sim () Não

Você utiliza algum equipamento (s) para realizar inspeções?

() Sim. Qual(s)? _____

() Não.

Esse equipamento (s) é importante para agilizar a inspeção? () Sim () Não

As suas condições de trabalho são compatíveis com as atividades que realiza?

() Sim

() Não. Por quê: _____

Você acredita que está exposto a algum tipo de risco em seu trabalho?

() Sim. Qual(s) tipo de risco? _____

() Não.

SEGUNDA PARTE

Percepção dos Técnicos da Área de Alimentos quanto à importância das inspeções sanitárias e Avaliação dos procedimentos realizados

Você acha que é necessário padronizar as ações da Vigilância Sanitária na área de alimentos? Por quê?

Em sua opinião, por que mesmo após 10 anos de existência da legislação sanitária (RDC 216/04), os estabelecimentos ainda apresentam dificuldades para adequar os procedimentos e as Boas Práticas de Manipulação em suas rotinas?

Qual a sua relação de satisfação com o seu trabalho na VISA:

() Muito satisfeito

() Satisfeito

() Insatisfeito

Você acredita que o papel que você desempenha enquanto técnico da Vigilância Sanitária é importante? Por quê?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos técnicos da VISA que realizam inspeções na área de alimentos:

Eu, Patrícia Vitório Olmedo, mestranda do Programa de Pós Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional e professoras Dra Sila Mary Rodrigues Ferreira e Dra. Lize Stangarlin Fiori, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, a participar do estudo “Vigilância Sanitária: Potencialidades e Desafios de Inspeções Sanitárias realizadas em Serviços de Alimentação”, que tem como objetivo avaliar e caracterizar os processos e atores envolvidos nas inspeções sanitárias realizadas em serviços de alimentação de Curitiba (PR).

Caso você aceite participar deverá:

Preencher um formulário com questões sobre o seu perfil socioeconômico e profissional, sobre a sua percepção quanto à importância das inspeções sanitárias, e fazer uma avaliação sobre os procedimentos utilizados para realizar as inspeções sanitárias em serviços de alimentação. Para garantir a confidencialidade de seus dados, os formulários serão entregues em um envelope em branco com etiqueta e, caso você decida participar, deverá assinar e responder aos formulários e devolvê-los no envelope em branco lacrado com a etiqueta sem precisar se identificar. Esse formulário levará no máximo 20 minutos para preenchimento e deverá ser devolvido à pesquisadora após conclusão no prazo máximo de 24hs.

Para tanto, você fica ciente que³:

- O estudo não apresenta riscos à sua saúde, porém poderá causar constrangimento ou você poderá se sentir desconfortável em responder algum item.
- As pesquisadoras se comprometem em preservar a identidade dos entrevistados e manter sigilo total das informações individuais obtidas. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.
- A sua participação neste estudo é voluntária e se você não desejar mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- Você não será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- Você poderá entrar em contato caso queira informações, antes, durante ou depois de encerrado estudo, com as pesquisadoras² responsáveis por este estudo, em horário comercial (das 8:00 às 18:00hs):

1) Professora Dra Lize Stangarlin Fiori (Pesquisadora Responsável), e-mail: lizestangarlin@hotmail.com. Telefone: (41) 3360-4010. Rua Prof. Lotário Meisner, nº360, Jardim Botânico.

2) Mestranda Patrícia Vitório Olmedo (Orientada), e-mail: patriciaolmedonutricionista@gmail.com Telefone: (41) 3298-6160. Rua Tijucas do Sul, nº 1700, 1º andar. Sítio Cercado.

³ Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

² Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Eu, _____, profissional da Vigilância Sanitária que realiza inspeções na área de alimentos nesse Distrito Sanitário, li esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compreendi o objetivo do estudo do qual concordo em participar. Eu entendi e sou livre para interromper minha participação a qualquer momento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba , _____ de _____ de 2015.

Assinatura do profissional da VISA

Patricia Vitória Olmedo

(colaboradora da pesquisa que aplicou o TCLE)

ANEXO 1

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA ESTABELECIMENTOS CONFORME RESOLUÇÃO RDC Nº. 216/04

NOME FANTASIA:		
RAZÃO SOCIAL:		
CNPJ:		INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
RAMO DE ATIVIDADE:		
ENDEREÇO E TELEFONE:		
PESSOA DE CONTATO:		
DATA DA INSPEÇÃO:		
TECNICO:		
EDIFICAÇÃO, INSTALAÇÃO, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Avaliação	14. Equipamentos, móveis e utensílios em contato com o alimento em adequado estado de conservação, manutenção e calibração, resistentes a corrosão. Não transmitindo odores e sabores aos alimentos.
1. Edificação e instalação com fluxo ordenado e sem cruzamentos, com acesso independente, não comum a outros usos.		15. Superfícies dos equipamentos, móveis e utensílios lisos, impermeáveis, laváveis e isentas de imperfeições que possam comprometer a higienização.
2. Dimensionamento compatível às operações. Separação entre as atividades por meios físicos ou outros, evitando a contaminação cruzada.		HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS
3. Piso (anti-derrapante), parede e teto com revestimento contínuo, impermeável e lavável.		15. Área de manipulação higienizada quantas vezes forem necessárias e imediatamente após o término do trabalho.
4. Portas e janelas ajustadas aos batentes. Portas com fechamento automático (área de manipulação), janelas e exaustores com telas milimétricas de cor clara e removíveis para a limpeza.		16. Saneantes regularizados no MS. Praticando diluição recomendada pelo fabricante, guardados em local reservado.
5. Abastecidas de água corrente, conectadas à rede de esgoto ou fossa séptica, raios sifonados e grelhas que permitam o fechamento.		17. Utensílios e equipamentos utilizados na higienização guardados em local exclusivo.
6. Caixas de gordura fora das áreas de manipulação e preparação com adequado estado de conservação e funcionamento, periodicamente limpas e descarte de acordo com a legislação.		CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS
7. Áreas livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, não sendo permitida a presença de animais.		18. Instalações, equipamentos, móveis e utensílios livres de vetores e pragas urbanas através de medidas eficazes de controle.
8. Iluminação permitindo visualização total sendo que as luminárias devem ser protegidas contra explosão e quedas acidentais.		19. Quando as medidas de prevenção adotadas não forem eficazes, o controle químico deve ser executado por empresa licenciada. Resol. RDC nº 18 - a cada 6 meses.
9. Instalações elétricas protegidas em tubulações externas e íntegras, permitindo a higienização dos ambientes.		ABASTECIMENTO DE ÁGUA
10. Ventilação com renovação de ar, não incidindo sobre os alimentos.		21. Utiliza somente água potável (caso contrário a potabilidade deve ser atestada semestralmente mediante laudo microbiológico laboratorial).
11. Equipamentos e filtros para climatização conservados, manutenção programada e periódica devidamente registradas.		22. Gelo utilizado fabricado a partir de água potável, mantido em condições higiênicas que evitem sua contaminação.
12. Instalações sanitárias e vestiários sem comunicação com áreas de preparação, armazenamento e refatórios, organizadas, em adequado estado de conservação. As portas dotadas de fechamento automático.		23. Reservatório de água edificado com materiais que não comprometam a qualidade da água, devidamente tampado. Higienizado a cada 6 meses com registro das operações.
13. Instalações sanitárias com lavatórios, supridas de papel higiênico, sabonete líquido inodoro, papel toalha não reciclado, ou outro sistema higiênico e coletor de papel acionado por pedal.		MANEJO DE RESÍDUOS

24. Acondicionamento de resíduos isolado da área de manipulação e armazenamento de alimentos de forma que evite focos de contaminação e atração de vetores e pragas urbanas.		36. As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens utilizados para a preparação dos alimentos, devem ser mantidos em condições higiênico-sanitárias adequadas e em conformidade com a legislação específica.	
MANIPULADORES		37. O quantitativo de funcionários, equipamentos, móveis e ou utensílios disponíveis são compatíveis com volume, diversidade e complexidade das preparações alimentícias.	
25. Os manipuladores que apresentarem lesões ou sintomas de enfermidades, afastados da atividade enquanto persistirem essas condições de saúde.		38. Adoção de medidas a fim de minimizar o risco de contaminação cruzada. Evitando-se o contato direto ou indireto entre alimentos crus, semipreparados e prontos para o consumo.	
26. Os manipuladores têm asseio pessoal, usam uniformes compatíveis com a atividade, conservados e limpos. As roupas e objetos pessoais guardados em local específico reservado para este fim.		39. Os funcionários que manipulam alimentos crus devem realizar a lavagem e anti-sepsia das mãos antes de manusear alimentos preparados.	
27. Higienização correta das mãos. Fixação de cartazes orientando a correta lavagem das mãos.		40. Quando as matérias-primas e os ingredientes não são utilizados em sua totalidade são adequadamente acondicionados e identificados com designação do produto, data de fracionamento e prazo de validade após a abertura ou retirada da embalagem original.	
28. Os manipuladores não fumam, espirram, tossem, manipulam dinheiro ou outros atos que possam contaminar o alimento.		41. Os alimentos a serem consumidos crus são submetidos a processo de higienização. Os produtos utilizados na higienização são regularizados no MS.	
29. Os manipuladores usam cabelos presos e protegidos por redes, toucas ou outro acessório apropriado para este fim, não sendo permitido o uso de barba. Unhas curtas e limpas, sem adornos e esmalte.		42. O tratamento térmico garante que todas as partes do alimento atinjam a temperatura de 70°C.	
MATÉRIAS - PRIMAS, INGREDIENTES E EMBALAGENS		43. Os óleos e gorduras aquecidos a temperaturas não superiores a 180°C, sendo substituídos imediatamente sempre que houver alteração evidente das características físico-químicas ou sensoriais, tais como aroma, sabor, formação intensa de espuma e fumaça.	
30. Possui critérios para avaliação e seleção dos fornecedores. O transporte desses insumos é realizado em condições adequadas de higiene e conservação.		44. O descongelamento deve ser efetuado em condições de refrigeração a temperatura inferior a 5°C ou em forno de microondas quando o alimento for submetido imediatamente à cocção.	
31. Matérias-primas inspecionadas na recepção, com origem comprovada, verificação da temperatura, sendo esta área protegida e limpa.		45. Após serem submetidos à cocção, os alimentos preparados são mantidos à temperatura superior a 60°C por, no máximo, 6 horas. Para conservação sob refrigeração ou congelamento, os alimentos devem ser previamente submetidos ao processo de resfriamento.	
32. Os lotes reprovados ou com prazo de validade vencida, identificados e armazenados separadamente por período determinado.		46. A temperatura do alimento preparado deve ser reduzida de 60°C a 10°C em até duas horas. Em seguida, o mesmo deve ser conservado sob refrigeração a temperaturas inferiores a 5°C ou congelado à temperatura igual ou inferior a -18°C.	
33. Armazenamento dos produtos em local limpo e organizado, adequadamente acondicionados e identificados, sendo que sua utilização deve respeitar o prazo de validade e conservação. Para os alimentos dispensados da obrigatoriedade de indicação do prazo de validade, deve ser observada a ordem de entrada dos mesmos.		47. Quando armazenado sob refrigeração ou congelamento possui as informações: designação, data de preparo e prazo de validade.	
34. Armazenamento sobre estredos e/ou prateleiras, respeitando-se o espaçamento mínimo necessário para garantir adequada ventilação e limpeza. Os estredos e ou prateleiras devem ser de material liso, resistente, impermeável e lavável.		ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DO ALIMENTO PREPARADO	
35. Monitoramento dos equipamentos de conservação, com registro de temperatura, hora e data.		48. Meios de transporte higienizados, sendo adotadas medidas a fim de garantir a ausência de vetores e pragas urbanas, dotados de cobertura para proteção da carga, não transportando outras cargas que comprometam a qualidade higiênico-sanitária do alimento preparado.	
PREPARAÇÃO DO ALIMENTO		EXPOSIÇÃO AO CONSUMO DO ALIMENTO PREPARADO	

49. As áreas de exposição do alimento preparado, de consumo ou refeitório, mantidas organizadas e em adequadas condições higiênico-sanitárias. Os equipamentos, móveis e utensílios disponíveis nessas áreas são compatíveis com as atividades, em número suficiente e em adequado estado de conservação.		<p>ATENDE - A NÃO ATENDE - NA NÃO SE APLICA- NSA</p> <p>OBSERVAÇÕES</p>
50. As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens utilizados para preparação dos alimentos mantidas em condições higiênico-sanitárias adequadas e em conformidade com a legislação específica.		
51. Os equipamentos necessários à exposição ou distribuição de alimentos são devidamente dimensionados, em adequado estado de higiene e manutenção mantendo a temperatura do alimento em 60°C. O estabelecimento mantém planilha do monitoramento das temperaturas.		
52. O equipamento de exposição do alimento preparado na área de consumo dispõe de barreiras de proteção.		
53. Utensílios utilizados na consumação do alimento, tais como pratos, copos, talheres, quando feitos de material não-descartável, devidamente higienizados e armazenados em local protegido.		
54. Ornamentos e plantas localizados na área de consumo ou refeitório, não devem constituir fonte de contaminação para os alimentos preparados.		
55. Área do serviço de alimentação onde se realiza a atividade de recebimento de dinheiro é reservada. Os funcionários responsáveis por esta atividade não devem manipular alimentos preparados, embalados ou não.		
DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO		
56. Dispõe de Manual de Boas Práticas e de Procedimentos Operacionais Padronizados, acessíveis aos funcionários envolvidos e disponíveis à autoridade sanitária.		
57. Os POPs contêm as instruções sequenciais das operações e a frequência de execução, especificando o nome, o cargo e/ou a função dos responsáveis. Aprovados, datados e assinados pelo responsável do estabelecimento.		
58. POPs referentes às operações de higienização de instalações, equipamentos e móveis.		
59. POPs referentes ao Controle integrado de vetores e pragas urbanas.		
60. POPs referentes à higienização do reservatório.		
61. POPs relacionados à higiene e saúde dos manipuladores e medidas adotadas nos casos de lesões nas mãos e outras enfermidades.		
RESPONSABILIDADE		
62. O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos é o proprietário ou funcionário designado, devidamente capacitado, sem prejuízo dos casos onde há previsão legal para responsabilidade técnica.		
63. O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos é comprovadamente submetido a curso de capacitação, abordando, no mínimo, os seguintes temas: a) Contaminantes alimentares; b) Doenças transmitidas por alimentos; c) Manipulação higiênica dos alimentos; d) Boas Práticas.		