



ARTIGO

SURTOS RECORRENTES ENTRE OPERÁRIOS DA CONSTRUÇÃO CIVIL: A INSEGURANÇA ALIMENTAR NA AGENDA DO PET-VS
RECURRING OUTBREAKS AMONG CONSTRUCTION WORKERS: THE FOOD INSECURITY IN THE PET-VS AGENDA

RENATA FREITAS DE ARAUJO OLIVEIRA¹; AMANDA DOS SANTOS TELES²; THEREZA CHRISTINA BAHIA COELHO³;
GRAZIELA RIBEIRO VINHAS BRANDÃO⁴, ROSAMARIA NUNES TRINDADE EL FAHL⁵

1 - Mestre em Biotecnologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana-BA, Brasil

2 - Farmacêutica, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA, Brasil

3 - Professora Titula Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana-BA, Brasil

4 - Engenheira de Alimentos, Secretaria Municipal de Saúde, Feira de Santana-BA, Brasil

5 - Médica Veterinária, Secretaria Municipal de Saúde, Feira de Santana-Ba, Brasil

RESUMO

Este artigo, enquanto produto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância em Saúde (PET-VS), objetivou descrever e analisar procedimentos adotados pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária em três surtos de origem alimentar, entre operários da construção civil. As fontes de dados foram Relatórios Técnicos, com informações insuficientes, sobre as condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos fornecedores de alimentos, transporte, conservação, análise da água, alimentos, e exames clínicos dos envolvidos. Os 370 trabalhadores apresentaram: vômitos, diarreia sanguinolenta, tremores e sudorese intensa, mas não foi isolado o agente etiológico. Nas três concessionárias, contratadas pela mesma construtora, foram detectadas sérias irregularidades na produção, transporte e consumo dos alimentos. A capacitação dos manipuladores de alimentos e a presença do responsável técnico garantem boas práticas de fabricação. A Vigilância à Saúde deve estar preparada para atuar na segurança alimentar. O PET pode contribuir para a transformação dessas práticas.

Palavras-chave: Doenças Transmitidas por Alimentos; Vigilância Sanitária; Boas Práticas; Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

This article, as a result of the Education Program for Health Work (PET-Saúde), aims to describe and analyze procedures adopted by the Sanitary and Epidemiological Surveillance in three foodborne outbreaks among construction workers. The data sources were technical reports with insufficient information about the hygienic and sanitary conditions of companies, food transportation and storage, water and food analysis, and clinical exams of the involved individuals. The 370 workers presented: vomiting, bloody diarrhea, tremors and intense sweating, but the etiologic agent was not isolated. In the three concessionaires contracted by the same builder, serious irregularities in the production, transport and consumption of food were detected. The training of food handlers and the presence of the responsible technician assurance best practices. The Health Surveillance must be prepared to act on food security. The PET can contribute to the transformation of these practices.

Keywords: Foodborne Diseases; Sanitary Surveillance; Best Practices; Epidemiological Surveillance.

INTRODUÇÃO

A integração da educação com o mundo do trabalho e da vida, na perspectiva da Atenção Primária da Saúde (APS) tem se constituído em desafio permanente para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as diversas

iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) abriu um campo novo de possibilidades para a efetivação de uma das estratégias mais problemáticas do SUS: a mudança do modelo de atenção-cuidado ou modos tecnológicos de intervenção em saúde¹.



A nova matriz que recoloca a relação ensino-pesquisa-extensão sob a égide da prática teoricamente reflexionada, ao ser apreendida no contexto dos serviços de Vigilância à Saúde (VS), tem trazido à tona as contradições inerentes aos modos de trabalhar na perspectiva da promoção, proteção e prevenção, que devem, a partir de agora, utilizar-se de novas ferramentas que não as tradicionalmente tributárias da Polícia Médica e do Sanitarismo Campanhista².

As primeiras revisões da literatura que engendraram a iniciativa de elaboração deste trabalho mostraram a pobreza de publicações sobre a situação sanitária dos municípios, enquanto o levantamento documental do serviço de Vigilância Sanitária (VISA), constituído como campo de aprendizagem do PET-Saúde, identificou a ausência de análises situacionais que subsidiassem o planejamento de suas ações. As ações voltam-se mais para o levantamento de recursos organizacionais para lidar com problemas sanitários estabelecidos por agendas nacionais, sem diagnóstico da situação local, tornando evidente a dificuldade da área de incorporar, no cotidiano, as ferramentas do planejamento, da gestão e da avaliação em saúde.

Nesse contexto, as atividades do PET-VS se iniciaram com a avaliação, diagnóstico, revisão de literatura, ou seja, procedimentos iniciais de pesquisa que foram dados *pari passo* com atividades de extensão de Fiscalização Sanitária, prioritariamente, as inspeções (“núcleo duro” da prática), as ações de informação e educação sanitárias e ações articuladas com a Vigilância Epidemiológica. Do âmago destas atividades, surgiram diversos projetos de pesquisa e intervenção, alguns situados em um dos setores mais nevrálgicos da VISA: o de alimentação.

A preocupação com a alimentação é uma prática muito antiga. A ideia de que a vida humana é acompanhada de riscos e que a violação dos direitos está relacionada a perturbações sociais (o homem como autor dos seus males) levou Sólon, já no século VI AC, a refletir sobre o conceito de “adequação” e “responsabilidade”, inspirando autores jônicos da escola hipocrática a definir o problema do homem, não em relação a si próprio, mas ao que bebia, comia, ao modo como vivia³.

Na atualidade, a responsabilidade sobre a alimentação recai sobre o Estado. De modo que, data do pós-guerra as primeiras iniciativas legais de controle específico deste campo, no Brasil, com a criação da Comissão Nacional de Alimentação (DC 7.328/45) e o Código de Águas Minerais (DC 7.841/45)⁴. Em 1954, o Código Nacional de Saúde atribuiu ao Ministério da Saúde o papel de coordenador de ações relacionadas a qualquer problema alimentar, cabendo ao Decreto-Lei 209/67 instituir o Código de Alimentos e a Comissão Nacional de Normas e Padrões de Alimentos (CNNPA)⁵. Esse decreto acabou sendo revogado e substituído, em 1969, pelo Decreto-Lei 986⁶. Já em 1977, outro importante marco legal, a Lei nº 6.437, definiu as infrações à legislação sanitária federal e estabeleceu as sanções respectivas⁷. Essas iniciativas vão gerar uma atividade normativa crescente na área de alimentos culminando com a Constituição de 1988 onde

estão estabelecidas a Vigilância Sanitária e Epidemiológica como funções do SUS.

Mais de uma década depois, em 2001, a primeira Conferência de Vigilância Sanitária (CONAVISA) procurou analisar a situação da VISA no Brasil e propor diretrizes políticas para a efetiva implantação de uma Política Nacional de Vigilância à Saúde⁸. Mais recentemente, o Pacto pela Saúde, de 2006, definiu a responsabilidade por áreas de competência entre os três entes federados: a união, os estados e municípios. Assim, cada município ficou responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população de forma solidária com os demais entes⁹.

Para atender, entretanto, às determinações e diretrizes do Pacto, seria necessário conhecer a realidade sanitária brasileira em cada nível de gestão de maneira que a Vigilância à Saúde cumpra suas funções dentro do SUS. É importante indagar sobre os problemas sanitários prevalentes, como são percebidos, quais impactos causam na população e que ações têm obtido bons resultados ou em que medida se mostram potencialmente eficazes. Isto implica saber como a VS vem desenvolvendo suas ações e como tem se articulado com a APS. No caso em estudo, as ações da VS permaneciam ainda totalmente centralizadas no órgão gestor da saúde.

O problema da articulação da VS com os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e com os demais setores sociais se evidencia quando se atenta para a complexidade de seus objetos e atribuições. Somente à Vigilância Sanitária, por exemplo, cabe a normalização e controle de “bens, da produção, armazenamento, circulação, transporte, comercialização e consumo de produtos de interesse da saúde” [...], das tecnologias e serviços de saúde, incluindo o exercício profissional, além da normalização e controle de “portos, aeroportos e fronteiras, contemplando veículos, cargas e pessoas”^{5:57} e todo o meio ambiente. Objetos que englobam a alimentação em todos os seus riscos potenciais, muitos difíceis de serem detectados em prazo hábil, e sem tecnologias de análise e controle adequadas.

As doenças de origem alimentar são uma importante causa de morbidade e mortalidade e sua incidência não tem se alterado, significativamente, na última década. Nos Estados Unidos, causou, em 2013, um total de 19.056 infecções, 4.200 hospitalizações e 80 mortes. A situação torna-se mais grave devido à maneira como os alimentos são distribuídos e manipulados¹⁰.

Entretanto, os problemas alimentares tendem a permanecer circunscritos mais às questões quantitativas de insuficiência (desnutrição, anemia ferropriva) ou excesso na oferta de alimentos (obesidade, consumo de sal), de forma que, com a mudança do perfil epidemiológico brasileiro, as doenças infectocontagiosas e intoxicações relacionadas a alimentos passaram a ocupar menos espaço na ordem de prioridades da atenção em saúde.

Esta tendência fica explícita na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)¹¹, criada em 1999 e atualizada em 2011 com as seguintes estratégias: 1) Organização da

Atenção Nutricional; 2) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3) Vigilância Alimentar e Nutricional; 4) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 5) Participação e Controle Social; 6) Qualificação da Força de Trabalho; 7) Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; 8) Controle e Regulação dos Alimentos. Tendo a Atenção Básica como coordenadora da política, o PNAN não deixou claro qual seria o papel das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e da Saúde do Trabalhador na sua execução.

Retornando à Vigilância Alimentar no âmbito municipal e às ações transformadoras do PET, um dos primeiros estudos do grupo registrou que as intoxicações alimentares formavam a terceira causa de intoxicação, em torno de 10%, no período de 2007-2010, no município de Feira de Santana, na Bahia, após os medicamentos e raticidas¹².

É preciso lembrar que as toxinfecções alimentares constituem um importante problema sanitário difundido mundialmente¹³. O surto de Doença Transmitida por Alimentos (DTA) é definido como a ocorrência de dois ou mais casos de manifestação clínica semelhante, relacionados entre si no tempo e espaço, e caracterizados pela exposição comum a um alimento suspeito de conter microorganismos patogênicos, toxinas ou venenos¹⁴. Em casos de contaminação por *Clostridium botulinum*, apenas uma pessoa infectada já é considerado um surto.

Os agentes etiológicos mais frequentes para DTA são de origem bacteriana, tais como: *Salmonella spp*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Shigella spp*, *Bacillus cereus* e *Clostridium perfringens*¹⁵. O *Staphylococcus aureus* é muito frequente em todo o mundo. As intoxicações produzidas por suas enterotoxinas são geralmente consequentes à contaminação de leite ou de seus derivados (queijos não processados, cremes e molhos). Diarreia e vômitos predominam nessas intoxicações^{16,17}.

Inúmeros estudos têm comprovado que as DTA são consequência, na maioria das vezes, do não atendimento às regras básicas de higiene e de segurança alimentar durante o preparo e conservação dos alimentos. A alta incidência das DTA parece ser consequência de fatores como: produção e distribuição de alimentos em larga escala; crescimento populacional; rápida urbanização em áreas sem infraestrutura de saneamento básico; exposição ao consumo de alimentos inseguros; pobreza; falta de conhecimento da população sobre o problema; e modificação nas práticas de preparo dos alimentos¹⁸.

As Boas Práticas de Fabricação (BPF) abrangem um conjunto de medidas que devem ser adotadas pelas indústrias e pelos serviços de alimentação a fim de garantir a qualidade sanitária e a conformidade dos produtos alimentícios com os regulamentos técnicos. Os alimentos tornam-se um veículo de contaminação humana se não manipulados corretamente, podendo causar graves complicações à saúde humana. A qualidade da matéria-prima, a arquitetura dos equipamentos e das instalações, as condições higiênicas do ambiente de trabalho, as técnicas de manipulação, a qualidade da água, a sanitização

de equipamentos e superfícies, a saúde dos funcionários, são fatores importantes na produção de alimentos seguros e de qualidade, devendo, portanto, serem considerados nas BPF¹⁹.

A segurança alimentar, um dos conceitos que alicerçam a vigilância alimentar, torna-se um problema que exige atenção particular quando se refere a situações de exposição que envolvem grande número de trabalhadores, pois o fornecimento de alimentação para muitas pessoas traz peculiaridades técnicas que exigem, ainda mais, o cumprimento das BPF, podendo se relacionar a diferentes causas e transcender a falta de controle de qualidade nas unidades produtoras de alimentos²⁰.

As obras de construção civil aglomeram em seus canteiros um contingente expressivo de trabalhadores, mas não possuem, em geral, uma estrutura física própria para refeições, como restaurantes, bandejões, ficando o fornecimento de almoço e lanches na dependência de empresas concessionárias que muitas vezes produzem alimentos de baixa qualidade, devido às condições precárias de preparo e conservação. A constatação dessa realidade confronta as determinações descritas na Norma Regulamentadora 18 (NR-18), uma das maiores conquistas do trabalhador da indústria de construção, que obriga, dentre outras coisas, a instalação de áreas de vivência no canteiro de obras, isto é, locais onde o trabalhador possa fazer suas refeições, tomar banhos e satisfazer outras necessidades durante o trabalho²¹. Nesse sentido, a ocorrência de surtos alimentares em canteiros remete às discussões acerca das condições de trabalho e riscos à saúde dos operários da construção civil, mas também à necessária articulação que a Saúde do Trabalhador deve ter com as demais áreas da VS.

Essa situação possui alto potencial de agravamento quando se considera a tendência crescente do empresariado brasileiro e do Estado de terceirizar serviços como segurança e alimentação, desresponsabilizando-se das consequências que esta prestação possa ter para a saúde dos seus trabalhadores. A função de intermediador das necessidades da produção e do consumo, a que se propõe o Estado, fica prejudicada quando não é possível exercer controle e atribuir responsabilidades. Ou, em uma perspectiva crítica, ao se ausentar, colocar-se-ia o Estado na posição de permitir a reprodução do capital a curto prazo. Situação ruim para o capital e para a sociedade. No Estado pós-moderno, as preocupações passam a priorizar o amortecimento de conflitos interclasses, ou entre setores econômicos cujos interesses se antagonizam, a longo prazo²². De fato, essa tendência tem se acentuado desde 2016, com as investidas do legislativo para “desonerar” o Estado e o empresariado por meio da chamada Reforma da Previdência e do projeto de Lei PL 6787/2016, ora em tramitação no Senado.

Nessas circunstâncias, diferentes setores e níveis do próprio aparelho de Estado podem se antagonizar, ou mesmo se anular na sua capacidade de dar respostas à sociedade, pois os grupos que acumulam poder econômico e político pressionam de vários modos as estruturas estatais, quando têm seus interesses contrariados. A Vigilância Sanitária é um serviço particularmente vulnerável a este tipo de pressão,

mesmo estando investida do “poder de polícia”, principalmente quando se considera que problemas estruturais tendem a tornar o Estado permeável aos interesses dos grupos econômicos hegemônicos ou, simplesmente, ineficiente nas suas funções de controle e fiscalização das ações protagonizadas por atores investidos de poder político e econômico²³.

Tomando, então, como ponto de partida a ocorrência de surtos frequentes de origem alimentar em operários da construção civil do município de Feira de Santana, Bahia, no ano de 2010, esse estudo objetivou: descrever os procedimentos adotados pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária a partir das evidências encontradas pela equipe técnica responsável pela investigação; levantar possíveis determinantes sociais que expliquem os eventos observados; oferecer subsídios para a transformação das práticas de Vigilância à Saúde a partir das contribuições do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso no âmbito das práticas de saúde. O campo da investigação foi constituído de setores de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do município de Feira de Santana, Bahia, que possuía uma população de 542.476 habitantes, em 2010, concentrando o segundo maior contingente urbano do estado²⁴. Precisamente, em 2010, a indústria da construção vinha se desenvolvendo de maneira visível, nesta cidade, respondendo por mais de 47% dos imóveis em construção fora da capital²⁵.

As principais fontes de dados foram documentais, constituídas na sua essência por Relatórios Técnicos referentes às condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos fornecedores de alimentos, condições de transporte e conservação antes do consumo, análise da água e alimentos e também exames clínicos dos indivíduos envolvidos no surto. As informações textuais obtidas serviram de base para a descrição dos casos que foram, em seguida, ordenados de acordo com categorias de análise extraídas da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 216 de 2004²⁶, que dispõe sobre as PPF para serviços de alimentação: Instalações; Equipamentos e utensílios; Higienização das instalações, equipamentos e utensílios; Manipuladores; Água consumida; Armazenamento e transporte; Documentação e registro; Responsável Técnico (RT); e Temperatura de consumo do alimento.

O passo seguinte foi comparar os achados com a legislação vigente e a literatura. Por fim, os procedimentos analisados foram discutidos na perspectiva dos técnicos envolvidos, dos preceptores, que eram especialistas em Vigilância Alimentar, dos bolsistas, do tutor do PET e problematizados à luz das relações do Estado com a sociedade capitalista.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob Protocolo nº 139/2011, CAAE 0146.0.059.000-11.

Os surtos

Os três surtos atingiram, no total, 370 pessoas.

O primeiro surto de origem alimentar ocorreu no início do mês de maio, quando foram acometidos 98 homens. Os sintomas relatados foram cólicas abdominais, náuseas, dores de cabeça, vômito e diarreia. Os alimentos consumidos no dia anterior ao ocorrido foram: arroz branco, feijão, carne e salada. A principal ação da VS, logo após a investigação da denúncia, foi a interdição do estabelecimento fornecedor. Nesse momento, não foi possível coletar alimentos para análise, pois não foram encontrados no local. Do mesmo modo, a VE não realizou exames nas pessoas envolvidas, portanto, não houve a busca pelo agente etiológico.

O segundo caso ocorreu no fim do mês de agosto, onde igual número de pessoas (98) foi acometido, sendo os principais sintomas: diarreia, cólicas abdominais e dores de cabeça. Não há descrição dos tipos de alimentos consumidos no Relatório Técnico da VS. No momento da inspeção, não foram encontradas amostras dos alimentos servidos para envio ao laboratório. Porém, após a investigação do surto, os Responsáveis Técnicos (RT) e legais da empresa envolvida reuniram-se com técnicos da VS, tendo sido relatado que no local havia amostras de alimentos escondidas pelos funcionários no momento da investigação, por medo, mas enviadas, posteriormente, pela própria empresa, para análise.

A Vigilância Sanitária obteve, da empresa, o laudo negativo contendo avaliação satisfatória da água, tanto para a análise bacteriológica, quanto para a físico-química. A conduta da VS para este caso foi: notificação da concessionária de alimentos; orientação sanitária; e coleta nos reservatórios de água. Não houve interdição. De acordo com a VE não foi feita coleta de materiais para a coprocultura, apenas busca ativa nos prontuários dos estabelecimentos que atenderam as vítimas.

O terceiro surto, de maior gravidade, se deu em meados do mês de setembro, quando 174 pessoas relataram: diarreia, em alguns casos, sanguinolenta; cólicas abdominais; dores de cabeça; desmaios; vômito; tremores; e sudorese intensa. Os alimentos consumidos no dia anterior foram: arroz branco; feijão; calabresa assada; galinha assada e cozida; passarinha; carne cozida e moída; e farinha.

Também nesse caso, a VS não conseguiu coletar amostras dos alimentos suspeitos, pois a empresa prestadora de serviços para a obra onde ocorreu o evento não guardou o material. As condutas da VS no momento da investigação foram: orientação sanitária, interdição, coleta da água para análise. Segundo a VE, quatro pessoas foram submetidas à coprocultura.

É importante salientar que os três casos de surto ocorreram na mesma empresa de construção civil, modificando apenas a obra e as concessionárias envolvidas. A concessionária de alimento do Surto 1 produzia, por dia, mais de 1.000 refeições, enquanto as responsáveis pelos Surtos 2 e 3 produziam mais de 2.000 refeições diárias.

Riscos e Infrações: a responsabilidade técnica ausente

Foram encontradas infrações higiênico-sanitárias referentes à manipulação de alimentos nos três casos. A comparação entre as informações geradas pelos relatórios técnicos permite visualizar os itens de atenção que devem constar em uma avaliação desta natureza, respondendo a questões como: onde se dava a produção dos alimentos (espaço-ambiente)? Quais as condições físico-sanitárias do espaço, utensílios e equipamentos (meios)? Quais as condições de trabalho e higiene (fardamento, equipamentos de proteção, sanitários, temperatura, treinamento dos trabalhadores)? Como eram produzidos (processo)?

Com relação à manipulação de alimentos, observaram-se inadequações graves nos três surtos, mas essas foram mais bem detalhadas nos Surtos 1 e 3 (Quadro 1), que geraram interdição. As diferenças nos procedimentos técnicos de registro da VS impediram a avaliação da magnitude das infrações.

Também, nos relatórios dos Surtos 1 e 2, não havia informação sobre como era efetuada a higienização dos instrumentos e equipamentos, nem sobre os manipuladores de alimentos. Em nenhum dos relatórios, havia dados sobre as condições do alimento base para as refeições, como prazo de validade, por exemplo.

Quadro 1. Condições higiênicas e sanitárias associadas à manipulação dos alimentos.

Categoria	Surto 1	Surto 2	Surto 3
Instalações, equipamento e utensílios	<ul style="list-style-type: none"> • Produção em área aberta, sem telamento e com presença de insetos. • Ausência de exaustores. • Presença de prateleiras enferrujadas. • Área de higienização das panelas com instalações hidráulicas sem proteção. • Depósito de utensílios com abertura e ausência de forro, ao lado do lixo. • Banheiros com descarga quebrada, ausência de: sabonete líquido bactericida; papel toalha; e lixeira com tampa acionada a pedal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos crus e prontos para consumos dentro de equipamentos de congelamento em vasilhames abertos. • Área de alimentação das quentinhas não isolada das demais áreas e sem telamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Área externa com presença de materiais estranhos e caixas de gordura abertas. • Área de produção em área aberta e com presença de moscas. • Exaustores com mau funcionamento. • Equipamentos de refrigeração com ferrugem. • Cruzamento entre etapas de preparo dos alimentos. • Presença de materiais estranhos, flanelas de algodão, e utensílios de madeira. • Ausência de lavabo e banheiro com papel toalha e lixeira acionada a pedal.
Higienização das instalações, equipamentos e utensílios	<ul style="list-style-type: none"> • Informação ausente no relatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Área de higienização das panelas inadequada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem das panelas em área aberta, sobre mesa de plástico, feita por mangueira escoando a água no chão, com ralo aberto.
Manipuladores	<ul style="list-style-type: none"> • Informação ausente no relatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação ausente no relatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não possuíam exames físicos de saúde, nem treinamento sobre: manipulação higiênica dos alimentos; higiene pessoal e doenças transmitidas por alimentos. • Alguns manipuladores estavam sem fardamento completo.

Fonte: Secretaria de Saúde de Feira de Santana, Bahia. Vigilância Sanitária, 2010.

O Quadro 2 registra e compara informações referentes à documentação e responsabilidade técnica das concessionárias. No Surto 1 e 3, as empresas não possuíam alvará sanitário, sendo que a concessionária deste último surto já havia sido notificada quanto a isso, tendo se comprometido a regularizar seu alvará, o que não fez. Na operadora do Surto 2, foi identificado um responsável técnico que não estava presente na inspeção.

O Quadro 3 registra aspectos relacionados ao transporte, armazenamento, temperatura e água consumida pelos operários. No armazenamento, transporte e distribuição a ênfase nos relatórios é dada à presença ou ausência de acondicionamento com isolamento térmico e medição do tempo na temperatura ambiente nos três momentos: pré-transporte, transporte e pré-consumo.

Quadro 2. Aspectos relacionados à documentação e responsabilidade técnica das concessionárias de alimentos.

Categoria	Surto 1	Surto 2	Surto 3
Documentação e registro	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de Alvará Sanitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de Alvará Sanitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concessionária possuía Alvará para Sede Administrativa. • Ausência de manual de Boas Práticas de Fabricação e de Procedimentos Operacionais Padronizados.
Responsável Técnico (RT)	<ul style="list-style-type: none"> • Não possuía RT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuía nutricionista (RT), mas ausente na inspeção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não possuía RT.

Fonte: Secretaria de Saúde de Feira de Santana, Bahia. Vigilância Sanitária, 2010.

Na investigação sobre as condições da água consumida, percebeu-se que no Surto 1 não havia registro, no Surto 2 apenas informação de onde vinha a água, não suas condições e, no Surto 3, foi possível saber onde a água era acumulada (reservatório), como era distribuída (tubulações e bebedouros), em que condições: sem tratamento.

Com relação ao tempo de exposição das refeições no ambiente do consumo antes de ingeridas, o relatório do Surto 3 não dava essa informação.

Com base, portanto, nos relatórios da Vigilância Sanitária sobre as condições de produção das refeições consumidas pelos operários que foram vítimas de infecção alimentar, foi possível perceber a precariedade destas condições nos três eventos e a insuficiência dos registros, apesar da magnitude do evento.

DISCUSSÃO

Os casos relatados de surto alimentar apresentaram várias irregularidades no que tange às BPF. Comparando-se os três casos, é possível notar problemas comuns - estruturais e higiênico-sanitários - às concessionárias de alimentos, tais como: ausência de telamento nas áreas de produção e armazenamento; transporte inadequado dos alimentos preparados; e exposição à temperatura ambiente antes do consumo. Tais circunstâncias podem promover situações de risco sanitário durante a produção e consumo dos alimentos, colaborando para a ocorrência de DTA.

Apesar dos três surtos terem acontecido com diferentes concessionárias, em todas elas foram detectadas as mesmas irregularidades no transporte dos alimentos: uso de caixas plásticas não térmicas; transporte em veículo fechado não

Quadro 3. Aspectos relacionados ao armazenamento, transporte, distribuição de alimentos, e água consumida pelos operários da construção civil nos três surtos.

Categoria	Surto 1	Surto 2	Surto 3
Armazenamento transporte e distribuição	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos perecíveis fora da refrigeração. • Transporte dos alimentos em caixas plásticas e/ou térmicas, em carro fechado não térmico. • Alimentos conservados em caixas plásticas e/ou térmicas até o momento do consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte em temperatura ambiente. • Alimento transportado em carro fechado não térmico e conservado até o consumo em caixas plásticas e/ou térmicas. • Planilha para registro de temperatura do produto (hora de saída e chegada na obra). 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos prontos para consumo em temperatura ambiente. • Depósito contendo alimentos perecíveis fora da refrigeração e armazenados no chão. • Paletes de madeira e materiais estranhos, como objetos pessoais. • Ausência de telas no depósito. • Alimento transportado em carro fechado não térmico e conservado até o consumo em caixas plásticas e/ou térmicas.
Água consumida	<ul style="list-style-type: none"> • Informação não descrita no relatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Água oriunda de empresa terceirizada e transportada por carro-pipa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Água de empresa terceirizada transportada por carro-pipa, transferida para caixa d'água por tubulações sem higiene e aos bebedouros, sem tratamento.
Temperatura de consumo do alimento	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos consumidos após 40 minutos em temperatura ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos em temperatura ambiente, por minutos, até serem servidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos foram expostos à temperatura ambiente e consumidos.

Fonte: Secretaria de Saúde de Feira de Santana, Bahia. Vigilância Sanitária, 2010.

térmico; e exposição prolongada do alimento à temperatura ambiente. Tais irregularidades não se encontram em consonância com a Portaria Federal nº 326 de 1997, que afirma que os produtos acabados devem ser transportados de forma a evitar contaminação e proliferação de microrganismos e também danos nas embalagens²⁷.

A exposição do alimento à temperatura ambiente até o momento de ser consumido contraria, inclusive, a Resolução da ANVISA nº 216, de 2004, que determina para conservação a quente que os alimentos devem ser mantidos numa temperatura superior a 60°C até o consumo²⁸. Esta consideração é bastante relevante, dada a importância do período de incubação - intervalo de tempo entre a ingestão do alimento suspeito - e a manifestação dos primeiros sintomas, na avaliação das ocorrências.

No Surto 1, a exposição à temperatura ambiente no local do consumo foi cerca de 40 minutos, enquanto no Surto 2, teria sido de “minutos”. Mas, somando-se a esse, o tempo gasto no deslocamento e o período em que esse alimento ficou exposto no ambiente da concessionária (Surto 1 e 3), acredita-se que o tempo total de exposição tenha sido mais que suficiente para a ocorrência de contaminação e proliferação de patógenos, dado o quadro clínico dos operários.

Considerando-se que as temperaturas diurnas em Feira de Santana são altas o ano inteiro (até 40 graus, no verão), o cuidado com este elemento deveria ser dobrado. A temperatura do alimento preparado deveria ser monitorada durante as etapas de armazenamento e transporte²⁹, fato constatado apenas no Surto 2, no momento do transporte – em planilhas preenchidas na saída do estabelecimento produtor e na chegada à construção.

Além do ponto de vista técnico sobre esta questão, devem-se considerar as garantias a respeito da segurança alimentar que o operário de construção possui, regulamentadas pela NR-18, e que incluem direitos como: fazer suas refeições em locais com paredes que permitam o isolamento; com pisos e mesas de material lavável; com capacidade de atendimento aos trabalhadores em todo o horário das refeições; e com ventilação e lavatórios²⁸. Essa norma obriga também à existência de um local exclusivo para o aquecimento das refeições, independentemente de haver cozinha ou não e do número de trabalhadores no local.

Um estudo que analisou as áreas de vivência em canteiros de obras confirmou a necessidade de um efetivo projeto e gerenciamento do ambiente de trabalho para melhorar a organização e a qualidade de vida dos trabalhadores, demonstrando que as empresas do subsetor “edificações” carecem do cumprimento da NR - 18, tendo ainda um longo caminho a percorrer no atendimento de suas exigências para a efetiva redução de riscos à saúde dos trabalhadores²¹.

O porte da construtora ou da construção também pode inviabilizar, economicamente, a disposição de restaurantes ou bandejões para o provimento das refeições dos trabalhadores pela empresa, dando lugar à terceirização deste serviço, que ocorre sem devido acompanhamento por parte da responsável

legal pela saúde dos operários, a construtora civil. Tal fato chama a atenção para um controle criterioso das concessionárias de alimentos, devendo-se considerar o aspecto sanitário na escolha destas empresas e a observância à autorização (Alvará Sanitário) concedida pela autoridade sanitária local para seu funcionamento.

Nota-se que, todas as concessionárias envolvidas nos casos produziam refeições em larga escala, porém sem suporte sanitário adequado e até certo descaso, dado que a ocorrência do primeiro surto, amplamente divulgado na mídia local, deveria ter tornado mais rigoroso o controle da situação sanitária tanto por parte das operadoras, quanto da empresa contratante, e da própria VISA.

Com relação ao fornecimento de água para consumo dos trabalhadores, a NR-18 obriga que seja potável, filtrada, e fresca, servida por meio de bebedouros de jato inclinado, ou outro dispositivo semelhante, sendo proibido o uso de copos coletivos²⁸. Porém, observou-se nos Surto 2 e 3 que a água era oriunda de carros pipa, fonte com condições higiênicas duvidosas, e que, no terceiro caso, foi transportada para a caixa d'água com o auxílio de tubulações sem higiene e transferida para os bebedouros sem filtragem.

As empresas produtoras de alimentos necessitam da presença de responsável técnico que oriente e monitore as práticas cotidianas, possibilitando maior segurança na produção dos alimentos²⁸. Mas, das concessionárias envolvidas apenas uma (Surto 2) tinha responsável técnico, ausente no momento da inspeção sanitária.

No terceiro caso, foi observado que os manipuladores de alimentos não apresentavam exames clínicos de saúde, bem como treinamento para higienização correta dos alimentos. Os manipuladores podem ser portadores de bactérias patogênicas presentes na boca, no nariz, nos intestinos e na pele, podendo ocorrer contaminação direta ao tossir, espirrar e, também através das mãos sujas. De acordo com a Portaria Federal MS/SVS nº 326/97, as pessoas que mantêm contato com os alimentos devem submeter-se aos exames médicos e laboratoriais que avaliem a sua condição de saúde antes do início de sua atividade, e/ou periodicamente, condição certamente não encontrada no Surto 3 e, muito provavelmente, nos demais²⁸.

Assim, prevenir é a melhor maneira de evitar a contaminação dos alimentos, seja pelo homem ou ambiente²⁹. Atividades educativas com os manipuladores são importantes medidas de prevenção de grande parte das enfermidades transmitidas pelos alimentos, que podem ser causadas tanto pelo contato direto com o alimento, quanto pela contaminação cruzada³⁰.

Dentre as medidas que podem ser aplicadas pela VS, após a confirmação do surto, inclui-se: interdição do local; apreensão de matérias-primas suspeitas; eventuais sobras de alimentos; e inutilização dos alimentos impróprios para consumo¹⁶, o que foi efetuado pela VS-FSA.

Em nenhum dos casos foi possível saber o agente etiológico. O objetivo dos exames laboratoriais é identificar

o agente etiológico responsável pelo surto, na grande maioria das ocorrências de origem bacteriana. Deve-se ressaltar que a solicitação do tipo de provas deve ser feita com base no quadro clínico dos doentes¹⁶. Os exames de coprocultura e análise da água tiveram resultado negativo, logo, os casos foram avaliados como DTA baseado no quadro clínico apresentado pelos indivíduos e nas condições higiênico-sanitárias inadequadas encontradas no ambiente do estabelecimento produtor, no processo de transporte dos alimentos e na qualidade de sua exposição ao consumo.

A dificuldade de isolamento do agente etiológico aponta para questões de agilidade e irregularidade de procedimentos também no serviço de vigilância, além da incompletude dos dados. O uso de instrumentos, como o *check list*, podem ajudar o perito a não negligenciar informações. Quem fez a coleta e envio das amostras foi a própria empresa, ação sem confiabilidade. Por outro lado, a instalação de protocolos sentinelas na rede de saúde exige uma relação estreita de cooperação com os serviços, em todos os níveis de complexidade. Neste sentido, a reflexão da equipe do PET-VS pôde apontar uma integralidade de ações ainda incipiente e carente de investimentos.

Por fim, a terceirização da alimentação da mão de obra faz parte de um contexto maior de precarização das relações de emprego e trabalho que se agrava em um cenário de desresponsabilização do empresariado e do próprio Estado. Esse quadro - e suas possíveis repercussões na saúde e vida dos trabalhadores da construção civil e de outros setores - ainda não foi devidamente dimensionado, mas deve formular exigências ainda maiores para a VS e a gestão municipal. Esses desafios colocam em xeque a capacidade dessa gestão de avaliar e melhorar suas práticas, o que inclui a construção de processos com maior visibilidade (transparência) e controle social.

CONCLUSÃO

A segurança alimentar é um desafio atual e visa a oferta de alimentos com valor nutritivo preservado e livre de agentes que possam pôr em risco a saúde. A capacitação dos profissionais manipuladores de alimentos e a presença contínua do responsável técnico são fatores primordiais dentro de uma concessionária de alimentos que promove boas práticas de fabricação.

O crescimento da área da construção civil deve ocorrer com a garantia de boas condições de trabalho e saúde para os trabalhadores, logo a exigência de qualidade alimentar deve ser fator prioritário para as empresas construtoras, responsáveis pelo seu operariado. Mas, para que isso aconteça, é importante que a valorização da saúde também seja um interesse legitimamente expresso pelos próprios trabalhadores. Esta consciência sanitária tem dificuldades de ser incorporada quando existe baixo nível educacional, o que aumenta a responsabilidade dos setores de representação sindical na luta, não apenas de melhores condições de salário, mas de trabalho, vida e cidadania.

Por outro lado, os serviços de Vigilância à Saúde, no seu exercício público de proteção à saúde necessitam incorporar os avanços tecnológicos às suas práticas. É preciso questionar se os problemas estruturais da VS podem ser orgânicos às exigências de reprodução desenfreada de ramos do capital que têm conseguido se manter imunes às ações do Estado. A contradição entre a profusão de normas que respaldam a legislação e a escassez de instrumentos para torná-las exequíveis, só pode ser compreendida numa perspectiva teórica crítica. E a formação do profissional no interior dos serviços, quando integrada à graduação, à educação continuada e à pesquisa, adquire potencial para contribuir para esse exercício crítico e aperfeiçoamento das práticas de saúde.

Espera-se que esse artigo possa estimular esse potencial e o registro mais minucioso dos resultados das inspeções e investigações epidemiológicas e sanitárias, de forma a facilitar a análise dos riscos e agravos à saúde e sua efetiva prevenção, além de prover a reflexão como elemento cotidiano das práticas de vigilância em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Paim J. **Vigilância da Saúde**: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009. p. 459-491.
2. Rosen G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: UNESP; HUCITEC; ABRASCO; 1994. p.73-149.
3. Jaeger J. **Paideia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
4. Souto AC. **Saúde e Política**: a Vigilância Sanitária no Brasil 1976-1994. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2004.
5. Costa EA. **Vigilância Sanitária**: proteção e defesa da saúde. São Paulo: HUCITEC, SOBRAVIME; 1999.
6. Decreto-Lei nº 986, de 21 de Setembro de 1969. Dispõe sobre nomenclaturas, registro e controle dos alimentos, rotulagem, aditivos, padrões de identidade e qualidade, fiscalização e outros. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 out. 1969.
7. Lei nº 6.437, de 20 de Agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 1977.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária**. 1.ed. Brasília: Anvisa; 2007.
9. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova suas Diretrizes Operacionais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 fev. 2006.

10. Crim SM, Iwamoto M, Huang JY, Griffin MP, Gilliss D, Alicia B. Cronquist AB et al. Incidence and Trends of Infection with Pathogens Transmitted Commonly Through Food — Foodborne Diseases Active Surveillance Network, 10 U.S. Sites, 2006–2013. **Weekly Report** 2014; 63(15): 328-332.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: 2011.
12. Teles AS, Oliveira RFA, Coelho TCB, Ribeiro GV, Mendes WML, Santos, PNP. Papel dos medicamentos nas intoxicações causadas por agentes químicos em município da Bahia, no período de 2007 a 2010. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.** 2013; 34(2): 281-288.
13. Nascimento KO, Silva EB. Avaliação das condições higiênico-sanitárias de panificadoras em Volta Redonda, RJ. **Nutrição em Pauta** 2007; 21(157): 61-4.
14. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual integrado de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.cepesvitoria.com.br/downloads/ManuaVIGILANCIA%20DE%20ALIMENTOS/EDTA.pdf>. [2014 set 11].
15. Germano PML, Germano MIS. **Higiene e vigilância Sanitária de alimentos**. São Paulo: Livraria Varela; 2001.
16. Benenson AS, American Public Health Association. **Control of Communicable Disease in Man**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
17. Hughes JM, Tauxe RV. Food-borne disease. In: Mandell GI, Douglas RG, Bennett JE, editors. Principles and practice of infectious disease. New York: Churchill Livingstone; 1995. p. 893-905.
18. Leite LHM, Waissmann W. Doenças transmitidas por alimentos na População Idosa: riscos e prevenção. **Rev. ciênc. méd.** 2006; 15(6): 525-30.
19. Tomich RGP, Tomich TR, Amaral AA, Junqueira RG, Pereira AJG. Avaliação das boas práticas de fabricação em indústrias de pão de queijo. **Ciênc. Tecnol. Aliment.** 2005; 25(1): 115-120.
10. Benevides CMJ, Lovati RCC. Segurança Alimentar em estabelecimentos e processadores de alimentos. **Hig. Alim.** 2004; 18(125): 24-7.
21. Menezes GS, Serra SMB. Análise das áreas de vivência em canteiros de obra. In: **Anais do III Simpósio de Gestão e economia da construção** (SIBRAGEC); 2003; São Carlos, São Paulo. São Paulo: UFScar; 2003. p. 1-10.
22. Offe C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.
23. Althusser L. **On Ideology**. London: Verso; 2008.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0116822_03_postextual.pdf. [2011 dez 23].
25. Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil. Feira concentra quase metade das construções fora da capital. [acesso em 23 dez 2011]. Disponível em: <http://www.sinduscon-ba.com.br/>. [2011 dez 23].
26. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 216 de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set 2004.
27. Portaria Federal n. 326, de 30 de julho de 1997. Regulamento Técnico sobre as Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 ago 1997.
28. Portaria GM n. 3.214 de 08 de junho de 1978. Norma Regulamentadora 18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jul 1978.
29. Silva Júnior EA. **Manual de controle higiênico-sanitário em serviços de alimentação**. São Paulo: Livraria Varela; 2005.
30. Badaró ACL, Azeredo RMC de, Almeida MEF de. Vigilância Sanitária de alimentos: uma revisão. **Nutrir Gerais** 2007;1(1): 1-25.

Endereço para correspondência

Renata Freitas de Araujo Oliveira
Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC)
Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Campus da Universidade Estadual de Feira de Santana
Avenida Transnordestina, s/nº, CEP: 44036-900
Feira de Santana, Bahia, Brasil.