



FACULTAD INTERAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

KEILA BRANDÃO MUNIZ TOMAZ

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE
MOSSORÓ/RN: TEORIA E PRÁTICA**

ASSUNÇÃO-PARAGUAI

2020

KEILA BRANDÃO MUNIZ TOMAZ

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE
MOSSORÓ/RN: TEORIA E PRÁTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade Interamericana de Ciências Sociais (FICS), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Ciências da Educação, com a linha de Pesquisa Políticas e Instituições Educacionais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Taniamá Vieira da Silva Barreto.

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kátia Cilene da Silva.

ASSUNÇÃO-PARAGUAI

2020

Catálogo de Publicação na Fonte.

Tomaz, Keila Brandão Muniz.

Ações de educação em saúde na Vigilância Sanitária de Mossoró/RN: teoria e prática / Keila Brandão Muniz Tomaz / Keila Brandão Muniz Tomaz. - 2019. 147f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Facultad Interamericana de Ciencias Sociales, Programa de Pós-graduação em Ciências da Educação. Assunção, Paraguai, RN, 2020.

Orientadora: Prof^a Dr^a Taniamá Vieira da Silva Barreto.

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Kátia Cilene da Silva.

1. Educação - Dissertação. 2. Vigilância Sanitária - Dissertação. 3. Política Nacional de Promoção à Saúde – Dissertação. 4. Educação em Saúde – Dissertação. 5. Saúde Pública - Dissertação. I. Barreto, Taniamá Vieira da Silva. II. Silva, Kátia Cilene da. III. Título.

CDU 37.091.39:614.3

Dedico este trabalho ao meu esposo Augusto, com amor, admiração e gratidão.

Às minhas filhas, Heloisa e Helena, por compreenderem minhas ausências e serem razão da minha vida.

Aos meus pais, Ildo e Vandete, pela especial dedicação e apoio durante toda a minha vida.

À minha irmã, Karla, à minha sobrinha, Rafaella, pelo grande incentivo durante essa pesquisa.

Aos cidadãos usuários dos serviços de saúde, o meu reconhecimento,

por serem instrumento do meu aperfeiçoamento.

AGRADECIMENTOS

Toda a minha gratidão a Deus, pela inspiração a mim concedida, no trilhar do meu caminho.

A todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

De forma especial, agradeço à Profa. Dra. Taniamá, que sempre teve presente na construção democrática de novos conhecimentos.

A grande generosidade da Profa. Dra. Kátia Cilene, que proporcionou uma visão mais ampla dos conhecimentos, contribuindo para novas reflexões.

Aos que fazem a FICS, pela disponibilização institucional.

RESUMO

A Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, organizada pela OMS, em 1978, culminou com a Carta de Alma-Ata, que redefiniu a importância de fatores como as desigualdades sociais, a participação da população, as condições materiais e a atuação dos sistemas de saúde para a conquista de melhores condições de vida. No Brasil, a Constituição de 1988 afirma: “saúde é direito de todos e dever do Estado” e, portanto, deve ser garantido um sistema de saúde baseado em políticas públicas integradas de diversos setores para a redução dos riscos e agravos à saúde. Com isso, esse estudo tem como objetivo analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pela vigilância sanitária na construção da promoção da saúde em Mossoró/RN, bem como caracterizar a estrutura organizacional da vigilância sanitária; identificar a percepção dos fiscais de VISA acerca de seu papel no desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde; perceber as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde dos fiscais da VISA de Mossoró/RN; apresentar as ações de Educação em Saúde desenvolvidas pela vigilância sanitária. Para tanto, utilizamos como metodologia para obtenção dos objetivos propostos um estudo de natureza qualitativa, de cunho exploratório, com a vigilância sanitária da cidade de Mossoró/RN. Ressaltamos que a pesquisa tem relevância quando percebemos a necessidade do conhecimento das práticas empregadas de educação em saúde no setor de vigilância sanitária da cidade de Mossoró/RN. Entendemos que a promoção da Saúde é um processo de responsabilidade, individual e coletiva, de construção social contínua, intrínseca das visões culturais, políticas, econômicas, das subjetividades dos sujeitos e de seus grupos sociais. Existe muita diferença entre a teoria e a prática da Promoção da Saúde, regida pela Política Nacional de Promoção da Saúde, pois até hoje ocorre de forma muito arraigada a atuação de gestões sob forte influência do modelo capitalista, onde as ações são hierarquizadas e verticalizadas, inexistindo a prática da participação social, da construção de novos saberes e fazeres coletivos, dos diálogos, impossibilitando a autonomia dos cidadãos. Ao final desse estudo, percebemos dificuldades que levam ao não cumprimento de todas as ações dentro da vigilância sanitária na cidade de Mossoró, que vão desde problemas de infraestrutura até de pessoal, pois, apesar da articulação das ações por parte dos setores, os entraves nas práxis trazem alguns percalços na promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Educação em Saúde. Saúde Pública. Vigilância Sanitária.

RESUMEN

La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la OMS, en 1978, culminó con la Carta de Alma-Ata, que redefinió la importancia de factores como las desigualdades sociales, la participación de la población, las condiciones materiales, el desempeño de los sistemas de Salud, para lograr mejores condiciones de vida. En Brasil, la Constitución de 1988 reafirma: "la salud es un derecho de todos y un deber del Estado" y, por lo tanto, debe garantizarse un sistema de salud basado en políticas públicas integradas de diferentes sectores para reducir los riesgos y los problemas de salud. Por lo tanto, este estudio tiene los medios para analizar las acciones de educación para la salud desarrolladas por la vigilancia sanitaria en la construcción de la promoción de la salud en Mossoró/RN, además de caracterizar la estructura organizativa de la vigilancia sanitaria; identificar la percepción de los inspectores de VISA sobre su papel en el desarrollo de acciones de educación y promoción de la salud; Comprender las estrategias utilizadas para el desarrollo de las acciones de Educación para la Salud por los inspectores de VISA de Mossoró/RN; caracterizar las acciones de Educación para la Salud desarrolladas por la vigilancia de la salud. Com este fin, utilizamos como metodología para obtener los objetivos propuestos un estudio cualitativo, de naturaleza exploratoria, con la vigilancia sanitaria de la ciudad de Mossoró/RN. Hacemos hincapié en que la investigación es relevante cuando nos damos cuenta de la necesidad de conocer las prácticas empleadas en la educación para la salud en el sector de vigilancia sanitaria en la ciudad de Mossoró/RN. Entendemos que la promoción de la salud es un proceso de responsabilidad, individual y colectiva, de construcción social continua, intrínseca a los puntos de vista culturales, políticos, económicos, subjetividades de los sujetos y sus grupos sociales. Existe una gran diferencia entre la teoría y la práctica de la Promoción de la Salud, regida por la Política Nacional de Promoción de la Salud, porque incluso hoy en día se lleva a cabo la gestión bajo la fuerte influencia del modelo capitalista, donde las acciones se jerarquizan y verticalizan, y donde no hay práctica de participación social, la construcción de nuevos conocimientos y prácticas colectivas, diálogos, imposibilitando la autonomía de los ciudadanos. Al final de este estudio, notamos dificultades que provocan el incumplimiento de todas las acciones dentro de la vigilancia sanitaria en la ciudad de Mossoró, que van desde problemas de infraestructura hasta personal, porque, a pesar de la articulación de acciones por parte de los sectores, los obstáculos en la práctica causan algunos percances en la promoción de la salud.

Palabras clave: Promoción de la salud. Política nacional de promoción de la salud, educación de la salud, salud pública. Vigilancia sanitaria.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| AIDS | Acquired Immunodeficiency Syndrome |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| Art. | Artigo |
| Capacita-VISA | Programa de Formação e Aperfeiçoamento Profissional em Vigilância Sanitária |
| EAD | Educação à Distância |
| Educanvisa | Educação em Vigilância Sanitária |
| GT | Grupo de trabalho |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOBs | Normas Operacionais Básicas do SUS |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PDVISA | Plano Diretor de Vigilância Sanitária |
| PNEC | Política Nacional de Educação Continuada |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PNVS | Política Nacional de Vigilância em Saúde |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| RN | Rio Grande do Norte |
| SIM | Serviço de Inspeção Municipal de Produtos de Origem Animal e Vegetal |
| SNVS | Sistema Nacional de Vigilância Sanitária |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUVISA | Subcoordenadoria da Vigilância Sanitária do RN |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| URSAP | Unidade Regional de Saúde Pública |
| VISA | Vigilância Sanitária |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 01 – Dicotomia entre a Metodologia hegemônica e a dialógica..... | 38 |
| Quadro 02 – PDVISA..... | 46 |
| Quadro 03 – Demonstrativo do significado da Promoção da Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes..... | 71 |
| Quadro 04 - Demonstrativo das Atividades Profissionais que representam Ações de Promoção da Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes. | 72 |
| Quadro 05 – Demonstrativo do significado de Educação em Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes..... | 73 |
| Quadro 06 - Demonstrativo das Atividades Profissionais que representam Ações de Educação em Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes..... | 74 |
| Quadro 07 - Demonstrativo dos aspectos positivos e aspectos negativos das ações da VISA, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes..... | 75 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 01 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a Pós-Graduação – 24 respondentes..... | 63 |
| Tabela 02 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a participação em capacitações – 24 respondentes..... | 63 |

LISTA DE FIGURA

| | |
|--|----|
| Figura 01 – Organograma Prefeitura Municipal de Mossoró..... | 60 |
|--|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 01 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a graduação..... | 61 |
| Gráfico 02 - Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo ano de conclusão..... | 62 |
| Gráfico 03 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo o tempo de serviço na VISA ... | |
| 64 | |
| Gráfico 04 - Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a função/cargo que desempenha – 24 respondentes. | 65 |
| Gráfico 05 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo ocupações senão a VISA – 24 respondentes. | 66 |
| Gráfico 06 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo os tipos de ocupações senão a VISA – 24 respondentes. | 67 |
| Gráfico 07 - Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo o tipo de Capacitação – 24 Respondentes | 68 |
| Gráfico 08 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo o tempo que participou de Capacitação - 24 respondentes..... | 69 |
| Gráfico 09 – Capacitação dos fiscais – PDVISA..... | 100 |
| Gráfico 10 – Atividades educativas para setor regulado – PDVISA..... | 101 |
| Gráfico 11 – Atividades educativas para a população – PDVISA..... | 102 |
| Gráfico 12 – Educação em saúde – PDVISA..... | 103 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 As ações de educação em saúde na vigilância sanitária | 17 |
| 1.2 Justificativa e relevância do estudo | 18 |
| 1.3 Hipótese | 19 |
| 1.4 Objetivos | 20 |
| 1.4.1 Objetivo geral | 20 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 20 |
| 2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE | 22 |
| 2.1 SUS e a promoção da saúde | 22 |
| 2.2 Política Nacional de Promoção da Saúde | 26 |
| 2.3 Vigilância em Saúde e a primeira Política Nacional de Vigilância em Saúde/2018 .. | 28 |
| 2.4 Educação em saúde | 33 |
| 2.5 Vigilância Sanitária | 39 |
| 2.5.1 Trajetória da vigilância sanitária no Brasil | 40 |
| 2.5.2 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA e o PDVISA | 42 |
| 2.5.3 Municipalização da Vigilância Sanitária e suas ações | 47 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA | 52 |
| 3.1 Natureza da pesquisa | 52 |
| 3.2 Cenário da pesquisa | 52 |
| 3.3 Sujeitos do estudo | 53 |
| 3.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados | 54 |
| 3.4.1 Aplicação do questionário | 54 |
| 3.4.2 Pesquisa documental de itens específicos do PDVISA | 55 |
| 3.5 Processamento e análise dos dados | 56 |
| 4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS | 58 |
| 4.1 Estrutura organizacional da VISA | 58 |
| 4.2 Perfil dos profissionais da Vigilância Sanitária de Mossoró | 61 |
| 4.3 Ações da VISA no cenário investigado | 70 |
| 4.3.1 Significado de promoção da saúde, segundo os fiscais de VISA | 70 |
| 4.3.2 Atividades da prática dos profissionais de VISA que representam promoção da saúde | 72 |
| 4.3.3 O significado de educação em saúde segundo os fiscais de VISA | 72 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3.4 As estratégias que representam as ações de educação em saúde na prática dos fiscais | 73 |
| 4.3.5 Aspectos facilitadores e os desafios para desenvolvimento das ações da VISA, segundo os profissionais | 75 |
| 4.3.5.1 Aspectos facilitadores (pontos positivos) em relação ao desenvolvimento das ações da VISA, segundo os profissionais de VISA | 76 |
| 4.3.5.2 Aspectos desafiadores (negativos) em relação ao desenvolvimento das ações de VISA, segundo os profissionais de VISA | 77 |
| 4.4 Espaço para acrescentarem algo que consideravam importante, e que o questionário não contemplou..... | 78 |
| 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 79 |
| 5.1 Estrutura organizacional | 79 |
| 5.2 Refletindo sobre o perfil dos sujeitos da investigação | 79 |
| 5.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a graduação..... | 79 |
| 5.2.2 Perfil dos sujeitos, segundo o ano de conclusão da graduação..... | 81 |
| 5.2.3 Perfil dos sujeitos, segundo a realização de pós-graduação..... | 81 |
| 5.2.4 Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a função desempenhada..... | 82 |
| 5.2.5 Perfil dos sujeitos, segundo o tempo de serviço na VISA | 83 |
| 5.2.6 Perfil dos sujeitos, segundo função/ cargo | 83 |
| 5.2.7 Perfil dos sujeitos, segundo a existência de ocupação senão VISA | 84 |
| 5.2.8 Perfil dos sujeitos, segundo os tipos de ocupações senão VISA | 85 |
| 5.2.9 Perfil dos sujeitos, segundo participação em capacitação..... | 86 |
| 5.2.10 Perfil dos sujeitos segundo o tipo de capacitação..... | 87 |
| 5.2.11 Perfil dos Sujeitos, segundo quando foi a última capacitação da qual participou..... | 87 |
| 5.3 Ações da VISA no cenário investigado..... | 88 |
| 5.3.1 O significado de Promoção da Saúde | 88 |
| 5.3.2 Ações utilizadas na Promoção da Saúde..... | 89 |
| 5.3.3 O significado de Educação em Saúde..... | 90 |
| 5.3.4 Ações estratégicas utilizadas na Educação em Saúde..... | 91 |
| 5.3.5 Aspectos facilitadores para o desenvolvimento das ações da VISA | 92 |
| 5.3.6 Aspectos dificultadores para o desenvolvimento das ações da VISA..... | 94 |
| 5.4 Espaço para acrescentarem algo que consideravam importante, e que o questionário não contemplou..... | 98 |

| | |
|--|------------|
| 5.5 A educação em saúde à luz do PDVISA | 98 |
| 5.5.1 Capacitação dos fiscais, à luz do PDVISA | 99 |
| 5.5.2 Atividades educativas para o setor regulado, à luz do PDVISA | 101 |
| 5.5.3 Atividades educativas para a população, à luz do PDVISA | 102 |
| 5.5.4 Educação para promoção da saúde, à luz do PDVISA | 103 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 107 |
| REFERÊNCIAS | 110 |
| APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA..... | 120 |
| APÊNDICE B – ENCAMINHAMENTO PARA ACESSO AOS PDVISA 2009 A 2018 | 121 |
| APÊNDICE C – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 122 |
| APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO | 124 |
| APÊNDICE E – DIÁRIO DE CAMPO..... | 126 |
| APÊNDICE F –PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO A GRADUAÇÃO – 24 RESPONDENTES..... | 127 |
| APÊNDICE G – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO – 24 RESPONDENTES..... | 128 |
| APÊNDICE H – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O TEMPO DE SERVIÇO NA VISA – 24 RESPONDENTES | 129 |
| APÊNDICE I – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O TIPO DE CAPACITAÇÃO – 24 RESPONDENTES..... | 130 |
| APÊNDICE J – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O TEMPO QUE PARTICIPOU DE CAPACITAÇÃO – 24 RESPONDENTES | 131 |
| APÊNDICE K – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO OCUPAÇÕES SENÃO A VISA - 24 RESPONDENTES..... | 132 |
| APÊNDICE L – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO OS TIPOS DE OCUPAÇÕES SENÃO A VISA – 24 RESPONDENTES | 133 |
| APÊNDICE M – CAPACITAÇÃO DOS FISCAIS/PDVISA | 134 |
| APÊNDICE N – EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O SETOR REGULADO/PDVISA..... | 137 |
| APÊNDICE O – EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO/PDVISA.. | 139 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE P – EDUCAÇÃO EM SAÚDE/PDVISA..... | 141 |
| APÊNDICE Q – REGISTRO FOTOGRÁFICO..... | 142 |
| ANEXO A – PDVISA DE MOSSORÓ 2017 | 143 |
| ANEXO B – COMPROVAÇÃO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MOSSORÓ..... | 147 |
| ANEXO C – PARECER DE DEFERIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA | |

1 INTRODUÇÃO

Considerando o processo educativo como construção de conhecimentos dentro da vigilância sanitária, esta tem como alvo a população atendida dentro de sua área de abrangência. A educação no setor de saúde compreende três amostras de público prioritário, nas palavras de Falkenberg *et al.* (2014): os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção na mesma das práticas curativas; os gestores que apoiam esses profissionais e a população, que precisa aprender e aumentar sua autonomia, sendo considerada no aspecto individual ou no âmbito coletivo. Os autores complementam que, “embora a definição do Ministério da Saúde (MS) apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática” (FALKENBERG *et al.*, 2014, p.848).

Enfatizamos que a prática da educação em saúde contribui consideravelmente para que o indivíduo, a partir do conhecimento construído, adquira sua soberania quanto a medidas preventivas de doenças e vetores presentes no meio ambiente e que, com medidas profiláticas, podem ser minimizadas. Como bem coloca Brasil (2013, p. 19-20), ao dizer que a educação em saúde é um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”. Falkenberg *et al.* (2014, p.848) acrescenta:

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Com vista a isso, Pinheiro e Luz (2003) destacam que as instituições de saúde assumem papel importante quando falamos em novas formas de estabelecer integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários).

Assim, as instituições de saúde representam lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de educação em saúde

difundidas na coletividade (PINHEIRO, 2003).

Neste contexto, em meio a essa dinâmica de integralidade, ações de educação em saúde aparecem como tática elaborada entre a realidade presente no ambiente de saúde e a procura por atitudes que venham a gerar mudanças na prática da população a partir da implementação da educação em saúde junto à comunidade, contribuindo para a melhoria no quadro de saúde do município.

1.1 As ações de educação em saúde na vigilância sanitária

A vigilância sanitária, a partir de uma visão teórico-prática, atua em duas frentes: uma baseada em legislações, de caráter punitivo e outra com atuação na promoção da saúde, de caráter educativo. Nesse processo o desenvolvimento de ações que venham contribuir na concepção de uma consciência sanitária, trazendo consigo a educação em saúde na área da Vigilância Sanitária (VISA), oportunizam à população conhecer e reconhecer as formas preventivas que se aplicam em ambientes susceptíveis de riscos.

Levando-se em consideração o que foi exposto, este estudo se orienta na atuação do setor de vigilância sanitária da cidade de Mossoró no período entre 2009-2018 no que se refere à prática da educação em saúde, suas ações voltadas para a população como meio de minimização de moléstias causadas por agentes epidemiológicos, agindo de forma contributiva para a promoção da saúde, a partir de ações de educação em saúde. Nos reportamos a Falkenberg *et al.* (2014, p. 848):

A temática deve envolver a compreensão de projetos de sociedades e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde. As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

O Ministério da Saúde trata a educação em saúde como “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população” (BRASIL, 2006, online). Nessa linha, é necessário impor outro olhar sobre o processo formativo dentro das ações educativas da vigilância sanitária, visão que deve ser pautada dentro das normas, mas deve principalmente abranger todas as indigências facultadas à apreensão da população sobre os temas que irão

auxiliar na prevenção de doenças.

Nessa linha da construção do conhecimento, ressaltamos a importância da envoltura dos trabalhadores da saúde na teoria e prática nos serviços e, principalmente, dos princípios que dirigem a formação profissional. Salientamos atenção especial para aqueles que desenvolvem suas atividades na vigilância sanitária, procurando compreender suas riquezas históricas, métodos de organização, fragilidades nas funções e elementos que expressam suas conquistas e pretensões. As atividades formativas em saúde se fundam na questão de que o método formador é apropriado para colaborar decisivamente para a transformação do trabalho em Vigilância Sanitária.

Autores como Costa (2008) e Merhy (2007), dentre outros, ressaltam também que existem importantes trabalhos onde retratam as concepções, as políticas e o modelo de gestão de Vigilância Sanitária. Nessa abordagem, a participação para a construção de políticas promotoras de saúde nos conduz a um repensar o processo de trabalho.

1.2 Justificativa e relevância do estudo

O desabrochar da educação sanitária se deu em associação com a saúde pública, que visava à reprodução e transmissão dos conhecimentos acerca das doenças que permeavam ambientes, amparando a população em termos de noções básicas de profilaxia, caracterizando-se pela transmissão de conhecimento. “Mesmo que realizada de forma massiva, como no caso das campanhas sanitárias no Brasil,” (FALKENBERG *et al.*, 2014, p. 849), por vezes não contemplava todos os aspectos e toda a população alvo. “No Brasil o termo foi e ainda é utilizado, como sinônimo de educação em saúde, mantendo a conotação de práticas educativas verticalizadas” (FALKENBERG *et al.*, 2014, p. 849).

De acordo com as autoras citadas, a

Educação para a saúde também é outro termo usual ainda hoje nos serviços de saúde. Aqui se supõe uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas, que remete ao que Paulo Freire chamou de educação bancária. Nesse sentido, é como se os profissionais de saúde deversem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva (FALKENBERG *et al.*, 2014, p. 849).

As autoras complementam

A educação popular em saúde continua sendo um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como de participação social. Para promover saúde também é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014, p. 849).

Alves e Aerts (2011, p.320) descrevem:

[...] com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os trabalhadores da educação. Aos primeiros cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas vivenciados pela população.

Dessa forma, esse estudo se justifica no momento em que se faz necessário o conhecimento das práticas empregadas de educação em saúde no setor de vigilância sanitária da cidade de Mossoró/RN, considerando a oferta de subsídios para apropriação e distribuição de conhecimentos concernentes à saúde.

A escolha de pesquisar ações de educação em saúde no campo da vigilância sanitária (VISA) e a inclusão de metodologias empregadas pelos fiscais de VISA para as ações de educação em saúde se devem também à carência de estudos nessa área, além da necessidade de contribuir com uma visão mais ampliada das práticas implementadas na cidade de Mossoró/RN, contribuindo com os profissionais que atuam em vigilância sanitária, no que se refere à formação continuada, e com a reflexão acerca dos efeitos da falta de prioridade conferida à área nas políticas de saúde, em especial para a educação em saúde. Esta pesquisa permitirá a observância dos avanços que beneficiam o estabelecimento de procedimentos que desenvolvam e qualifiquem a identificação profissional.

1.3 Hipótese

Os integrantes da vigilância sanitária de Mossoró desenvolvem suas ações distantes de uma visão de promover saúde por meio da educação em saúde, agindo com uma forte cultura de trabalhar a função punitiva da VISA em detrimento da função

educativa.

1.4 Objetivos

Para melhor compreensão dos objetos definidos para a presente pesquisa, estes foram organizados em objetivo geral e objetivos específicos.

1.4.1 Objetivo geral

Analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pela vigilância sanitária na construção da promoção da saúde dentro das instituições e comunidades na cidade de Mossoró/RN, buscando verificar a efetividade dessas ações na promoção da saúde.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a estrutura organizacional da vigilância sanitária;
- Identificar a percepção dos fiscais de VISA acerca de seu papel no desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde;
- Observar as ações de educação em saúde desenvolvidas pela Vigilância Sanitária.

- Analisar se as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde dos fiscais da VISA de Mossoró/RN são efetivas para promoção da saúde.

No segundo capítulo, verifica-se a revisão de literatura e análises documentais relacionadas às políticas públicas de saúde, dentre elas o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a promoção da saúde, a vigilância em saúde como estratégia de promover saúde, a Primeira Política Nacional de Vigilância em Saúde, a educação em saúde para promover saúde, histórico da vigilância sanitária na saúde pública, vigilância sanitária como estratégia do SUS, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a municipalização da VISA e criação do Plano Nacional de Vigilância Sanitária e o Plano Diretor de Vigilância Sanitária

(PDVISA).

No terceiro capítulo, foi descrita a metodologia, com a natureza da pesquisa, percurso metodológico, recursos, abordagem e coleta de dados, instrumentos de coleta de dados, abordagem da análise dos dados.

No quarto capítulo, observa-se que após a coleta de dados foram analisados os dados e, em seguida, foi realizada a discussão dos resultados que foram apresentados, relacionando-os com os estudos correlatos. No quinto capítulo, são apresentadas as considerações finais e conclusões, e no sexto as referências bibliográficas.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Carta de Princípios, datada em 07 de abril de 1948, considerou a saúde como um direito de todos e uma obrigação do Estado, definindo-a como: “situação de perfeito bem estar físico, mental e social”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, online).

Uma visão ultrapassada porque remete a um estágio inatingível, uma vez que os determinantes sociais e as subjetividades são desconsideradas.

Saúde é o resultado do bem estar físico, mental, social, construído dentro das contextualizações econômicas, políticas, culturais, dependentes da participação de todos os setores das políticas públicas para que se efetive, e são inseridas nas complexidades e particularidades de cada indivíduo e comunidade (fatores biológicos, ambientais, estilos de vida e da assistência à saúde). E vai mais além, pois não há como mensurar as subjetividades dos sujeitos e o real sentido de suas necessidades específicas, assim como o poder de suas autonomias para conquistar a qualidade de vida.

Nos anos 70, com a criação do Informe Lalonde, a saúde passou a considerar quatro componentes para a promoção da saúde: biologia humana, estilo de vida, o ambiente e a organização da assistência à saúde (LALONDE, 1996).

A concepção de Lalonde responsabilizou os indivíduos pelos efeitos nocivos à sua saúde, até mesmo quando os problemas estavam fora de seus alcances (CARVALHO, 2004).

A Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, organizada pela OMS em 1978, culminou com a Carta de Alma-Ata, que redefiniu a importância de fatores como as desigualdades sociais, a participação da população, as condições materiais, a atuação dos sistemas de saúde, para a conquista de melhores condições de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

2.1 SUS e a promoção da saúde

No Brasil, a Constituição de 1988 reafirma: “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, online), devendo, portanto, ser garantido um sistema de saúde baseado em políticas públicas integradas de diversos setores para a redução dos riscos e agravos à saúde. A partir daí foi instituído o SUS, por meio da Lei Orgânica

da Saúde, Lei nº 8.080/1990, assimilando o conceito amplo da saúde, ultrapassando o modelo biomédico e tecnológico do capitalismo, sendo incorporada a importância dos determinantes sociais, políticos, econômicos, culturais, para as condições de vida das populações.

Além disso, seus três princípios proporcionaram garantia de acesso universal aos serviços de saúde para todas as pessoas (Universalidade), o atendimento de todas as necessidades das pessoas (Integralidade da assistência – através deste princípio ocorre a integração das ações de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, portanto ele sustenta a articulação da saúde com outras políticas públicas, promovendo ações intersetoriais entre as diferentes áreas para se obter qualidade de vida – efetivada pela rede de atenção à saúde) e o atendimento deve ser com maior investimento para onde a necessidade for maior porque as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes (Equidade) (BRASIL, 1990a).

E existem também os princípios organizativos do SUS, que são a Regionalização (articulação entre os serviços, com a finalidade de unificar os mesmos), a Hierarquização (compreendendo a divisão dos níveis de atenção para as complexidades de cada caso, dentro dos recursos de cada região geográfica e que, por sua vez, serão planejadas a partir de critérios epidemiológicos), a Descentralização (redistribuição do poder entre os três entes da Federação, onde cada esfera é autônoma e soberana, de modo a prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos) e a Participação Popular (envolvendo os conselhos e as Conferências de Saúde, para formular estratégias, avaliar e controlar as políticas de saúde).

A Lei nº 8.142/1990 foi instituída para garantir a participação e o controle social, atendendo ao novo conceito de construção social da saúde (BRASIL, 1990b), e a Portaria nº 3/2017 consolida as normas das redes de atenção do SUS e trata das Diretrizes da Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2017a).

Segundo Sigerist (1946, p. 107), um dos primeiros autores a utilizar o termo promoção da saúde, afirmou que: “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”.

A concepção de prevenção e controle das doenças passou a ser o modelo de Leavell e Clark, da História Natural das Doenças, através das relações entre meio

ambiente, hospedeiro e agente etiológico, não incluindo os determinantes gerais sobre as condições de saúde. Nesse modelo, as medidas preventivas contemplavam três níveis de prevenção, ou seja, primário, secundário e terciário (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A Era da Medicina Preventiva, quando passaram a existir nas universidades os Departamentos de Medicina Preventiva, assumiu-se uma visão capitalista de que seria mais barato evitar do que curar as doenças, ocorrendo, portanto, valorização da tecnologia e da prática de exames preventivos, resultando na indústria da prevenção. E a promoção da saúde era considerada aplicável apenas no nível primário no modelo da História Natural das Doenças, tendo por base as mudanças de comportamentos dos indivíduos (LEAVELL; CLARK, 1976).

O conhecimento epidemiológico baseava-se na prevenção, por meio do controle de infecções e redução dos riscos das doenças degenerativas. Hoje a prevenção é aplicada com eficácia na imunização de doenças, assim como em campanhas de doenças, como a tuberculose, hepatites, a AIDS, hanseníase.

A Promoção da Saúde é construída ao longo da história, dentro de uma concepção de cidadania dos indivíduos de não terem um determinado agravo à saúde, para o qual já existam saberes e fazeres disponíveis. Para Lefèvre e Lefèvre (2007), saúde é um conceito positivo, ao contrário do que ocorre no modelo biomédico, para o qual ser saudável é compreendido como ausência de doença.

A partir da mudança do perfil epidemiológico das doenças, onde ocorreu a maior incidência de doenças crônicas e de causas externas, constatou-se uma nova necessidade de se fazer Promoção da Saúde, adequada às novas realidades e à nova visão do conceito de saúde.

Na atual conjuntura, as estratégias da promoção da saúde têm seus alicerces na Declaração de Alma-Ata e estão sendo desenvolvidas através dos anos nas conferências, que constituem momentos de reflexões que contribuem para propostas mais amplas de políticas públicas. A Primeira Conferência de Promoção da Saúde, em Ottawa em 1986, definiu a promoção da saúde como:

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, para atingir um estado de bem estar físico, mental e social os indivíduos e os grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, online).

A Carta de Ottawa, construída na Primeira Conferência de Promoção da Saúde de Ottawa, relata a importância do empoderamento, nas ações e decisões dos envolvidos, como estratégia de promoção da saúde, para que se identifiquem soluções, reflita-se, escolha-se e se tomem decisões, as quais proporcionem hábitos de vida mais saudáveis. Essa Carta ainda não incluiu a importância dos determinantes sociais, que retratam as condições materiais as quais impedem a maior parte da população fazer escolhas de hábitos de vida com qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, online).

A Conferência de Promoção da Saúde em Santa Fé de Bogotá, em 1992, foi um marco para a América Latina, pois coincidiu com um momento de grave crise histórica, política, econômica, democrática, social e cultural, que impossibilitava a equidade das condições de vida dos cidadãos latinos, repensando maneiras de se fazer políticas públicas saudáveis. (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde no Brasil começou a ser rediscutida dentro da lógica ampliada, a partir do momento histórico da redemocratização, durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde, do Movimento da Reforma Sanitarista e na Constituição de 1988. Verificou-se a luta por uma saúde universalizada e por políticas públicas que garantissem o direito à saúde e à qualidade de vida (MALTA *et al.*, 2014).

O empoderamento é um processo democrático de poder nos setores sociais, individuais e políticos, estando envolvidas várias subjetividades, que compartilham conhecimentos e constroem consciência cidadã, proporcionando autonomia dos sujeitos envolvidos (CARVALHO, 2004; MENDES, 2008). Para Melo (2010, p. 81):

embora se admita a educação como primordial para a promoção da saúde, ao definir a perspectiva de educação em saúde mais adequada para que as ações de vigilância sanitária sensibilizem os munícipes a adotarem seu papel de atores no processo de promoção da saúde, tendo por facilitadores os trabalhadores da vigilância sanitária, é necessário considerar as concepções tradicionais, voltadas para a educação formal, rígida, detentora de verdades apriorísticas e técnicas, e a pedagogia dialógica, crítica e reflexiva, que valoriza o saber do outro.

Para Silva, Costa e Lucchese (2018, p. 1956),

As ações de Visa também promovem à saúde, ao atuar sobre bens, serviços e ambientes para elevar sua qualidade e sobre riscos difusos atuais e potenciais que podem causar direta ou indiretamente danos à saúde individual e coletiva. As intervenções incluem ações comunicativas em defesa

da saúde, que contribuem para fortalecer as capacidades individuais e coletivas para lidar com múltiplos e diversos condicionantes da saúde.

Segundo Freire (1996), o conhecimento científico e o conhecimento das crenças estão presentes na construção de um caminho solidário que proporcione a emancipação e a produção de conhecimentos e de comunicação das informações, de modo que ocorram ações qualificadas, com a participação das pessoas que vivem em determinado território. A autonomia individual não é suficiente para as transformações políticas, sendo necessário o conhecimento individual e coletivo para proporcionar o empoderamento dos cidadãos emancipados.

A gestão autoritária inviabiliza a participação das pessoas, pois ditam que se aceitem as decisões políticas tomadas, ao passo que uma gestão democrática proporciona a participação comunitária (MENDES, 2008).

2.2 Política Nacional de Promoção da Saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) publicada em 2006 surgiu em consequência dos diversos momentos vividos pela saúde em nível internacional e nacional, além de consolidar o SUS. Os objetivos da PNPS são:

promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, online).

Embora a PNPS preconizasse a participação social na estratégia de promoção da saúde por meio de novas práticas de educação em saúde, na realidade suas ações estavam voltadas para a mudança de comportamento dos indivíduos (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Suas diretrizes estão pautadas na cooperação, na equidade, na autonomia, no respeito as diferenças, nas intersetorialidades, na integralidade, na participação social e na cogestão (BRASIL, 2006).

A PNPS foi oficializada no SUS e dotada de programação financeira específica em 2006, sendo incluída nos Pactos em Defesa do SUS, Pacto em Defesa da Vida e no Pacto de Gestão, para promover suas ações transversalmente, possibilitando uma rede de cooperação, diferentemente da antiga verticalização da

hierarquia. Foi contextualizada dentro da importância da participação social, dos determinantes e dos condicionantes, também das necessidades individuais, coletivas e do controle social, para o desenvolvimento de políticas públicas que estabeleçam a equidade e a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Posteriormente, foram inseridos os indicadores de promoção da saúde e monitoramento, e implementados financiamentos e programas. Dentre os temas de prioridade na PNPS, incluem-se a formação e a educação continuada.

A formação e educação permanentes de profissionais de saúde e de gestores foram implementadas visando à sua qualificação em ações de promoção de saúde no SUS, por meio de um aporte de Cursos presenciais e educação a distância (EAD) de promoção da saúde na concepção ampliada.

A Conferência de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2011, a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde em 2011, a Conferência do Rio + 20 em 2012, a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - Saúde em todas as Políticas em 2013 comprovaram as novas necessidades dos cidadãos, justificando a revisão atualizada dentro dos novos contextos de visão ampliada da Política Nacional de Promoção da Saúde (2013/2014) (MALTA *et al.*, 2016).

Os principais fatores incrementados da revisão da PNPS (2013/2014) sugeriram a necessidade de articulação com outras políticas públicas, da implantação de políticas públicas em defesa da vida (a construção social do direito à saúde), da ampliação da comunicação social de informações, para a divulgação de eventos e a criação de novas estratégias que divulgassem a promoção da saúde na rede mundial de computadores.

A revisão foi coordenada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), contando com a participação democrática de gestores, trabalhadores da saúde, Instituições de Ensino Superior e representantes de movimentos sociais, em todo o país (BRASIL, 2014).

A 22ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Curitiba, 2016, aconteceu após 10 anos de implantação da PNPS (2006), com o objetivo de discutir todo este percurso e de construir estratégias de revisão dessas políticas, de modo a proporcionar adaptação aos novos contextos contemporâneos dos debates sobre equidade, dentre eles o atendimento às demandas que surgirem, pois o Brasil é um

país com extenso território e com especificidades regionais. Verifica-se ainda necessidades de articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde (CARTA..., 2016).

2.3 Vigilância em Saúde e a primeira Política Nacional de Vigilância em Saúde/2018

A vigilância em saúde é um processo contínuo, sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde usada no planejamento e na implementação de medidas de saúde pública, para facilitar a proteção, prevenção e controle de riscos e agravos e doenças e para a promoção da saúde. Ela é formada pela Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Vigilância em saúde tem a função de informar os eventos, para que ocorram as ações e intervenções que reduzam os riscos e promovam a saúde, de maneira articulada e harmônica entre as redes de atenção à saúde e com todos os diversos setores que têm influência na saúde, logo suas as ações são fundamentais para a saúde pública (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

O processo de construção da vigilância em saúde está intimamente integrado com os processos históricos do mundo e do Brasil, e com os conceitos de saúde e doença ao longo dos tempos. No século XIX, a vigilância baseava-se no desenvolvimento das investigações das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia culminou no aparecimento de medidas mais eficazes para o controle de doenças, como as vacinas, baseando-se, por sua vez, na observação dos contatos das pessoas atingidas pelas enfermidades (BRASIL, 2005).

O grande marco da vigilância ocorreu no século XX, na década de sessenta, na 21ª Assembleia Mundial de Saúde em 1968, incluindo as ações da vigilância no campo da saúde pública com uma visão mais abrangente, indo além das doenças transmissíveis, incluindo outros eventos adversos à saúde, consolidando o conceito de doenças transmissíveis, ficando a vigilância sanitária restrita as ações de controle de produtos e serviços de interesse a saúde, e ações nos portos, aeroportos e fronteiras (ARREAZA; MORAES, 2010).

As atuais práticas da vigilância em saúde em todo o mundo são baseadas nas práticas da Medicina de Estado da Alemanha, a Medicina Urbana da França e a medicina Social da Inglaterra, que ocorriam já no século XVIII. A determinação social

do processo saúde e doença é o pilar da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana, com intervenções focadas no controle da doença no espaço urbano, intervenções atentas à coleta de dados com a quantificação e distribuição da morbidade e mortalidade, e para as intervenções focadas nos ambientes de trabalho (FOUCAULT, 1982).

A Constituição de 1988, no Art. 200, inciso II, diz ser competência do SUS, a execução das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e da vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Para se obter a integralidade da saúde, é imprescindível a educação continuada entre todos os profissionais de saúde, uma vez que desenvolvem ações interdependentes, e por isto necessitam de eficiência em todas as instâncias para cumprir a meta de qualidade nos serviços prestados. Além dos profissionais serem capacitados, reforçam os vínculos profissionais, favorecendo o fluxo de informações e melhoram os serviços.

A Lei nº 8.080/1990 definiu a vigilância sanitária, epidemiológica e a saúde do trabalhador como integrantes da vigilância em saúde (BRASIL, 1990a, online):

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

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

- O controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde, compreendidos todos as etapas e processos da produção ao consumo; e
- Controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

Entende-se por saúde do trabalhador para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A portaria nº 1.172/2004 reflete uma nova forma de pensar e de agir para o enfrentamento dos problemas, mediante emprego de uma visão mais ampliada de conhecimentos. Sendo assim, a Vigilância em saúde passa a incluir os conceitos ampliados da Vigilância Epidemiológica, Promoção da Saúde, Vigilância da situação de saúde, Vigilância da Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária, incluindo a Vigilância Ambiental na vigilância em saúde (BRASIL, 2004).

A vigilância sanitária deve seguir o que preconiza a política nacional da vigilância em saúde, porque ela está inserida na vigilância em saúde, a qual, por sua vez, é uma estratégia da atenção básica, que segue todos os princípios e diretrizes do SUS, com a finalidade de diminuir o risco de doenças e outros agravos, identificando os riscos sanitários e as situações de vulnerabilidade para, a partir daí, planejar as intervenções para garantir a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Logo, a vigilância em saúde no Brasil está inserida na atenção básica da saúde e deve ser capaz de atender todas as necessidades de saúde da população, numa ordem crescente de complexidade, com planejamento e programação partindo dos critérios epidemiológicos. A articulação entre a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, da situação de saúde e da promoção da saúde deve primar pelo controle dos agravos, os determinantes de saúde, os riscos e os danos à saúde individual ou coletiva, por meio de ações visando à promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos, de responsabilidade dos três entes federados, estruturados num sistema de informação eficiente e eficaz. Para que a informação gere uma ação interventora interdisciplinar, deve-se garantir a estruturação adequada, recursos humanos capacitados e orçamento, que serão controlados com a participação da sociedade. A responsabilidade do desenvolvimento de ações de vigilância em saúde para se ter territórios saudáveis é do Governo Federal, dos governos estaduais e dos governos municipais, por meio de articulações integradas intrasetoriais, das vigilâncias epidemiológica, sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador, das situações de saúde, da promoção da saúde, com toda a rede de atenção à saúde, com a participação da população, numa relação descentralizada, interdisciplinar, horizontal e matricial nos diferentes níveis de atenção do SUS, e com todas as políticas públicas intersetoriais envolvidas (BRASIL, 2017d).

A estrutura e a operacionalização das ações de vigilância de saúde apresentam uma história fragmentada ao longo dos anos, presas a conhecimentos e práticas distribuídas em diversos setores e compartimentadas em departamentos, permanecendo ainda uma visão verticalizada de gestão.

A importância da educação dos profissionais da saúde é indiscutível, uma vez que ações integradas e articuladas exigem profissionais capacitados, pois só

assim superarão a persistente visão fragmentada, baseada em conhecimentos e práticas isoladas (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A prática da interdisciplinaridade no contexto de educação e promoção de saúde predomina cada vez mais; e assim, vamos ao longo da história percebendo as transformações no modo de pensar e agir do homem, assim como as mudanças no seu meio social e cultural.

Na área da saúde, a interdisciplinaridade torna-se ainda mais complexa porque passa da esfera individual para a coletiva. Tal complexidade se acentua quando procuramos entender a saúde no âmbito coletivo, pois envolve o biológico, social, o indivíduo e a comunidade, e os aspectos políticos, sociais e econômicos que estão inseridos no processo (VILELA; MENDES, 2003).

A interdisciplinaridade surgiu da necessidade do homem de sair do seu mundo fragmentado do conhecimento, em virtude do querer saber respostas para suas dúvidas, daí a procura de novas conexões para dar sentido às suas incertezas.

A partir das novas descobertas, percebeu-se que não existia apenas um saber verdadeiro e único, e que a relação do homem com o mundo o fez sair do isolamento do “eu” - quando até então o homem era o centro do universo.

Japiassu (1976, p.65-66), destaca:

[...] do ponto de vista integrador, a interdisciplinaridade requer equilíbrio entre amplitude, profundidade e síntese. A amplitude assegura uma larga base de conhecimento e informação. A profundidade assegura o requisito disciplinar e o conhecimento e informação. A síntese assegura o processo integrador.

No mundo atual, vêm ocorrendo transformações educacionais na área de formação profissional e também na educação continuada dos profissionais, pois se verifica a necessidade da construção dos conhecimentos pautados na interdisciplinaridade, com articulação entre a teoria e a prática, que, juntamente com as mudanças de atitudes de uma sociedade participativa e autônoma, garantam a integralidade às ações e serviços de saúde com qualidade. A área da saúde consegue se ligar a todas as áreas do conhecimento humano.

No Brasil, a integração de multiprofissionais interdisciplinares nas equipes de saúde encontra-se ainda numa prática fragmentada, talvez em virtude das formações profissionais terem sido pautadas numa formação disciplinar e não multidisciplinar integrada, embora o SUS preconize a integralidade das ações, garantida pela

mudança de atitude de uma sociedade mais participativa e autônoma, dotada de poder para reivindicar ações e serviços de saúde com qualidade.

Já a interdisciplinaridade chegou no Brasil, ao final dos anos 1960, e a grande preocupação era a necessidade de dar uma explicação específica para a palavra. Segundo Fazenda (1979), a necessidade de explicitar se mostrava por vários motivos: interdisciplinaridade era uma palavra difícil de ser pronunciada, de ser traduzida e mais ainda de ser decifrada.

É impossível definir o que seja a interdisciplinaridade, pois ela é o resultado dos conhecimentos construídos ao longo da história das sociedades, que é constantemente reconstruída em sentido amplo, dinâmico e complexo, de maneira que uma disciplina não anula a outra; pelo contrário, elas se respeitam, interagem através do sentimento de humildade que permite o diálogo, a troca, a formação, a desconstrução, a reconstrução de conhecimentos entre os diversos campos dos saberes e dos fazeres dos homens, promovendo transformações infinitas dos sujeitos. Para Fazenda (1979), a interdisciplinaridade depende de uma transformação profunda da pedagogia, um novo tipo de formação de professores, e um novo jeito de ensinar, que ocorram de forma simultânea.

A Primeira Conferência Nacional de Vigilância em Saúde foi realizada entre o dia 27 de fevereiro a 02 de março de 2018, como resultado da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, contando com a mobilização de usuários do SUS, de trabalhadores, especialistas, que realizaram as conferências nas etapas municipais e regionais, além das pré-conferências realizadas. O tema central que orientou as discussões foi: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”. Os subeixos foram: Subeixo I, “O lugar da Vigilância em Saúde no SUS”, subeixo II, “Responsabilidade do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde”, subeixo III, “Saberes, Práticas, Processos de Trabalhos e Tecnologias na Vigilância em Saúde”, subeixo IV, “Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde”

(CONFERÊNCIA..., [2017]).

Com o objetivo de propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, assim como o fortalecimento de ações de promoção e proteção à saúde de maneira articuladas entre si e com as demais políticas públicas, foram implementadas as estratégias mais adequadas de atenção à saúde, para atender as desigualdades sociais, de saúde e garantir a equidade dos atendimentos, além de

garantir os financiamentos necessários aos atendimentos.

Logo, a vigilância em saúde está intimamente relacionada às transformações dinâmicas que ocorrem continuamente e que estão contextualizadas em relação aos aspectos políticos, sociais e econômicos do Brasil.

O resultado da Primeira Conferência de Vigilância em Saúde foi a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 588 em 12 de julho de 2018, e homologação, pelo Ministério da Saúde em 13 de agosto de 2018, da primeira Política Nacional Pública de Vigilância em Saúde.

2.4 Educação em saúde

Adentrando na questão da temática Educação em Saúde, nos deparamos com a sua conceituação: um método que abrange a capacitação de um tripé: população, profissionais da saúde e gestores, motivando-os a atuar conscientemente mediante cada ação do dia a dia, dando abertura a espaços para o aperfeiçoamento de novas informações e práticas. Realizando uma educação em saúde adequada e expandida, porém é necessária a inclusão de políticas públicas, representadas pelos tratamentos preventivos e curativos, enfatizando a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde dos indivíduos.

Segundo L'abbate (1994), outro princípio da educação em saúde é que, além de aprender técnicas, o profissional de saúde deve ter uma postura de educador, porque o principal instrumento da relação educativa é o próprio educador. Sendo assim, um ponto essencial na educação em saúde é que os profissionais da área e pacientes precisam sentir-se todos sujeitos do processo educativo. Compreendemos que a educação em saúde inicia e termina na comunidade, devendo ser um processo constante e comunitário; desta maneira, é aceitável compreender que uma educação em saúde eficiente tem um relacionamento interligado a uma educação em serviço. Paim (1998, p. 312) destaca que:

A educação em saúde, então, é prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, uma vez que pode ser considerada no âmbito de práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde.

A união da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), juntamente com

a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), com a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da saúde possibilita o fortalecimento das ações da vigilância em saúde e, conseqüentemente, das ações da vigilância sanitária.

Para Pelicioni e Pelicioni (2007), a educação em saúde é importante para promover saúde e as práticas educativas devem proporcionar construção de conhecimentos de maneira que a população participe ativamente, com motivação para assumir sua autonomia e melhorar sua qualidade de vida.

Na vida prática dos profissionais de saúde, há necessidade de educação continuada para atender às novas realidades, porém a aprendizagem ocorre dentro de uma perspectiva hegemônica, sendo imposta e fora do contexto dos alunos (LOPES *et al.*, 2007). Para Stotz (2005, p. 25),

[...] educação política não se dissocia da vida cotidiana, a qual é base para a compreensão dos problemas no bairro e ponto de partida da reflexão sobre as estratificações sociais e de poder que refletem, no nível local, a estrutura social e política é mais ampla. As pessoas educam-se na ação desenvolvida, descobrem a solidariedade e a opressão, e pela organização, esperança de transformar a situação encontrada.

A escolha da estratégia de comunicação para a educação em saúde deve ser baseada nas características singulares dos grupos sociais que estão envolvidos neste processo de troca de conhecimentos, para uma melhor compreensão, que resultem num processo de êxito de promoção de saúde de qualidade. Conforme Freire (1996), o conhecimento não pode advir de um ato de “doação” que o educador faz ao educando, mas de um processo que se realiza no contato do homem com o mundo dinâmico. Para Vasconcelos (2004, p. 76),

Formou-se um amplo corpo técnico nas instâncias gestoras da burocracia federal, estadual, municipal e distrital, muito competente em atividades de planejamento e com grande habilidade no manejo do jogo de poder institucional, mas, via de regra, intolerante em processos participativos nos quais a população e os profissionais de nível local se manifestem de modo efetivo e autônomo. A lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais de enfrentamento dos problemas de saúde se chocam com a lógica e o ritmo de trabalho dos gestores do setor saúde, mesmo daqueles que se dizem progressistas. Eles concordam com a importância da participação popular, mas não sabem conviver com as surpreendentes formas como ela se manifesta fora dos espaços institucionais formais, os conselhos e as conferências de saúde, no embate político.

O discurso dos gestores defende as ações de educação em saúde como meio de promover saúde, mas na realidade valorizam as práticas baseadas no modelo

hegemônico de educação. Para Vasconcelos (2004):

Na falta do incentivo a ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário e normativo de educação em saúde mantém-se dominante, em que pesem os discursos aparentemente progressistas. As coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das secretarias estaduais e municipais de Saúde, em vez de investir na reorientação da relação cultural que acontece em cada serviço de saúde, têm-se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou no desenvolvimento de ações educativas isoladas, desconectadas da rotina da rede assistencial. Estão mais a serviço do marketing da instituição e de suas lideranças políticas (VASCONCELOS, 2004, p. 77-78).

Para Salci *et al.* (2013, p.), para que as ações de educação em saúde

sejam efetivas e relevantes, é necessário ainda, resgatar os princípios da comunicação, informação, educação e escuta qualificada, [. . .] que compreende a criação de ambientes saudáveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a proposição de políticas públicas saudáveis, o reforço da ação comunitária e a reorientação do sistema de saúde.

A visão da educação em saúde baseada no antigo modelo biomédico, baseado na prevenção de doenças, deu lugar à visão moderna e ampliada de educação em saúde emancipatória, que se baseia na promoção da saúde por intermédio de práticas participativas num trabalho de construção coletiva. Explica Oliveira (2005, p. 45):

O ‘modelo preventivo’ de educação em saúde, também chamado de educação em saúde tradicional, é baseado nos princípios da ‘velha’ saúde pública. [...] A abordagem preventiva da educação em saúde trabalha com a idéia de que os modos de vida dos indivíduos [...] são as principais causas da falta de saúde. [...] Essa ênfase no ‘individual’ acaba produzindo uma representação de ‘falta de saúde’ como uma falha moral da pessoa [...]. O objetivo da prevenção de doenças deve ser alcançado por meio da persuasão dos indivíduos, para que esses adotem modos de vida saudáveis [...].

Coelho e Miranda (2015) descreveram que as ações de Educação em saúde não são de condicionamentos, mas espaços de encontro e de relação. Essa troca democrática de experiências é potencialmente transformadora de cidadãos autônomos e emancipados. Relatam Cavalcanti e Oliveira (2016, online):

A educação em saúde promove mudanças em serviços prestados aos usuários, através do planejamento e organização das ações em saúde, valoriza pessoas envolvidas no processo, acarreta melhorias no atendimento assistencial através da prática educativa voltada para a promoção da saúde. A capacitação da equipe por meio da educação permanente transforma as práticas profissionais formando uma nova visão da condição de saúde, visando mudanças através da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que ocorre melhoria na saúde da população.

Considerando a educação em saúde como peça basilar para a promoção à saúde, colocamos os dizeres de Salci *et al.* (2013, p. 23):

A educação em saúde é uma importante ferramenta da promoção da saúde, envolvendo os aspectos teóricos e filosóficos, os quais devem orientar a prática de todos os profissionais de saúde. Para que desenvolvam um trabalho convergente aos princípios da promoção da saúde, tal como proposto na Carta de Ottawa, há necessidade de colocar ênfase no desenvolvimento das habilidades pessoais e sociais, através da educação em saúde, desenvolvida de maneira dialógica e libertadora.

A política de educação continuada em saúde do SUS prioriza estratégias que visem a humanização, através de práticas participativas entre todos os envolvidos, gestores, profissionais e a comunidade, como modo facilitador de educação, comunicação e gestão democrática.

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) (BRASIL, 2009) através da Portaria n° 1996, e através da Portaria n° 3194, instituiu o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, para a formação continuada de seus profissionais, com o objetivo de transformar as práticas de saúde, a partir das realidades locais, com a participação e o controle social, para possibilitar a efetivação da atenção integral da saúde (BRASIL, 2017c). Neste contexto, destaca-se:

São necessários profissionais intercambiáveis que combinem imaginação e ação. Eles devem ter capacidade para buscar novas informações, saber trabalhar com elas, intercomunicar-se nacional e internacionalmente por meio de recursos mais modernos de informática. Precisam mostrar *c o m p e t e n t e s* para produzir conhecimento e tecnologia próprios que os coloquem, ao menos em alguns setores, numa posição *q u e n ã o* dependência em relação a outros países e preparados para realizar sua profissão de forma contextualizada e em equipe com profissionais não só de sua área, mas também de outras áreas (MASETTO, 2003, p. 19).

No que tange à qualificação da mão de obra, ressaltamos ainda que as instituições de ensino devem procurar formar os cidadãos, os quais serão futuros profissionais, e torná-los preparados para observar novas tendências e capazes de criar e inovar conhecimentos.

Ceccim (2005) relata a importância da propagação de capacidade pedagógica em todas as áreas do SUS, quando o Ministério da Saúde criou em 2003 o Departamento de Gestão da Educação em Saúde, porque foi sentida a necessidade

de transformações no trabalho, de modo que os profissionais do SUS, os gestores, serviços, sistemas e população articulassem entre eles, e que na prática ela continua a ser contextualizada dentro da metodologia tradicional de se fazer educação em saúde. Além de ser ainda uma estratégia descontinuada, pois não existe uma constância no oferecimento.

Morosini, Fonseca e Pereira (2007) relatam que o profissional de saúde que educa dialogando promove a troca de conhecimentos, promovendo uma visão ampliada das trocas de experiências.

A educação hegemônica em saúde tem predominado nas práticas dos profissionais de saúde, e há pouco tempo foram inseridas novas práticas de valorização da educação popular para promover saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Para Stotz, David e Bornstein (2007), para se ter saúde é necessário garantir qualidade de vida, dentro de um contexto no qual profissionais da saúde convivem com as concepções populares de saúde, construídas dentro de suas realidades sociais, culturais, religiosas. Porém, muitos profissionais da saúde não reconhecem e desvalorizam a visão popular de saúde. Melo (2010, p. 73) registrou que há:

[...] a necessidade de a VISA rever a perspectiva de educação, desenvolvida na educação continuada e nas ações de educação em saúde. A adoção de parâmetros dialógicos poderá permitir melhores condições de haver promoção da saúde, posto que a contextualização da realidade e a construção do conhecimento compartilhado, respeitando os saberes de todos os atores envolvidos em saúde, tem se mostrado mais promissor na construção da consciência sanitária.

A Política Nacional de Educação Continuada (PNEC) segue metodologia hegemônica, então ANVISA, através do Programa de Formação e Aperfeiçoamento Profissional em Vigilância Sanitária (Capacita-VISA), está formulando incrementos de educação continuada para os profissionais da VISA por intermédio da Portaria nº 833/2019 do grupo de trabalho (BRASIL, 2019).

Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) distinguem duas concepções dos modelos de educação em saúde: o modelo tradicional – baseado na “educação bancária”, educando como depósito, inexistindo criatividade e autonomia – e o modelo dialógico, baseado em uma educação problematizadora e na construção coletiva de conhecimentos através do diálogo, possibilitando autonomia dos estudantes.

A educação popular em saúde está relacionada à cultura de um povo, pois ela

define as visões de mundo, a maneira como vivem e entendem a vida, onde cada um é ator social, com suas individualidades, e que, com as relações horizontais e de inclusão social, transforma e melhora a qualidade de vida da população, promovendo saúde. É necessária interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um, estabelecendo uma relação de confiança, criando-se vínculos entre os profissionais e a população. Alves (2004) diz que a Educação em Saúde envolve concepções distintas de educação em saúde e de homem, segundo os dois modelos de prática educativa: hegemônica e a dialógica. A hegemônica visa a prevenção das doenças e agravos mediante o repasse de conteúdos biomédicos para a redução de riscos individuais. A dialógica tem como partida o indivíduo e sua realidade, cuja orientação é o desenvolvimento de sua autonomia no cuidado com a própria saúde. Este enfoque é propiciador de práticas educativas sócio-culturalmente sensíveis.

Essa pesquisa foi coordenada e baseada na Política Nacional de Promoção da Saúde, na Política Nacional de Educação Continuada, na Política Nacional de Vigilância em Saúde, relacionada, segundo Alves (2004), à educação em saúde nas perspectivas hegemônica e dialógica, onde esquematizou conforme o quadro 01.

Quadro 01 – Dicotomia entre a Metodologia hegemônica e a dialógica.

| CARACTERÍSTICAS | EDUCAÇÃO EM SAÚDE HEGEMÔNICA | EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIALÓGICA |
|--------------------------------------|---|---|
| Compreensão de saúde | Ausência de doença | Elaboração social do processo saúde-doença |
| Compreensão de educação | Repassar conhecimentos e valores | Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros |
| Compreensão de homem: Usuário | Desprovido de saber ou com saberes equivocados ou nocivos à saúde | Possui saberes e práticas de saúde e cuidados advindos de suas experiências |
| Compreensão dos profissionais | Provido de saberes técnico e científico, tido como verdade absoluta, e desconhece a sabedoria popular | Possui o conhecimento técnico-científico, como em constante reconstrução e que reconstrói novos saberes através da educação popular |
| Foco da prática educativa | População deve aderir a hábitos saudáveis baseados na doença | Baseado no sujeito, a quem se destina a prática educativa |
| Foco em saúde | Exclusivamente preventivista Centrado no esforço individual | Focado na promoção da saúde |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Objetivos da prática educativa | Reduzir riscos, prevenção das doenças e agravos à saúde | Constituição de sujeitos de modo a promover transformações que possibilitem a autonomia e melhoria da qualidade de vida saúde integral |
| Espaços educativos | Inexistência de interação entre a prática educativa, com a preventiva e a assistencialista, dentro de um contexto formal | Integralidade entre a educação em saúde com a assistência em saúde, através de relações interpessoais, onde pulsam vidas |
| Metodologia | Predomínio da prática assistencialista comunicação unilateral, verticalizada, imposta através de estratégias de caráter exclusivamente informativa, pontuadas como palestras, folders, banners, etc. | Comunicação dialógica transversal onde os conhecimentos são construídos, desconstruídos e ressignificados, motivando a reflexão e as transformações dos cidadãos autônomos, usando como estratégia a construção coletiva permanente de conhecimentos, oficinas, rodas de conversas, etc. |
| Ponto de partida | Partem dos conhecimentos técnicos e científicos de acordo com as necessidades do diagnóstico epidemiológico | Parte da realidade intrínseca das populações inseridas dentro dos seus contextos sócio, culturais, com a cooperação participativa em todas as etapas do processo |

Fonte: Adaptado de Alves (2004, p. 29-30).

2.5 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é uma estratégia do SUS do Brasil, logo integra a saúde pública do país, atuando na prevenção, proteção e promoção da saúde, com capacidade de melhorar a qualidade de vida da população. Segundo Silva, Costa e Lucchese (2018), a vigilância sanitária é SUS, constituindo espaço privilegiado de intervenção para elevar a qualidade de serviços e produtos, além de conformar os segmentos produtivos de interesse da saúde e os ambientes às demandas em saúde e às necessidades do SUS.

As ações da VISA que promovem saúde, atuam sobre bens, serviços e ambientes para elevar suas qualidades e sobre riscos difusos atuais e potenciais, que podem causar, direta ou indiretamente, danos à saúde individual e coletiva. As intervenções incluem ações comunicativas em defesa da saúde, que contribuem para fortalecer as capacidades individuais e coletivas para lidar com os múltiplos e diversos

condicionantes da saúde (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

A vigilância sanitária constitui a forma mais antiga da Saúde Pública. As primeiras noções a respeito de vigilância sanitária no Brasil ocorreram com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808 (COSTA; ROZENFELD, 2000).

2.5.1 Trajetória da vigilância sanitária no Brasil

O intenso fluxo das rotas comerciais inglesas, das quais o Brasil passou a fazer parte, exigiu maior controle sanitário das embarcações, da circulação de passageiros e das mercadorias, para prevenir doenças e facilitar a aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional (ROZENFELD, 2000).

No Brasil Colônia, a saúde se baseava na doença e desconhecia a importância da prevenção e promoção da saúde (COSTA; ROZENFELD, 2005).

A vigilância Sanitária é um conjunto de ações visando à proteção à saúde da coletividade contra os agravos prejudiciais à saúde pública. É um processo dinâmico construído ao longo da história em resposta à busca pela saúde, em relação ao consumo de bens ou à sua fabricação. Então, identificados os novos riscos, a partir dos desenvolvimentos das ciências, as novas regulamentações são concretizadas (LUCCHESI, 2006).

O Regimento da Provedoria, 1810, estabeleceu o controle sanitário nos portos, nos controles dos alimentos, nos matadouros e açougues, boticas, drogas e medicamentos (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Tempos após a Independência do Brasil, foi decretada a municipalização dos serviços de saúde com a criação das Câmaras Municipais organizando seus próprios regimentos. A Sociedade de Medicina e Cirurgia foi criada em 1829, colaborando para a elaboração do Código de Posturas do Rio de Janeiro, onde se estabeleceu normas sanitárias, como a prática da licença de fábricas (COSTA; ROZENFELD, 2005).

O decreto nº 16.300/1923 estabeleceu o Regulamento Sanitário Federal, foram definidas as competências do Departamento Nacional de Saúde Pública e normatizado controle sanitário de produtos e instituição de infrações e penalidades (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A expressão Vigilância Sanitária foi contemplada no Regulamento Sanitário federal, no entanto foi empregada de forma indistinta para pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis e para estabelecimentos (LUCCHESI, 2006).

Durante a ditadura militar, foram regulamentadas diversas demandas, devido ao mercado internacional, nas áreas médico-social, produtos, cosméticos, higiene, atividades hemoterápicas, vigilância de portos e fronteiras. Durante esse período, o termo de vigilância sanitária ficou limitado ao conjunto de ações nos portos e fronteiras.

Nos anos de 1970, o conceito foi ampliado, incorporando o controle de produtos e serviços de interesse à saúde. O Congresso Nacional, em 1976, criou a Lei nº 6360, denominada lei da vigilância sanitária, que regulamentou a produção e comercialização de medicamentos, e em 1977 normatizou a lei nº 6437, onde o Ministério da Saúde passou a ter uma nova estrutura, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (COSTA; ROZENFELD, 2005).

O movimento de redemocratização do país a partir da década de 80 foi marcado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, porque forneceu as bases para a criação do SUS, e da Constituição de 1988, que definiu Saúde como um direito de todos e dever do Estado. Entre os principais temas da Conferência estavam: a reformulação do sistema de saúde, o financiamento, hierarquização segundo o grau de complexidade, e a participação social (PAIM, 2008).

Na Constituição, a vigilância sanitária era definida como um conjunto de medidas para elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário nos portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, alimentos, etc., respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/1990 incluiu definitivamente a vigilância sanitária no SUS, na qual foi acrescentado o conceito de risco na definição de vigilância sanitária: “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990a, online).

Observa-se que o conceito de VISA, após a Constituição Cidadã de 1988, acrescentou maior abrangência do que seria a vigilância sanitária, introduzindo com a expressão: “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde” (BRASIL, 1988, online); esse seria o primeiro passo para inclusão da outra face da vigilância, que seria a função educativa.

Na década de 90, com a globalização, o Mercosul, o Mercado Comum do Cone Sul, ocorreram a desconstrução dos direitos sociais e escândalos nas áreas de

medicamentos e serviços, revelando-se a fragilidade da Vigilância Sanitária (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Os autores acrescentam que, apesar desses acontecimentos, foi na década de 90 que a VISA se fundamentou nos riscos epidemiológicos, assumindo um caráter mais cidadão.

Seguindo a contextualização na qual foi sendo inserida cada vez mais a participação da sociedade no processo de redemocratização e da saúde, podemos destacar a Lei nº 8078/1990, que estabeleceu o código brasileiro de defesa do consumidor, para garantir o direito de qualidade de serviços e de produtos para os consumidores.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde, 2018, através da Resolução nº 588, especifica, reafirma e efetiva os princípios e diretrizes do SUS, para fortalecer as ações de promoção e proteção à saúde, reafirmando a participação social, inclusão da educação continuada para os profissionais das equipes de vigilância em saúde, portanto abrange a vigilância sanitária, de maneira que possam atuar integralmente nos potenciais riscos à saúde (BRASIL, 2018).

2.5.2 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA e o PDVISA

O acidente radioativo com o Césio em Goiânia, a morte de idosos na Clínica Santa Genevêa, no Rio de Janeiro, as mortes de pacientes que faziam hemodiálise em Caruaru, a pílula de anticoncepcional Microvilar adulterada contendo farinha evidenciaram a fragilidade da Vigilância Sanitária no Brasil, entre os anos finais da década de 80 e a década 90, comprovando a necessidade de reconfigurar o modelo para facilitar o cumprimento das atribuições da vigilância sanitária, de modo a atender as exigências que promovessem qualidade de vida. Portanto, devido à fragilidade na estrutura organizacional centrada no Governo Federal, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, no governo Collor, nos anos 1990, criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (LUCCHESI, 2006).

A portaria nº 1.565/1994 criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 1994), e a Medida Provisória nº 1.791/1998 (BRASIL, 1998) definiu o SNVS e criou a ANVISA.

Para Solla e Costa (2007), a efetivação do SNVS, no nível do arranjo dos três poderes, sendo descentralizados como prevê o SUS, só aconteceu após a Primeira

Conferência Nacional de Vigilância, em 2001.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária ainda é um sistema em construção e apresenta grandes deficiências tanto no âmbito federal quanto no estadual e no municipal, e a participação e o controle social (Conselhos de Saúde) são muito discretos, predominando a hegemonia do modelo médico assistencial, curativista, hospitalocêntrico, que enfraquece até hoje as ações de regulação e de vigilância sanitária, contribuindo para até hoje não ser bem percebida pela população, gestores e profissionais da saúde (SILVA, 2007). Para Seta, Oliveira e Pepe (2017, p. 3232):

É necessário reafirmar que o Estado brasileiro tem o dever constitucional de proteção da saúde e de prover meios para o bom funcionamento dos dois sistemas nacionais que organizam a ação das quatro vigilâncias do campo da saúde. Em especial, do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que, visando à segurança sanitária e à defesa dos interesses da população brasileira e não do setor produtivo, enfrenta interesses econômicos transnacionais oligopolizados. O argumento da crise financeira do Estado brasileiro não pode prevalecer sobre o direito da população e o dever constitucional de proteção da saúde, na vigência do subfinanciamento público da saúde

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), atuando nos laboratórios de saúde pública, postos da ANVISA, vigilância sanitária dos estados e vigilância sanitária da capital, tanto na função punitiva quanto educativa, nas atividades normativas dos órgãos do Ministério da Saúde, e em outros setores, e também na sociedade civil, consulta e serviços do ciclo de debate, nas atividades de inclusão produtiva, mural das VISAS, *webinar* para a participação da população através de opiniões, no Projeto Educação em Vigilância Sanitária (Educanvisa), para os alunos de escolas, no Capacita-VISA, para apoiar a formação, o aperfeiçoamento e capacitação dos profissionais de VISA, e na ouvidoria, logo integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Educanvisa é um projeto contributivo da ANVISA, de 2009, com o intuito de estimular a educação em saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, com o objetivo de capacitar professores das redes estaduais e municipais de educação e profissionais das vigilâncias sanitárias, formando uma rede de multiplicadores construir conhecimentos relacionados às informações sobre o cuidado com o uso e consumo de produtos e de

serviços que podem apresentar riscos sanitários. Ele estimula a inserção dos conteúdos promoção da saúde e vigilância sanitária no projeto político-pedagógico das escolas, para mais qualidade de vida da população brasileira (MATSUMOTO, 2015). Até janeiro de 2019, o município de Mossoró não aderiu ao Educavisa.

Em 05 de janeiro de 2018, foi publicada a resolução RDC nº 207, que “dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificado de Boas Práticas de Fiscalização, Inspeção e Normatização no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS” (ANVISA, 2018).

No capítulo I, art. 2, inc. VII, da resolução citada acima, determina que as ações educativas em vigilância sanitária, voltadas à população e ao setor regulado, são premissas para a organização da VISA; no capítulo II, seção IV, artigo 13 § 2º e), reafirma que a União pode delegar aos Estados, ao Distrito Federal, e aos municípios a responsabilidade de implementar programa de qualificação e capacitação dos profissionais que realizam inspeção sanitária; e no Capítulo IV, Artigo 25, § 1º reafirma como requisitos da pactuação das ações de VISA, a formação profissional, a capacitação teórica e prática, bem como a exposição, mediante ação de inspeção, ao objeto de atuação (ANVISA, 2018).

A lei nº 9.782/1999 criou a ANVISA e foi regulamentada pelo Decreto 3.029/1999, e define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), seguindo as atribuições do SUS, garantida no Art. 200 da Constituição Federal. Ela é uma autarquia que está sob regime especial com sede e foro no Distrito Federal, com representações em todo o território brasileiro por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, cuja finalidade é a de promover a proteção da saúde da população através do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, que vai desde os ambientes dos processos, dos processos, dos insumos, das tecnologias, incluindo controle de portos, aeroportos, fronteiras e alfândega (BRASIL, 1999a).

A sua missão é a de proteger e promover a saúde da população, intervindo nos riscos da produção, uso de produtos e na prestação dos serviços sujeitos à Vigilância Sanitária, prevista no SUS, de maneira coordenada e integrada. Enquanto a sua visão é de ser uma instituição promotora de saúde, cidadania, atuando de maneira eficiente e transparente, como a atriz principal da regulação e controle sanitário nacional e

internacionalmente. Seus valores são baseados na ética e responsabilidade, na capacidade de articulação e integração (seguindo o princípio do SUS – Integralidade), na gestão com excelência, no conhecimento para a ação e na transparência (BRASIL, 1999a).

O art. 1º da lei define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária como o 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, 1999a). Essas ações também abrangem o controle de bens de consumo e da prestação de serviços relacionados à saúde, em todas as suas etapas.

A administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão os responsáveis pelo controle da circulação de bens e prestação de serviços com “regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária” (BRASIL, 1988, online).

A Primeira Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, constatou a importância e a necessidade da construção do Plano Diretor para a vigilância sanitária. Em maio de 2007, foi publicada a Portaria nº 1052 GM/MS, que consolidou e fortaleceu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNSV), através do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) (CONFERÊNCIA..., 2002).

O PDVISA é o instrumento político, estratégico e pedagógico norteador dos trabalhos de vigilância sanitária no Brasil, porque reconhece as diversidades do país e respeita as especificidades e heterogeneidade de todas as regiões, para transformar positivamente o nosso contexto sanitário.

O objetivo do plano diretor é o planejamento e a integração, possibilitando a definição de responsabilidades, funcionando como um instrumento de pactuação do SUS (ANVISA). O PDVISA serve de alicerces para a construção dos planos de ações da VISA e dispõe de dois eixos, segundo a Portaria nº 1.052 G.M./2007 (BRASIL, 2007).

Quadro 02 – PDVISA

| |
|---|
| EIXO 1 – AÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA GESTÃO, SENDO SUBDIVIDIDO EM: |
| <input type="checkbox"/> Estrutura administrativa e operacional; |
| <input type="checkbox"/> Estrutura física e recursos materiais; |
| <input type="checkbox"/> Gestão de pessoas; |
| <input type="checkbox"/> Fortalecimento da gestão. |
| EIXO 2 – AÇÕES ESTRATÉGIAS PARA GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO, SENDO SUBDIVIDIDO EM: |
| <input type="checkbox"/> Produtos, serviços e ambientes de interesse a saúde; |
| <input type="checkbox"/> Realização de inspeções sanitárias em produtos, alimentos e ambientes de interesse a saúde (serviços); |
| <input type="checkbox"/> Realizar coletas de amostras de alimentos, produtos e de água para o consumo humano; |
| <input type="checkbox"/> Notificar produtos e eventos adversos; |
| <input type="checkbox"/> Promover atividades educativas para profissionais do setor regulado nas áreas de serviços, produtos e alimentos; |
| <input type="checkbox"/> Educação e comunicação em saúde para a população |
| <input type="checkbox"/> Ações integrais de saúde; |
| <input type="checkbox"/> Ações intersetoriais; |
| <input type="checkbox"/> Ações laboratoriais. |

Fonte: Adaptado de Brasil (2007).

A investigação realizada no PDVISA contemplou especificamente: O eixo 1, as Ações Estruturação e de Fortalecimento da Gestão de Pessoas, relacionado ao item desenvolvimento de atividades de capacitação para os recursos humanos da VISA e às respectivas atividades desenvolvidas para atingir esse objetivo; O eixo 2, as Ações Estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário, relacionadas aos itens Informação, Educação e Comunicação em Saúde para a População e o setor regulado, e as respectivas atividades desenvolvidas para atingir esse objetivo (BRASIL, 2007).

Os eixos investigados nesta pesquisa estão interligados à temática deste trabalho, numa perspectiva de entender a cultura que permeia a prática da VISA, sempre numa concepção de que é importante observar os diferentes arranjos que permeiam a prática do fiscal da vigilância sanitária, mas tendo clareza da universalização, resolutividade e prevenção de danos, como condição essencial à promoção e educação em saúde.

A principal crítica à educação em saúde atual adotada se refere à não consideração das necessidades e dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Então, implica a necessidade de adentrar no significado

da educação em saúde no âmbito dessas desigualdades.

Em 2015, foram realizados Fóruns Regionais nas Cinco Regiões do Brasil (Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste), por intermédio de Ciclos de Debates, com a finalidade de discutir as prioridades dos desafios e das estratégias para contribuir com o SNVS, que posteriormente foram consolidados no Relatório de atividades da ANVISA 2016, com o objetivo de mobilizar os profissionais das VISAS nos três entes da federação e a população para fortalecer o SNVS, conferindo uma maior efetividade (ANVISA, 2017).

2.5.3 Municipalização da Vigilância Sanitária e suas ações

A descentralização da vigilância sanitária tem diferente conformação histórica entre os estados do Brasil, tendo sido oficializada no SUS, através da Lei nº 8.080/1990 e pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs).

Na medida em que os processos de municipalização da vigilância sanitária avançavam, percebia-se a necessidade de um novo modelo de atuação que contemplasse a função de proteger e de promover a saúde da população (SOLLA; COSTA, 2007).

Para Lucchese (2006), a municipalização da VISA potencializou sua característica de controle social e da população exercer sua cidadania, segundo o que preconiza a legislação.

A vigilância sanitária tem a missão de normatizar procedimentos, promover de ações educativas e fiscalizar para garantir o direito à saúde para todos; suas ações vão além do poder de polícia (DALLARI, 2008).

No modelo das ações de vigilância sanitária desenvolvidas no Brasil, prevalece a ação fiscalizatória, pautada no poder de polícia. As práticas em destaque são as relacionadas ao poder de polícia, reduzindo as práticas que conduzem às transformações nas condições de saúde da população (COSTA; ROZENFELD, 2005). Para Lucchese (2001), o progresso tecnológico impõe a necessidade de uma VISA mais estruturada, com profissionais qualificados e experientes, com mais equipamentos e com sistemas de controle mais complexo. O autor complementa que, em sua pesquisa realizada em alguns estados do Brasil, foram identificadas algumas dificuldades no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que influenciam na qualidade das ações nos municípios. Dentre essas dificuldades,

foram ressaltadas: falta de carreira de fiscal, inexistência de proteção e respaldo jurídico não somente relacionada à função fiscalizatória da VISA, como também em relação ao plano de cargos e salários e à falta de estabilidade, horário de trabalho limitado a seis horas, o que impede a dedicação exclusiva, situação difícil dos transportes do setor, sistemas de informação precários assim como os recursos e bancos de dados.

No ano de 2015, foram realizados Ciclos de Debates nas Cinco Regiões do Brasil, com o objetivo de mobilizar os profissionais da área e a sociedade, para fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, melhorando, assim, a efetividade de suas ações nos estados e municípios.

O Relatório do Fórum do Centro-Oeste, de 17 a 19 de agosto de 2015, Ciclo de Debates em Vigilância Sanitária - Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, mediado pela ANVISA, elencou vários desafios: falta de carreira específica para fiscal de vigilância sanitária, corporativismo entre os profissionais de VISA (causando resistência e inflexibilidade para reconhecer a função educativa), inexistência de divulgação da VISA como órgão de promoção e proteção da saúde e como parte do SUS, desestruturação dos serviços, falta de capacitação e qualificação dos recursos humanos, tendência a ignorar a população como formadora de opiniões, ingerência política quando o profissional da vigilância é deslocado para outros setores (desperdiçando os poucos treinamentos), ausência de tecnologias, equipamentos, informatização, banco de dados para pesquisas, foco na assistência em detrimento da promoção e da prevenção, falta de apoio jurídico, falta de plano de cargo para fiscais de vigilância sanitária, em nível nacional, com dedicação exclusiva, inexistência de profissionais preparados a trabalhar com educação sanitária e falta de política de educação permanente (ANVISA, 2016a).

O Relatório do Fórum do Nordeste, de 1º a 03 de setembro de 2015, Ciclo de Debates de Vigilância Sanitária – Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, mediado pela ANVISA, elencou vários desafios, destacando-se: falta de uma Política Pública Nacional de Vigilância Sanitária, falta de política nacional permanente em VISA em todas as esferas, com planos de educação permanente, e em parceria com órgãos educadores, por parte da ANVISA, intensificar parcerias com educação para inserção das ações de VISA no currículo escolar, inclusão da temática de VISA nos cursos universitários que são transversais, falta de carreira própria para fiscal de VISA, falta de divulgação da VISA como órgão que

promove e protege a saúde, inserido no SUS, ingerência relacionada ao fato dos profissionais não serem efetivos para o respectivo cargo (desperdiçando os treinamentos quando esses profissionais são deslocados para outros serviços), predomínio do assistencialismo em detrimento da promoção e da prevenção, necessidade de criação de cargo de fiscal de VISA em nível nacional, com dedicação exclusiva e piso salarial (ANVISA, 2016b).

O Relatório do Fórum da Região Sul, de 07 a 09 de julho de 2015, do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária – Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços relata: falta de política de recursos humanos e concursos públicos nos estados e nos municípios, necessitando de criação de cargo de fiscal de VISA, concurso público específico, com edital explicando claramente a função, competências, perfil, obrigações e em que área irá atuar, alta rotatividade dos profissionais, devido aos baixos salários, estrutura de trabalho, ausência de plano de carreira e de formação específica em VISA, não possuindo um quadro qualificado, centralização de conhecimentos, havendo necessidade de participação dos profissionais da VISA nos conselhos de saúde, de divulgação das ações da VISA tanto as fiscalizatórias quanto a função de proteção, de ações educativas para a população, de aproximar os estudantes das ações da VISA no SUS e de ocupar espaços nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde (ANVISA, 2016e).

O Relatório do Fórum da Região Sudeste, de 21 a 23 de julho de 2015, do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária-Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços relata: falta de qualificação/capacitação técnica, tecnológica, científica e política dos profissionais, principalmente nos municípios, ausência de uma política permanente para os profissionais, ausência de cursos superiores com formação em VISA, profissionais terceirizados, vínculos precários de trabalho gerando alta rotatividade, falta de política nacional de recursos humanos para tratar da formação e qualificação dos fiscais de VISA, inexistência de carreira em VISA, sendo necessário criar o cargo de fiscal de VISA, falta de assessoria jurídica, falta de um programa de educação permanente sistematizado e de habilitação técnica para os profissionais, necessidade de formar equipes multidisciplinares para desenvolver trabalhos intersetoriais, necessidade de promover mudança no processo de trabalho, focando no caráter preventivo baseado no risco e na promoção da saúde (ANVISA, 2016d).

O Relatório do Fórum da Região Norte, de 28 a 30 de setembro de 2015, do

Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária – Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, relata: ausência de plano de cargos, carreira e salários, sendo necessária a criação do cargo em questão, e a realização de concurso público, alta rotatividade da força de trabalho, vínculos precários ou duplo vínculo (o profissional é, ao mesmo tempo, regulador e regulado), impossibilidade de dedicação exclusiva, pois os profissionais têm mais um emprego, falta de estímulo à capacitação (especialização, mestrado e outros), inadequação da infraestrutura, de recursos materiais, financeiros e humanos, inexistência de outras ferramentas de trabalho de materiais para trabalhar com a população, assim como autonomia dos fiscais, para realizarem suas atividades educativas, falta de capacitação para o profissional, inexistência de sistema de informação integrado, inadequação na indicação de servidores para participar dos cursos, inexistência de equipe multiprofissional, baixo potencial das ações de educação e comunicação em saúde na VISA, exercício da função de fiscal, sem investidura legal, causa de vulnerabilidade no exercício de ações de VISA, pois há riscos de processos judiciais, falta de assessoria jurídica, quando existe oferta de capacitação o estado ou o município não libera diária, impossibilitando a participação do técnico, necessidade motivar a inserção da área de conhecimento da VISA nos currículos das universidades com formações afins à área, sendo necessário oferecer educação permanente, continuada e planos de capacitação para servidores da VISA, nos três entes federados que compõem o SNVS (ANVISA, 2016c).

Os resultados dos debates das cinco regiões do Brasil foram dispostos no Relatório das atividades da ANVISA 2016, resultado do Ciclo de Debates – Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária, servindo para incrementar o SNVS (ANVISA, 2017).

As ações educativas da vigilância sanitária ainda são muito pouco praticadas tanto em relação ao desenvolvimento da cidadania, como em relação ao entendimento dos riscos à saúde na vida das pessoas, apesar da VISA ocupar espaço de destaque na comunicação e na promoção da saúde (LUCCHESI, 2006).

Após a conclusão do relatório final do ciclo de debates da vigilância sanitária, em 2017, o grupo de trabalho (GT), foi formado através da Portaria nº 833/2019, que faz parte da ANVISA, para dar início a elaboração de um modelo de formação e aperfeiçoamento profissional para o Sistema Nacional de Vigilância sanitária, baseado no resultado de pesquisas e metodologia utilizada no mapeamento de

competências para a atuação em vigilância sanitária, para formação em nível nacional. Está previsto para o modelo ser adotado em 2020 por todos os entes que formam a vigilância sanitária brasileira (BRASIL, 2019).

Segundo Silva, Costa e Lucchese (2018, online), existem ainda muitos desafios para o SNVS, destacamos 3:

a) A formulação de uma política nacional de VS, em dos componentes da promoção da saúde e prevenção de danos no SUS, que defina objetivos e metas, as grandes linhas de estruturação do SNVS e as principais estratégias; que oriente a atuação às necessidades do SUS, à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ao enfrentamento das doenças crônicas; que repense a organização e gestão do SNVS e a descentralização como prioridade para fortalecer os demais entes.

[...].

d) A consolidação da VS enquanto campo de pesquisa, disciplina acadêmica produtora de conhecimento, espaço de reflexão e disseminação de conhecimentos; definir agenda de pesquisas também nos níveis estadual e municipal e fortalecer a pós-graduação na área.

e) O debate sobre carreiras para a força de trabalho da VS nos estados e municípios, à semelhança das outras áreas estatais de regulação e fiscalização; ampliar e reforçar a qualificação dos trabalhadores com enfoque na atuação sobre os riscos à saúde nos diferentes territórios.

[...].

3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Este estudo tem o objetivo de analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pela vigilância sanitária para a construção da promoção da saúde dentro das instituições e comunidades na cidade de Mossoró, buscando verificar a efetividade dessas ações na promoção da saúde. Nos capítulos anteriores, foram apresentados o problema e a justificativa da pesquisa, assim como os conceitos teóricos em que a pesquisa foi baseada e que fundamentam a posterior análise dos dados empíricos coletados.

São apresentados os instrumentos teóricos e metodológicos adotados no desenvolvimento da pesquisa, num movimento operacional na tentativa de alcançar os objetivos definidos para a confirmação ou refutação da hipótese.

Destacam-se como temas principais: o tipo de pesquisa, o local de estudo, os instrumentos de captação da realidade, a operacionalização de organização, representação e manipulação dos dados coletados.

3.1 Natureza da pesquisa

A natureza da pesquisa é qualitativa, de cunho exploratório, sendo usadas como técnicas de pesquisa a análise de documentos institucionais e aplicação de questionário semiestruturado, baseado em conhecimentos teóricos, em legislações vigentes e na percepção dos profissionais a respeito da metodologia de educação utilizada (hegemônica ou dialógica), onde procuramos desenvolver um estudo acerca das ações de educação em saúde desenvolvidas pela equipe do setor de vigilância sanitária de Mossoró/RN. Há poucos estudos sobre o assunto abordado. O percurso metodológico teve caráter qualitativo, organizado na tentativa de adquirir maior eficácia no que se refere ao embasamento científico. Sobre isso, nos reportamos a Martins (2004, p. 292) quando diz que a pesquisa qualitativa é aquela que privilegia “a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais”, examinando intensivamente os dados e ainda, se caracterizando pela heterodoxia na análise dos dados.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa se desenvolveu na realidade da Vigilância Sanitária de Mossoró, cidade, estado do Rio Grande do Norte, o que possibilitou o acesso a dados referentes

à realidade do município, além de ter possibilitado o raciocínio para o desenvolvimento de medidas intervencionistas.

A mencionada instituição está situada na Gerência Executiva da Saúde, que atua no ramo de atividade, de Secretarias Públicas na Rua Pedro Álvares Cabral, 1, no bairro Aeroporto, atendendo à população das cidades que compõem a II Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP), possuindo quadro de funcionários distribuídos em diversos setores da VISA, o que se mostrou suficiente para alcançar o objetivo traçado neste estudo. A vigilância sanitária, de acordo com a Lei nº 8080/1990, no seu Art. 6º, desenvolve ações que visam a prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde, como também interferir nos problemas sanitários provenientes do meio ambiente, da prestação de serviços de interesse em saúde e produção e circulação de bens (BRASIL, 1990a).

Nesse segmento, se faz necessário um resgate acerca das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), onde seis delas se referem ao campo específico da vigilância sanitária. Salientamos que as ações de vigilância sanitária permeiam, assim, as atividades de promoção da saúde, da proteção, da recuperação e da reabilitação.

Observamos que os serviços de vigilância sanitária ainda não conseguem suprir as suas atribuições, em decorrência da falta de sua estruturação.

Nesta conjuntura, a Vigilância Sanitária municipal configura-se como um campo de conflitos e contrassensos; abrangendo, assim, implicações econômicas, jurídicas, políticas, dentre outras.

A unidade de vigilância sanitária do município tem seu funcionamento no período diurno, ou seja, manhã e tarde. Porém, há um horário de funcionamento especial, reservado às demandas que necessitam de diferenciação no período de atendimento às ocorrências dos plantões noturnos.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos envolvidos e definidos para a investigação, foram todos os fiscais de vigilância sanitária que atuavam no setor, no período compreendido entre agosto e outubro de 2018, perfazendo um total de 24 profissionais, todos com graduação e pós-graduação. Essa abordagem quantitativa possibilitou a visão quantitativa generalizada, mas, como é uma pesquisa qualitativa, foi construída centrada em (MINAYO, 2004, p. 102): “Preocupamo-nos

menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.”

Na pesquisa, teve-se a preocupação de captar dados que fornecessem as características dos atores envolvidos, por entender que o mapeamento dos seus perfis seria significativo para o entendimento das falas e porque possibilitava a previsão de uma triangulação. Então, foi inserido como instrumento de pesquisa, um questionário semiestruturado, com questões que favorecessem a identificação de tais características.

Todos os profissionais que participaram dessa pesquisa tiveram a preservação de sua identidade, conforme preconiza a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 1996).

3.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados

A compreensão desta pesquisa se faz pela escolha das fontes de referências bibliográficas, objetivando a assimilação da parte teórica do estudo, sendo aproveitados também modelos com embasamento em trabalhos científicos. Diante disso, esta pesquisa foi constituída no emprego de questionário contendo questões semiestruturadas para identificar as ações que a unidade de vigilância sanitária da Prefeitura Municipal de Mossoró desenvolve, integrando o trabalho de educação em saúde do setor e a análise dos planos de ações da VISA, a fim de verificar as metodologias utilizadas como estratégias para promover a educação em saúde.

3.4.1 Aplicação do questionário

Dito isto, realizou-se uma abordagem primária aos atores da pesquisa, momento em que foram esclarecidos os objetivos e desenvolvimento da pesquisa, dando enfoque à sua proposição para, em seguida, realizar a entrega dos questionários aos participantes da investigação selecionados conforme o universo/ amostra da pesquisa, tendo os participantes concordado em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário semiestruturado contemplou questões relacionadas: ao perfil dos sujeitos investigados, ao significado de promoção da saúde, a quais atividades da sua prática profissional representavam ações de promoção da saúde, ao

significado de educação em saúde, a quais atividades da sua prática profissional representavam ações de educação em saúde, citar cinco aspectos positivos e cinco aspectos negativos no desenvolvimento das ações praticadas no cotidiano do trabalho na vigilância sanitária e, por fim, um espaço aberto para os fiscais de VISA acrescentarem o que entenderem necessário e não tinha sido contemplado neste instrumento.

Os questionários permitiram mapear o perfil de todos os profissionais da VISA, a percepção do que seria promoção da saúde, educação em saúde, quais as estratégias utilizadas para promover saúde, para educar em saúde, quais os pontos positivos e negativos no cotidiano do trabalho.

3.4.2 Pesquisa documental de itens específicos do PDVISA

Em relação à juntada dos documentos oficiais do PDVISA, cabe ressaltar que o acesso aos documentos não se deu de forma trivial, porque a vigilância sanitária não dispõe de banco de dados informatizado, tampouco de arquivo físico relativo aos anos estudados; e esse obstáculo também é sentido em outros estados e municípios, conforme os relatórios dos Fóruns das Regiões (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e). Esse processo aconteceu por meio da busca ativa por parte da pesquisadora, em antigo prédio onde funcionava anteriormente o órgão, e a aquisição desses planos foi em ambientes insalubres.

A pesquisa documental foi realizada nos planos de ações de vigilância sanitária de Mossoró de 2009 a 2018, onde foi consentida autorização institucional para ter acesso à fonte documental. Foram analisadas apenas as ações e as atividades existentes nos eixos que especificados a seguir:

- Informação, Comunicação e Educação em Saúde para a população e o setor regulado, relacionado ao Eixo 2, o eixo das ações estratégias para o gerenciamento do risco sanitário;
- Desenvolvimento de atividades de capacitação para os recursos humanos da VISA, relacionado ao Eixo 1, o eixo das ações de estruturação e fortalecimento da gestão.

Este estudo não contemplou a avaliação dos PDVISA, ou seja, se as ações contidas nos planos foram colocadas em prática, por razão de não se obter o acesso aos relatórios de avaliação dos PDVISA, referentes aos anos estudados.

Dando prosseguimento ao estudo e de posse dos resultados da pesquisa, foi realizada abordagem da realidade captada dos sujeitos que participaram da investigação, fazendo

referência aos dados coletados, demonstrando diversos itens elencados no processo de desenvolvimento da pesquisa, expondo algumas considerações sobre o contexto, articulando o teórico com o empírico.

Com isso, após o desenvolvimento desse processo de investigação, a palavra passa a representar o eixo da análise em que os entrevistados pensam contribuir na bagagem do futuro das ações desenvolvidas pela VISA do município de Mossoró/RN, levando em consideração as deficiências e dificuldades da implementação da educação em saúde.

A realidade teórica do objeto investigado foi captada através da instrumentalização de leituras e fichamentos de textos sobre temas relacionados ao conteúdo, e a realidade empírica foi captada por meio das anotações dos diários de campo, dos questionários com questões abertas e fechadas, aplicados com todos os profissionais da VISA, num total de 24 fiscais de VISA, além da análise documental dos planos de ações da vigilância sanitária de Mossoró, de dez anos, de 2009 a 2018, além de registro fotográfico.

3.5 Processamento e análise dos dados

Considerando as áreas abrangentes presentes no setor de vigilância sanitária e suas particularidades no setor de prestação de serviços, os campos de conhecimento presentes no setor desempenham funções relacionadas entre si na unidade. A produção laboral a ser apresentada pela instituição requer essa multidisciplinaridade para o bom êxito do serviço a que é destinado, visto que o setor desenvolve atividades de profilaxia e tratamento da saúde, como também de legislação e educação para a população.

A aplicação do questionário foi para todos os fiscais integrantes da equipe de vigilância sanitária de Mossoró, entre os meses de agosto e novembro de 2018; ao passo que a coleta dos dados secundários foi relativa ao período entre 2009 a 2018, um período de 10 anos, investigados entre os meses de maio e setembro de 2018.

Como detalharemos no capítulo quatro, o questionário da pesquisa ainda levou em consideração qual foi o ano da conclusão da graduação, sendo que três concluíram entre 1981 e 1983, sete entre 1992 e 1999 e 14 terminaram o curso entre 2000 e 2011. Também foi questionado se haviam feito uma pós-graduação e todos responderam que sim.

Questões levantadas no questionário semiestruturado relacionadas à promoção da saúde, educação em saúde, pontos positivos e negativos da VISA, a questão em aberto, as questões relacionadas aos perfis dos profissionais e à análise de itens específicos dos PDVISA, possibilitaram abordagens qualitativas, conferindo maior acuidade à investigação.

Coletados os dados, procedemos à crítica à luz dos objetivos e hipótese da pesquisa para, em seguida, organizá-los e representá-los em gráficos, tabelas e quadros; além de fazer referência ao registro fotográfico, como podemos visualizar nas fotos do “Apêndice Q”, sobre o lócus da pesquisa. Para Bardin (2009, p. 44), a pesquisa qualitativa é definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

As técnicas utilizadas para o tratamento dos dados coletados foram a análise de conteúdo, utilizando os conceitos de Bardin (2009).

A técnica consiste em análise inicial das respostas dos questionários aplicados e dos Planos de ações da vigilância sanitária voltada para os objetivos e hipótese. Em seguida, foram agrupadas e classificadas as respostas dos questionários, e os planos de ações de VISA foram selecionados e categorizados dentro dos itens específicos inerentes aos objetivos da pesquisa.

Por fim, aconteceu o tratamento dos dados, permitindo contextualizar com os referenciais teóricos, seguido da discussão em relação aos dados teóricos, aos empíricos e dos resultados obtidos.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Como anunciado no capítulo anterior, nesta sessão do trabalho, expomos os resultados e a análise dos dados encontrados na investigação.

4.1 Estrutura organizacional da VISA

O município de Mossoró é desprovido de Código Municipal de Saúde (o Projeto de Lei nº 02/1998, que deveria ser o Código Municipal de Saúde, nunca foi publicado) e de Código Sanitário. O setor de vigilância sanitária do município baseia suas ações nas legislações federais e na Lei Complementar Estadual nº 31, que é o Código Estadual de Saúde do RN, de 1982. Por sua vez, este se encontra desatualizado, pois foi publicado antes da Constituição de 1988, antes da criação do SUS, em 1990, e ainda, antes da criação da ANVISA, em 1999.

As leis municipais relacionadas com a VISA são a lei nº 1.129, que tipifica e impõe penalidades as infrações de ordem sanitária no município de Mossoró (MOSSORÓ, 1997a), e a lei nº 1.130, que estabelece taxas no âmbito da vigilância sanitária por serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde (MOSSORÓ, 1997a), ambas elaboradas antes da criação da ANVISA.

A vigilância sanitária de Mossoró foi municipalizada em janeiro de 2009, conforme anexo B, em decorrência do processo de descentralização do SUS e deveria assumir as ações de VISA, de maneira integral, porém até os dias atuais ainda conta com a parceria do Estado para as análises dos projetos arquitetônicos dos estabelecimentos, e para as inspeções do Hemocentro de Mossoró.

Até os dias atuais, não consta que a VISA possua assessoria jurídica própria para análise dos processos administrativos sanitários e respectiva emissão de parecer.

Atualmente, os processos são julgados pela coordenadora, pela diretora e pela gestora, respectivamente, 1ª, 2ª e 3ª instâncias. Logo, é importante frisar que como a coordenação julga e emite parecer para os processos administrativos, e como deve ser imparcial, impessoal, ela não pode atuar ao mesmo tempo como coordenadora e fiscal de VISA, recaindo na premissa de que a função de fiscal exige dedicação exclusiva para evitar conflito de interesses.

Por fim, a lei complementar nº 20/2007, que institui o Plano de Cargos, Carreiras, Remunerações e Salários do município (MOSSORÓ, 2007), não contempla o cargo de Fiscal de Vigilância Sanitária, assim como os profissionais do setor não são concursados, deixando uma grande aresta quanto à legalidade jurídica do setor dentro da instituição pública, e das ações

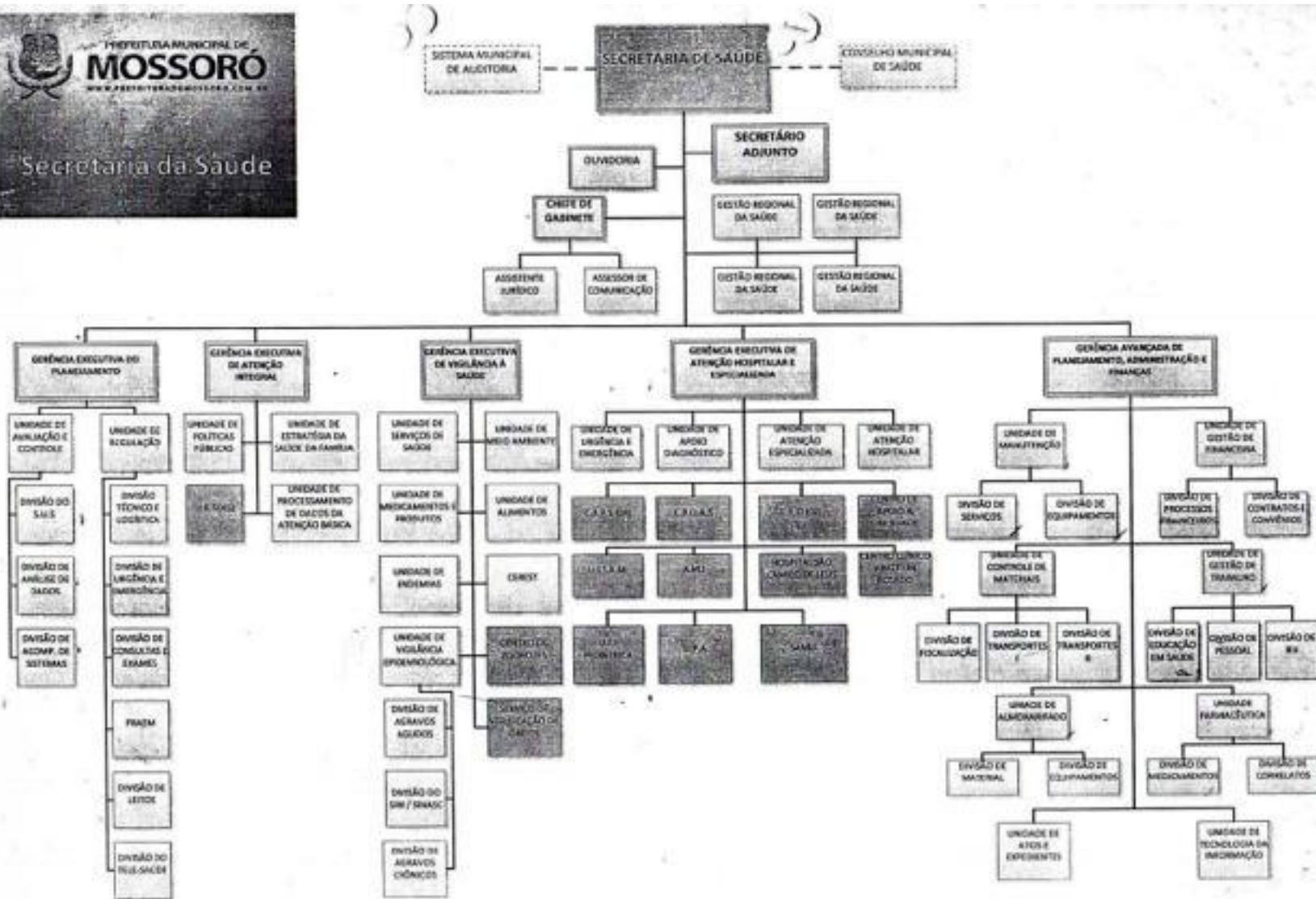
praticadas pelos profissionais de vigilância sanitária.

Sobre a falta de autonomia no gerenciamento dos recursos financeiros da vigilância, os serviços são afetados pela precariedade dos carros, por insuficiência de carros, motoristas, acesso à novas tecnologias, como computadores (apenas um computador do Setor de Vigilância Ambiental, que é compartilhado com todos os setores da VISA – serviços de saúde, produtos e medicamentos, alimentos), impressoras (uma impressora no Setor de Vigilância Ambiental, compartilhada com todos os setores da VISA), estrutura física precária (salas mofadas, cômodo dividido para dois setores, divisórias danificadas, ar condicionado sem funcionar), dentre outros aspectos.

Não faz parte da rotina das gestões planejar e avaliar as ações da VISA em conjunto com os profissionais da VISA, com outros setores da saúde e de outras secretarias, tampouco com o Conselho Municipal de Saúde, embora os planos de ações da VISA e PDVISA sejam aprovados todos os anos pelos respectivos conselhos. Lucchese (2006) reforça esta afirmação quando destaca a importância do controle social para a municipalização das VISAS. Em outras palavras, não existe uma gestão democrática que permita a participação e transparência.

A Prefeitura Municipal de Mossoró, divulgou no site oficial, o organograma atual da Secretaria de Saúde. Conforme a figura 01, a secretaria tem sua estrutura verticalizada e contempla a vigilância sanitária com os três setores: unidade de serviços de saúde, unidade de medicamentos e produtos e unidade de alimentos.

Figura 01 – Organograma Prefeitura Municipal de Mossoró.



Fonte: Mossoró ([2019]).

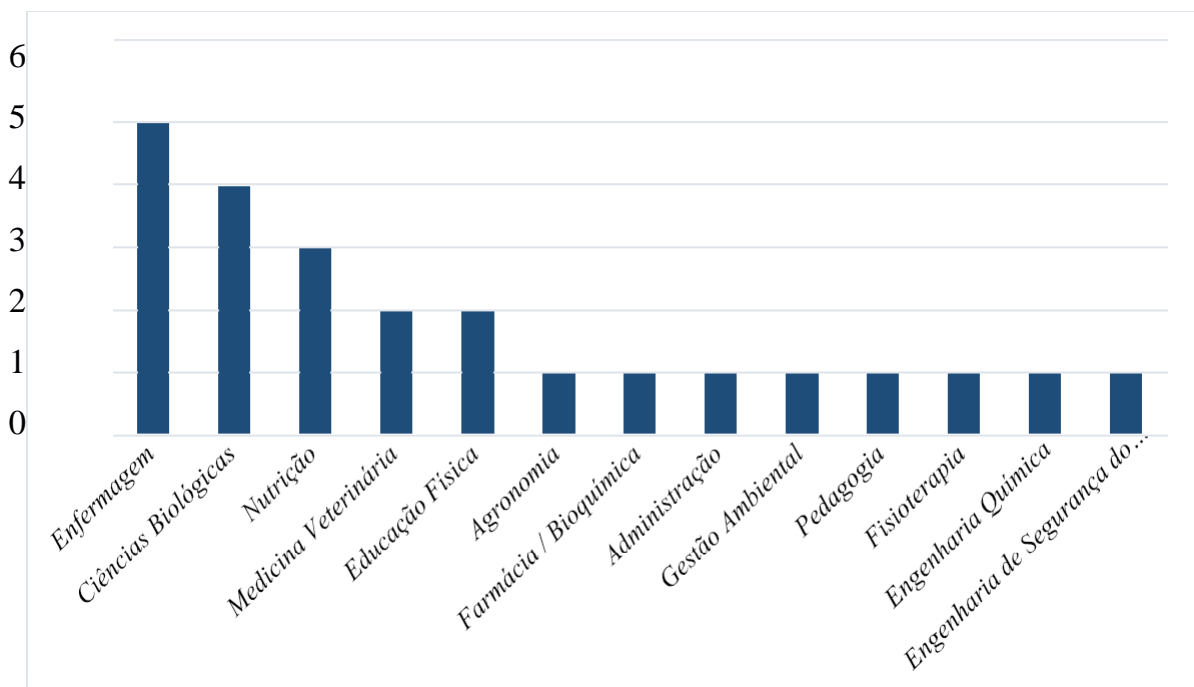
4.2 Perfil dos profissionais da Vigilância Sanitária de Mossoró

Em busca da caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa, elaboramos perguntas estruturadas, abordando os seguintes assuntos: qual o curso de graduação; qual ano de conclusão da graduação; se tinham curso de Pós-Graduação; qual a função; qual o cargo/função que ocupa e, há quanto tempo ocupa; bem como outras atividades/ocupações assumidas; as capacitações realizadas e há quanto tempo realizou a última capacitação. Os dados sobre estas e outras questões estão apresentados em gráficos e tabelas, como segue.

Considerando o pressuposto de que os profissionais da vigilância sanitária de Mossoró desenvolvem suas ações distantes de uma visão de promoção da saúde por intermédio da educação em saúde, iniciamos a demarcação do perfil dos sujeitos quanto à formação educacional, capacitação e desempenho profissional, no que tange ao tempo de serviço e forma de atuação.

Em consonância com o apêndice F, o Gráfico 01 contém informações sobre o curso de formação dos trabalhadores da VISA de Mossoró.

Gráfico 01 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a graduação.



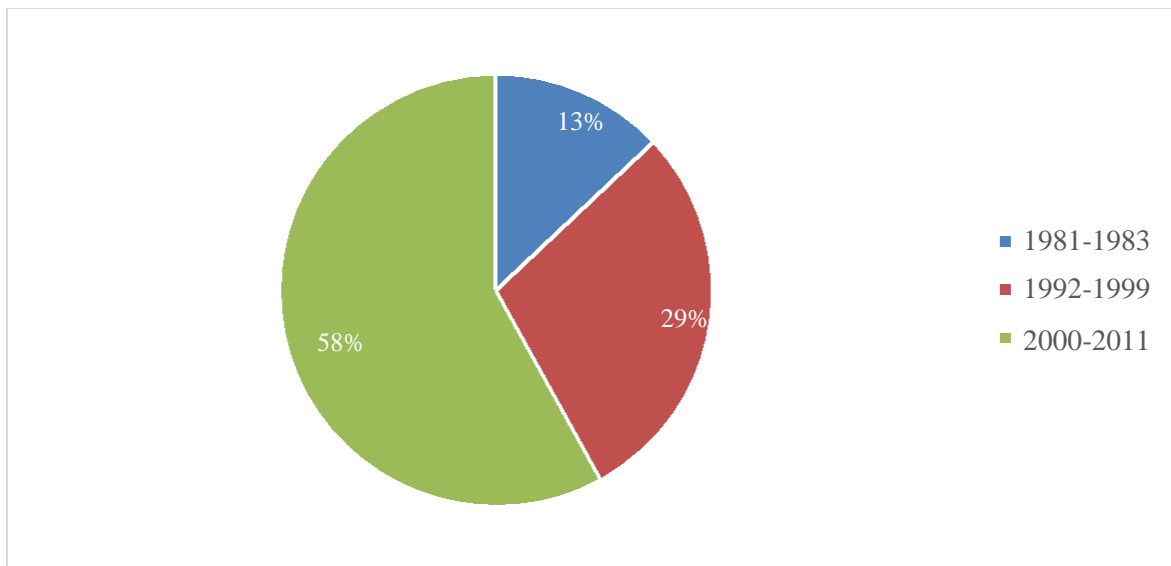
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Há a constatação do caráter multiprofissional dos fiscais, vez que os sujeitos informaram 13 tipos de graduação, estando elas nas áreas da saúde, educação,

engenharias, administração e ambiental. Portanto, trata-se de uma equipe multidisciplinar, onde todos os vinte e quatro profissionais existentes no setor são graduados.

Na sequência, temos a representação dos respondentes de acordo com o ano de conclusão da graduação, conforme demonstra o gráfico 02 e o Apêndice G.

Gráfico 02 - Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo ano de conclusão.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Visualizamos, de acordo com a pesquisa, que a maioria dos profissionais do setor teve seu curso de graduação concluído há menos de 20 anos; tempo este considero recente quando comparamos a outros três que terminaram o curso superior há mais de 35 anos.

A maioria dos profissionais fez suas graduações na época em que predominava a prática preventivista (até 2006, época anterior a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde) da história natural das doenças, no auge dos departamentos da medicina preventiva das universidades, onde predominava a prevenção de doenças em vez da promoção da saúde.

Percebemos, assim, a disparidade de períodos de término da graduação, provocando maior necessidade de educação continuada no que se refere à política de educação em saúde, no que tange às práticas da vigilância sanitária.

Seguimos na pesquisa com o questionamento referente à situação dos respondentes no que se refere à Pós-graduação, cujos dados estão representados na tabela 01.

Tabela 01 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a Pós-Graduação – 24 respondentes.

| Possui Pós-Graduação? | Quantidade |
|------------------------------|-------------------|
| Sim | 24 – 100,0% |
| Não | - |
| TOTAL | 24 – 100,0% |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Verificamos que 100% dos respondentes têm pós-graduação em alguma área, mostrando preocupação dos funcionários do setor com a necessidade de se especializar e se aperfeiçoar na área de atuação, independentemente da oferta de capacitação por parte da instituição. Este fato pode favorecer a qualificação de sua prática profissional.

Quando questionados sobre a função exercida, as respostas podem ser constatadas na tabela 02.

Tabela 02 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a função que desempenha – 24 respondentes.

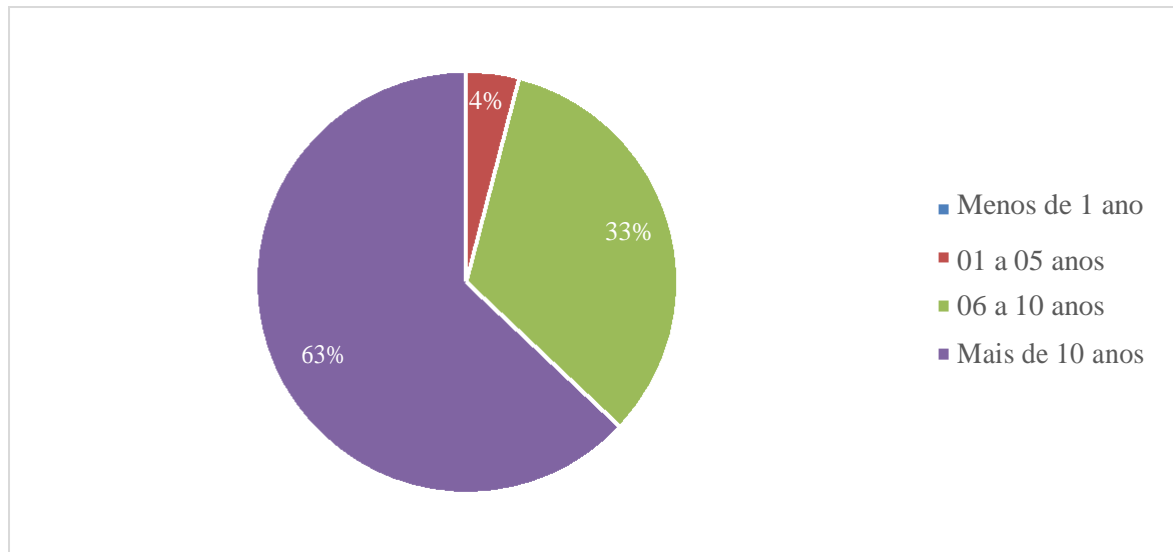
| Em qual a função atua? | Quantidade |
|--------------------------------|-------------------|
| Fiscal de Vigilância Sanitária | 24 |
| TOTAL | 24 |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao questionar quanto à função exercida, todos os 24 sujeitos da pesquisa responderam que trabalhavam como Fiscal de Vigilância Sanitária. Os profissionais de VISA são concursados para outros cargos, contudo, exercem a função de fiscal de vigilância sanitária, o que constata o desvio da função para os cargos que prestaram concurso público.

Sobre o tempo de serviço dos participantes da pesquisa, este é variável: oito estão exercendo atividade de seis a dez anos; o dobro trabalha há mais de dez anos e 4% trabalham há menos de um ano (gráfico 03 e o apêndice H).

Gráfico 03 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo o tempo de serviço na VISA.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

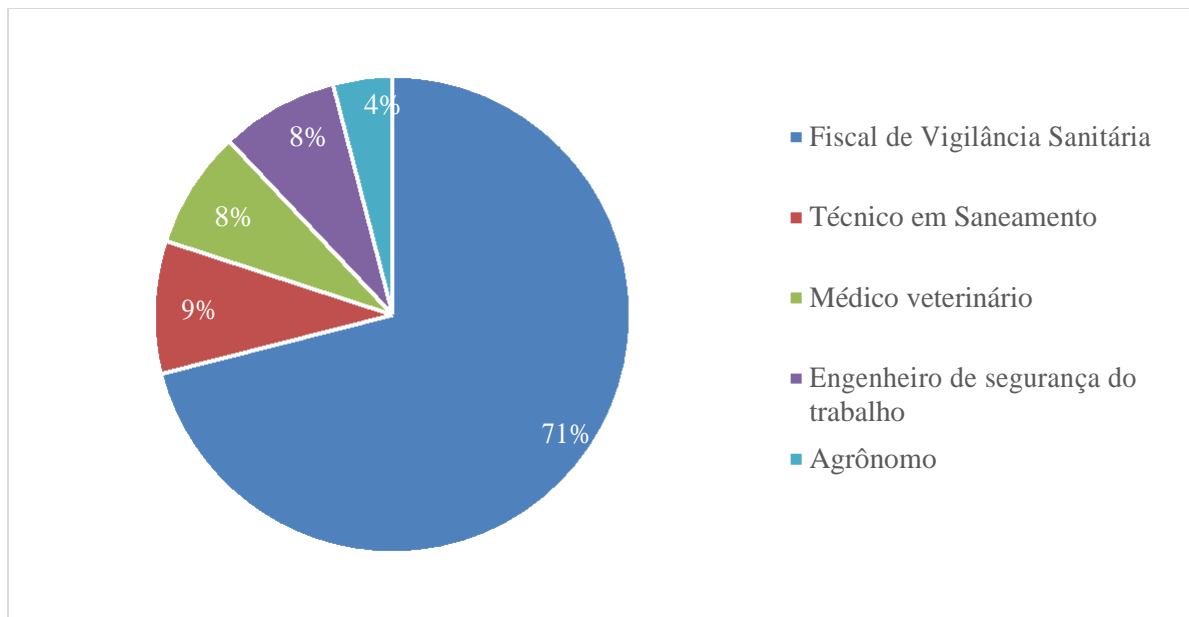
Os dados do gráfico 03 evidenciam que os funcionários integrantes do setor de vigilância sanitária de Mossoró/RN têm um tempo de serviço considerável na instituição.

Os valores apresentados mostram uma experiência importante na função, possibilitando que o conhecimento adquirido com a prática profissional sirva de suporte na tomada de decisões necessárias e na resolução de problemas emergentes.

Porém, é importante apontar que num intervalo de dez anos, de 2009 a 2018, houve a substituição de 11 fiscais, por decisão dos profissionais ou para atender aos interesses dos gestores. Em seguida, entraram mais 11 novos fiscais, comprovando uma rotatividade considerável. Percebe-se que a rotatividade dos fiscais fragiliza o setor da VISA, pois os profissionais que foram capacitados são substituídos, e os novos que chegaram necessitam de capacitação.

Quando questionados a respeito de qual a função/cargo que os fiscais desempenhavam, obtivemos os seguintes resultados.

Gráfico 04 - Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a função/cargo que desempenha – 24 respondentes.

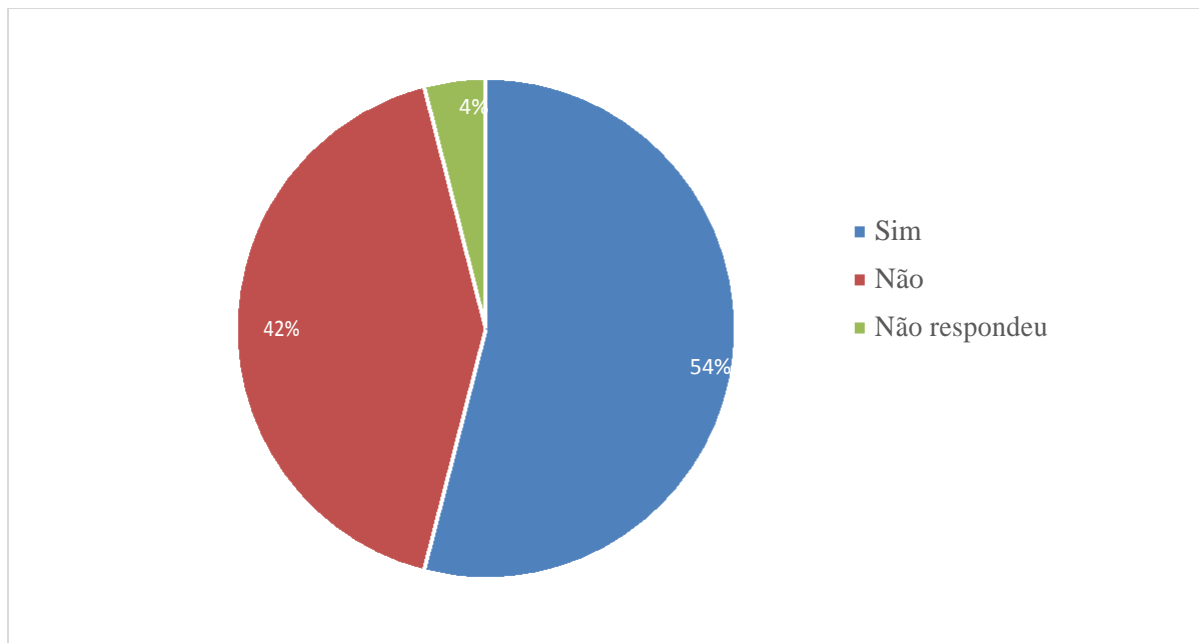


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Mais da metade dos profissionais responderam levando em consideração a função de fiscal de vigilância sanitária, em detrimento dos cargos para os quais foram concursados, conforme suas graduações. Sendo o cargo de fiscal de VISA inexistente no Plano de Cargos, Carreiras e Salários do município, pode-se afirmar que todos os 24 servidores estão em desvio de função.

Quando perguntados se tinham outras ocupações em paralelo ao cargo de fiscal de VISA, senão VISA, os resultados são apresentados conforme gráfico 05.

Gráfico 05 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo ocupações senão a VISA – 24 respondentes.



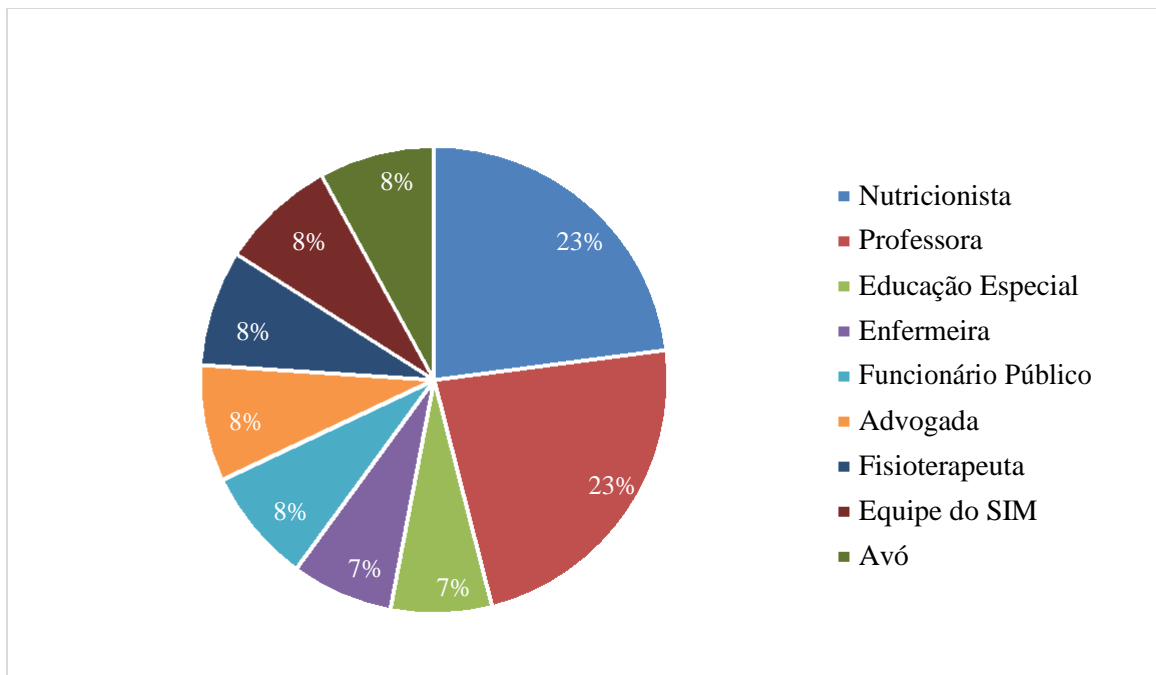
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Perguntamos se os sujeitos pesquisados desempenhavam outra atividade senão VISA. A porcentagem de profissionais de VISA que têm outras ocupações senão VISA predominou, obtendo os seguintes resultados: 54% responderam afirmativamente, 42% disseram que não e 4% não responderam.

Os fiscais de vigilância sanitária possuem as seguintes cargas horárias: três profissionais foram concursados com carga horária de trinta horas semanais e 21 profissionais com carga horária de vinte horas semanais, evidenciando fragilidades em relação às funções de fiscais de vigilância sanitária, pois prestaram concurso público para outros cargos, que possuem carga horária divergente da exigida para desempenhar as funções de fiscais de vigilância sanitária, sendo imprescindível a dedicação exclusiva.

Quando questionados os tipos de ocupação senão VISA, obtivemos os resultados apresentados no gráfico 06.

Gráfico 06 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo os tipos de ocupações senão a VISA – 24 respondentes.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Sobre quais as ocupações senão VISA, exercidas em paralelo pelos pesquisados, estes afirmaram desempenhar outras atividades como: professora, nutricionista, educação especial, enfermeira, advogada, funcionário público, fisioterapeuta, equipe do Serviço de Inspeção Municipal de Produtos de Origem Animal e Vegetal (SIM) e avó – gráfico 6.

Os resultados apontam predomínio da ocupação senão VISA, de professor e de nutricionista. A existência de professores na equipe favorece o desenvolvimento de metodologias dialógicas no processo de educação em saúde para a população, mas para isso possa se concretizar, esses professores teriam que estar capacitados por intermédio da educação continuada destinada para os profissionais da VISA, a fim de desenvolver uma metodologia baseada na construção social do conhecimento.

No que se refere às capacitações dos integrantes da pesquisa, analisemos os dados da tabela 03 e dos gráficos 07 e 08.

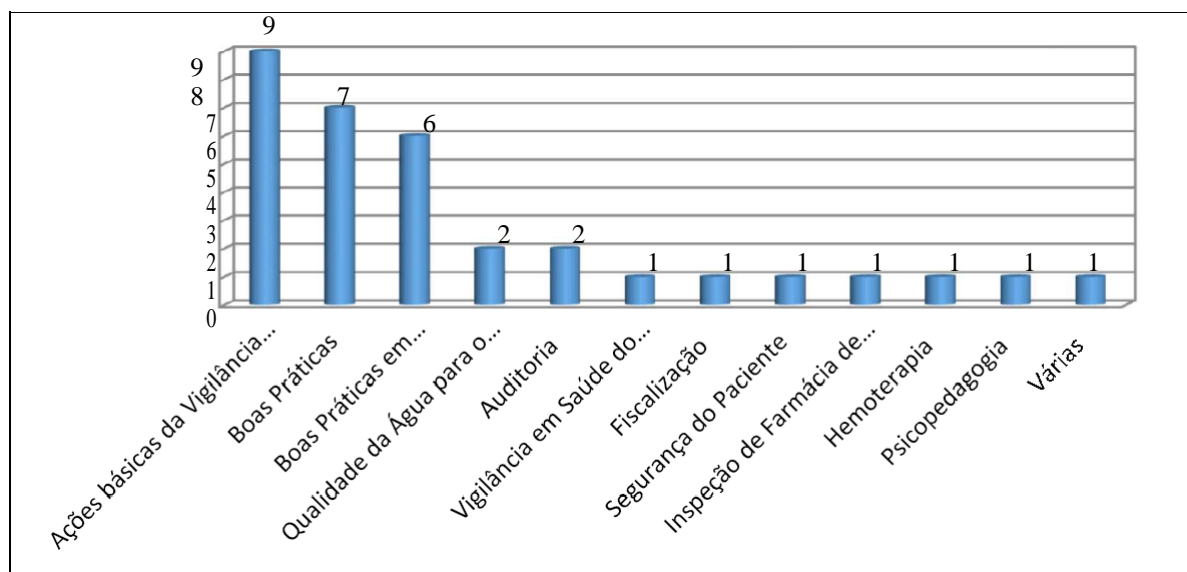
Tabela 03 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a participação em capacitações – 24 respondentes.

| Participou de alguma capacitação? | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Sim | 24 |
| Não | - |
| TOTAL | 24 |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Todos os 24 fiscais responderam ter participado de capacitação na sua área de atuação, mostrando que as capacitações são importantes tanto para sua formação acadêmica, como para o desempenho das especificidades de suas funções. Quando perguntados qual o tipo de capacitações frequentadas pelos sujeitos da pesquisa, obtivemos os resultados no gráfico 07.

Gráfico 07 - Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo o tipo de Capacitação – 24 respondentes.



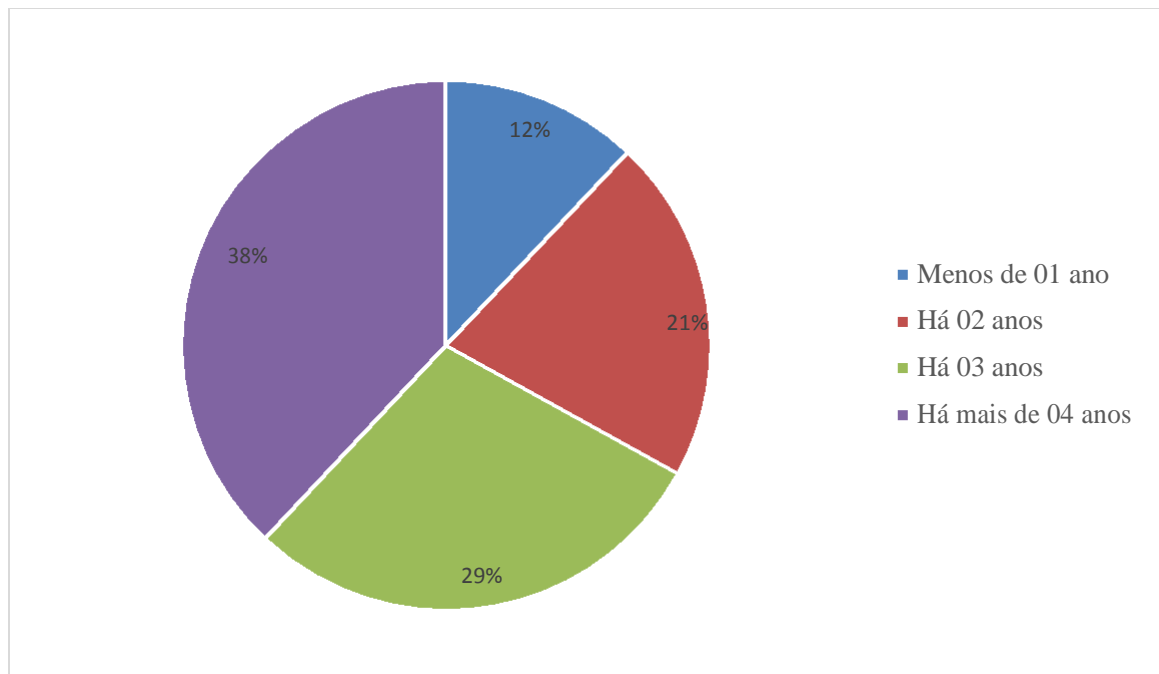
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O gráfico 07 demonstra que dentre os cursos de capacitação predominaram as capacitações voltadas para a função fiscalizatória da VISA, mas também foram relacionadas capacitações ligadas às graduações dos investigados em ordem decrescente: Ações básicas de vigilância sanitária, Boas Práticas, Boas práticas em manipulação de Alimentos, Qualidade da água para o consumo Humano, Auditoria, Vigilância do trabalhador, Fiscalização, Segurança do paciente, Inspeção em farmácia de manipulação, Hemoterapia e Psicopedagogia.

Apesar de haver o predomínio de capacitações voltadas para a parte fiscalizatória da VISA, não houve nenhuma capacitação específica para os profissionais que fossem relacionadas educação em saúde na VISA para promover saúde.

O gráfico 08 apresenta os resultados obtidos quando os participantes da pesquisa foram perguntados há quanto tempo haviam realizados capacitações.

Gráfico 08 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo o tempo que participou de Capacitação - 24 respondentes.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O tempo transcorrido da última capacitação da qual os fiscais participaram variou entre um e quatro anos ou mais, sendo que há mais de quatro anos 38% não frequentam cursos de capacitação, 29% há três anos, 12% há menos de um ano, conforme consta no gráfico 08.

Este gráfico comprova a necessidade de planejamento da instituição para promover qualificação dos profissionais, por meio de capacitações (atualizações, aperfeiçoamentos, especializações, de modo presencial ou EAD), assim como denota a necessidade do próprio profissional procurar capacitações, independentemente da oferta da instituição.

Tendo em vista o tema da investigação, é importante destacar que as

capacitações referentes a função desempenhada na VISA devem ser ofertadas pela Subcoordenadoria da Vigilância Sanitária do RN (SUVISA) e ANVISA, assim como podem ser disponibilizadas na forma de EaD, especialmente porque na vigilância, diferentemente das outras áreas da saúde, tanto as tecnologias quanto as legislações mudam constantemente.

4.3 Ações da VISA no cenário investigado

Definidos os perfis dos integrantes da pesquisa, eis que avançamos na especificação do que os fiscais fazem e como fazem para que ocorram as ações da VISA à luz dos objetivos investigados.

Encerrada essa segunda parte focada em perguntas de cunho pessoal, seguiremos para a terceira parte, em que o questionário atenderá as questões pertinentes ao objeto de estudo desta dissertação, que é a educação em saúde para promover saúde na vigilância sanitária de Mossoró.

4.3.1 Significado de promoção da saúde, segundo os fiscais de VISA

Retornando aos dados obtidos por meio dos questionários, percebeu-se respostas divergentes, mas ocorre o predomínio da concepção da visão hegemônica, centrada na prevenção de doenças. Observando as respostas em relação ao significado de promoção de saúde, analisemos os dados do quadro 03.

A partir dos dados do quadro 03, observa-se predominância de associação de promoção da saúde com prevenção, com prevenir doenças, evitar adoecimento, diminuir o risco de contrair doenças, o que denota uma visão antiga da saúde, que era baseada em prevenção e nas doenças.

Quadro 03 – Demonstrativo do significado da Promoção da Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes.

| Promoção da Saúde é: |
|--|
| <input type="checkbox"/> Prevenir para evitar surtos alimentares; |
| <input type="checkbox"/> Atuar no sentido de prevenir doenças; |
| <input type="checkbox"/> Prevenção para evitar o adoecimento; |
| <input type="checkbox"/> Ações que previnam a exposição das pessoas às doenças; |
| <input type="checkbox"/> Prevenção para não contrair doenças; |
| <input type="checkbox"/> Promover ações para a melhoria da população; |
| <input type="checkbox"/> Desenvolver ações de vigilância à saúde, de modo a prevenir doenças; |
| <input type="checkbox"/> Educar as pessoas para se prevenirem das doenças; |
| <input type="checkbox"/> Prevenir riscos à saúde e eventos adversos; |
| <input type="checkbox"/> Ações que proporcionem quaisquer melhorias para a saúde; |
| <input type="checkbox"/> Cuidar da saúde, da prevenção ao tratamento; |
| <input type="checkbox"/> Garantia da saúde da população em todos os seus aspectos; |
| <input type="checkbox"/> Políticas, Planos e Programas de Saúde para prevenir as doenças da população; |
| <input type="checkbox"/> Proposição de políticas e ações que objetivem prevenir doenças; |
| <input type="checkbox"/> Um futuro saudável; |
| <input type="checkbox"/> Melhor qualidade de vida. |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As respostas em relação ao significado de promoção da saúde deixam claro que o conhecimento deles está muito centrado na antiga concepção da doença em vez da saúde, e, na prevenção em vez da promoção. Especificamente, obtivemos:

- Diminuição dos riscos de contrair doenças;
- Prevenir para evitar surtos alimentares;
- Atuar no sentido de prevenir doenças;
- Educar as pessoas para se prevenirem das doenças;
- Políticas, planos e programas de saúde para evitar adoecimento da população.

A promoção da saúde baseada na prática dialógica da educação em saúde, constitui na visão ampliada da promoção da saúde . Segundo Melo (2010, p. 28-29):

Considerando que, para que a educação seja uma ação de promoção da saúde e permita a construção compartilhada de conhecimentos, incorporando os saberes técnico-científicos aos populares, incentivando metodologias participativas e estimulando o desenvolvimento da cidadania, a perspectiva dialógica parece mais adequada.

Verificamos que ninguém respondeu o significado de promoção da saúde relacionado com a educação em saúde, construída de maneira cidadã.

4.3.2 Atividades da prática dos profissionais de VISA que representam promoção da saúde

Quando perguntado quais atividades da prática profissional eram usadas como estratégia para promoção da saúde, observa-se o predomínio de respostas relacionando as atividades da função fiscalizatória (punitivas) da VISA com o uso de estratégias distantes da concepção dialógica. Portanto, percebemos que os profissionais desenvolvem suas ações distantes da visão de promover saúde e a função punitiva da VISA se sobressai em relação a função educativa da mesma.

Quadro 04 - Demonstrativo das atividades profissionais que representam Ações de Promoção da Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes.

| Atividades de Promoção da Saúde |
|--|
| <input type="checkbox"/> Inspeção de estabelecimentos que comercializam alimentos em hospitais; |
| <input type="checkbox"/> Liberação de alvará sanitário; |
| <input type="checkbox"/> Fiscalização Sanitária em estabelecimentos que prestam serviços de saúde à população; |
| <input type="checkbox"/> Orientação dos responsáveis pelos estabelecimentos, para seguir os padrões higiênicos-sanitários estabelecidos pelas leis vigentes; |
| <input type="checkbox"/> Inspeções sanitárias e visitas técnicas; |
| <input type="checkbox"/> Orientação de boas práticas; |
| <input type="checkbox"/> Inspeção nos estabelecimentos de saúde e orientar acerca dos riscos; |
| <input type="checkbox"/> Educação em saúde. |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Observa-se que para os investigados, as ações de promoção da saúde estão ligadas às inspeções sanitárias fiscalizatórias, comprovando que a função punitiva da VISA sobressai à função educativa.

4.3.3 O significado de educação em saúde segundo os fiscais de VISA

A pesquisa buscou saber dos entrevistados qual era o significado de educação em saúde, e houve predomínio de metodologia hegemônica, conforme é apresentado no quadro 05.

Quadro 05 – Demonstrativo do significado de Educação em Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes.

| Educação em Saúde é: |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ensinar e prevenir através da educação; |
| <input type="checkbox"/> Conscientização a população sobre a importância da saúde e prática; |
| <input type="checkbox"/> Ações visando a mudar hábitos da população em geral para que se adotem hábitos mais saudáveis; |
| <input type="checkbox"/> Adquirir métodos de prevenção das doenças; |
| <input type="checkbox"/> Orientar e atualizar os ensinamentos; |
| <input type="checkbox"/> Promover atividades de formação, capacitação e atualização do setor regulado e de informação da população; |
| <input type="checkbox"/> Quando você promove, você educa; quando você educa, você promove; |
| <input type="checkbox"/> Prática utilizada para repassar/aprimorar os conhecimentos; |
| <input type="checkbox"/> Conhecimento e promoção da cidadania; |
| <input type="checkbox"/> Orientar e informar sobre como prevenir doenças e adotar hábitos saudáveis; |
| <input type="checkbox"/> Estimular a prevenção de doenças; |
| <input type="checkbox"/> Promoção de ações saudáveis; |
| <input type="checkbox"/> Prevenir doenças; |
| <input type="checkbox"/> Povo saudável; |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade social; |
| <input type="checkbox"/> Bem-estar social e autoestima. |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Uma parte representativa dos entrevistados respondeu a partir de uma visão hegemônica da prática de educação em saúde, baseando-se na imposição do saber por quem detêm o conhecimento, comunicação unilateral e centrada na prevenção de doenças. Apenas um não respondeu a esse item do questionário.

As respostas relacionadas à concepção dialógica configuram uma visão superficial, sem especificações e objetividade.

4.3.4 As estratégias que representam as ações de educação em saúde na prática dos fiscais

O quadro 06 sintetiza os dados sobre as estratégias da educação em saúde.

Quadro 06 - Demonstrativo das atividades profissionais que representam Ações de Educação em Saúde, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes.

| Atividades de Educação em Saúde |
|---|
| <input type="checkbox"/> Palestras sobre boas práticas de manipulação coletivas e individuais; |
| <input type="checkbox"/> Participar de eventos que envolvam a população e /ou agentes. Ex.: manipuladores de alimentos para divulgação de boas práticas através de palestras ou distribuição de panfletos educativos; |
| <input type="checkbox"/> Palestras para comerciantes de alimentos; |
| <input type="checkbox"/> Orientações nas fiscalizações; |
| <input type="checkbox"/> VISA na escola; |
| <input type="checkbox"/> Verificar as não conformidades nos estabelecimentos, apresentar as leis necessárias para a resolutividade dos problemas encontrados; |
| <input type="checkbox"/> Inspeções; |
| <input type="checkbox"/> Treinamentos, palestras e cursos de boas práticas para o setor regulado, palestras nas escolas; |
| <input type="checkbox"/> Quando vejo algo que coloca em risco a saúde das pessoas, explico o motivo e tento sensibilizar a pessoa a fazer o correto; |
| <input type="checkbox"/> Capacitação para profissionais do embelezamento, setor regulado; |
| <input type="checkbox"/> Orientação à população do setor regulado, capacitação de agentes de promoção de saúde nos serviços; |
| <input type="checkbox"/> Palestras para o setor regulado. Ex.: boas práticas em salões de beleza e vigilância sanitária nas escolas; |
| <input type="checkbox"/> Divulgação das campanhas de vacinação, divulgação do trabalho da vigilância sanitária nas escolas do ensino fundamental; |
| <input type="checkbox"/> Palestras, promoção de eventos de divulgação de atividades, orientações sobre os riscos à saúde humana e ambiental das diversas práticas realizadas para população e setor regulado que direta ou indiretamente afete a saúde; |
| <input type="checkbox"/> Atendimento e esclarecimento da população em relação aos serviços. |

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As práticas de educação em saúde foram predominantemente atividades que informam e comunicam. Logo, são estratégias com metodologia hegemônica, em que as informações são repassadas de forma tradicional, centradas na prevenção, utilizando palestras, divulgação em panfletos, folders, dentre outros, conforme mostrado no quadro 06.

É importante destacar predominância de respostas atreladas às estratégias hegemônicas para educação em saúde, assim como também que essas estratégias seriam realizadas durante o momento das inspeções fiscalizatórias, comprovando, mais uma vez, que a função punitiva sobressai em relação à função educativa.

Observa-se também que as estratégias utilizadas para educação em saúde

são atividades soltas, aleatórias e pontuais, inexistindo uma contextualização concreta, contínua, planejada e mais elaborada das ações.

As práticas relacionadas com estratégias para educação em saúde foram descritas apenas para o setor regulado e para a população, logo excluíram o processo de educação permanente para os próprios fiscais serem capacitados tanto em relação com a parte punitiva, como para a realização da parte educativa de VISA.

4.3.5 Aspectos facilitadores e os desafios para desenvolvimento das ações da VISA, segundo os profissionais

Os entrevistados foram indagados sobre os pontos positivos e negativos de se trabalhar na VISA, encontrados durante o desenvolvimento das ações, conforme demonstra o quadro 07.

Quadro 07 - Demonstrativo dos aspectos positivos e aspectos negativos das ações da VISA, segundo os sujeitos investigados – 24 respondentes.

| Aspectos positivos | Aspectos negativos |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A proteção da saúde dos consumidores; <input type="checkbox"/> O trabalho em equipe com os colegas do setor; <input type="checkbox"/> A possibilidade de identificar riscos sanitários e conseguir saná-los; <input type="checkbox"/> Liberação de alvará sanitário; <input type="checkbox"/> Conscientização de estabelecimento; <input type="checkbox"/> Conscientização da população; <input type="checkbox"/> Comprometimento da equipe; <input type="checkbox"/> Orientações aos usuários; <input type="checkbox"/> Prevenção de riscos; <input type="checkbox"/> Fiscais capacitados; <input type="checkbox"/> Apoio do chefe imediato; <input type="checkbox"/> Efetividade na saúde da população; <input type="checkbox"/> Equipe multiprofissional da VISA; <input type="checkbox"/> Profissionais qualificados para o desenvolvimento das ações; <input type="checkbox"/> Responsáveis de estabelecimentos sempre disponíveis para atender os fiscais da VISA; <input type="checkbox"/> Seriedade e respeito dos fiscais da VISA durante as inspeções; | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deficiência de veículos; <input type="checkbox"/> Deficiência de estrutura física; <input type="checkbox"/> Deficiência de recursos materiais e equipamentos; <input type="checkbox"/> Uma boa parte da população ainda necessita de se conscientizar da importância do serviço; <input type="checkbox"/> Falta de carros; <input type="checkbox"/> Falta de material de expediente; <input type="checkbox"/> Falta de incentivo à capacitação; <input type="checkbox"/> Poucas capacitações (educação continuada); <input type="checkbox"/> Pouca abrangência de estabelecimentos; <input type="checkbox"/> Falta de compromisso do setor regulado; <input type="checkbox"/> Falta de educação da população; <input type="checkbox"/> Falta de incentivo financeiro aos servidores da VISA; <input type="checkbox"/> Dificuldade de intervenções nos serviços públicos; <input type="checkbox"/> Não reconhecimento do seu trabalho; <input type="checkbox"/> Desconhecimento por parte dos |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assiduidade; <input type="checkbox"/> Acompanhamento das ações; <input type="checkbox"/> É um trabalho dinâmico; <input type="checkbox"/> Requer atualização constante; <input type="checkbox"/> Carga horária favorável; <input type="checkbox"/> Não ficar em ambiente fechado; <input type="checkbox"/> Tentar melhorar a saúde das pessoas; <input type="checkbox"/> Ver que sua orientação teve resultado positivo; <input type="checkbox"/> Conhecer diferentes serviços; <input type="checkbox"/> Diversidade de ações; <input type="checkbox"/> Realizar palestras educativas; <input type="checkbox"/> Qualificação dos profissionais; <input type="checkbox"/> Ter menos retornos nas inspeções; <input type="checkbox"/> Plantões noturnos; <input type="checkbox"/> Pagamento em dia; <input type="checkbox"/> Melhoria da qualidade do processamento nas fábricas mediante as fiscalizações realizadas; <input type="checkbox"/> Sede atual próxima de gestões fiscais interessadas; <input type="checkbox"/> Cuidados com os alimentos; <input type="checkbox"/> Restaurantes com boas cozinhas; <input type="checkbox"/> Exames de saúde em dia dos funcionários que manipulam os alimentos; <input type="checkbox"/> Regularização das empresas controladoras das pragas urbanas (vetores). | <ul style="list-style-type: none"> gestores do perfil e importância do papel do fiscal; <input type="checkbox"/> Frequentes mudanças de gestão que levam a descontinuidade das ações; <input type="checkbox"/> Presença de mofo na sala de trabalho; <input type="checkbox"/> Falta de reunião para uma relação entre os colegas; <input type="checkbox"/> Dos estabelecimentos que só funcionam no horário noturno; <input type="checkbox"/> Burocracia no serviço público; <input type="checkbox"/> Falta de sensibilidade dos servidores; <input type="checkbox"/> Perigo no momento da fiscalização; <input type="checkbox"/> Precariedade salarial; <input type="checkbox"/> Falta o Código Sanitário do município; <input type="checkbox"/> Em alguns casos, observa-se o descompromisso dos proprietários com a saúde do trabalhador; <input type="checkbox"/> Visibilidade; <input type="checkbox"/> Falta de privacidade - divisórias quebradas; <input type="checkbox"/> Falta de articulação entre os setores da VISA; <input type="checkbox"/> Fragilidade do vínculo. |
|--|---|

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4.3.5.1 Aspectos facilitadores (pontos positivos) em relação ao desenvolvimento das ações da VISA, segundo os profissionais de VISA

Quanto aos pontos positivos percebidos pelos participantes da pesquisa, nota-se a forte associação fiscalizatória e punitiva da VISA, quando o predomínio de relação das ações punitivas como estratégias facilitadoras que ajudam no desenvolvimento das ações da VISA, como nas expressões: fiscalizações, regularização, plantões noturnos, alvarás sanitários e inspeções, comprova o forte predomínio dessa função fiscalizatória em detrimento da função educativa.

Ocorreu o predomínio da prevenção de riscos sanitários, com o repasse de conhecimentos de maneira verticalizada, preconizada pela visão hegemônica da educação em saúde.

A multidisciplinaridade foi apontada como um aspecto positivo, pois permite o convívio entre diferentes conhecimentos técnico-científicos.

Um outro aspecto apontado como positivo foi a existência de uma equipe dotada de profissionais qualificados foi listada como estratégia facilitadora das ações da VISA, pois todos os fiscais são graduados e todos possuem pós-graduação.

Um respondente apontou a carga horária como sendo um ponto positivo. Logo, é possível inferir que o sujeito da pesquisa desempenha uma outra função senão VISA, relacionada à sua formação acadêmica de graduação.

Seis entrevistados listaram como positivas as ações de educação em saúde, para a efetividade na saúde da população, porém os métodos destacados foram as estratégias tradicionais hegemônicas.

4.3.5.2 Aspectos desafiadores (negativos) em relação ao desenvolvimento das ações de VISA, segundo os profissionais de VISA

A falta de computadores, impressoras, internet, material de expediente, veículos, estrutura física com mofo e falta de privacidade nas salas onde as divisórias de madeira foram destruídas constituíram como desafios para que as ações do setor ocorressem.

A falta de incentivo às capacitações e pouca oferta de capacitações foram descritas como aspectos negativos para o desenvolvimento das ações porque essas são importantes para manter os profissionais atualizados.

A falta de valorização e reconhecimento do trabalho dos fiscais de vigilância sanitária, falta de incentivos financeiros aos servidores da VISA, desconhecimento por parte dos gestores do perfil e da importância do papel do fiscal foram descritos como obstáculos para efetivar as ações de VISA, passível de atrelar ao fato da inexistência da carreira de fiscal de VISA.

A falta do Código Sanitário do Município de Mossoró foi pontuada como obstáculo para a realização das ações da VISA porque o município fica desprovido de suporte jurídico específico para atender às necessidades características da cidade.

As ações educativas na VISA são muito incipientes e pouco praticadas, e quando citaram essas respectivas ações, culpavam a população e os proprietários de estabelecimentos em virtude de uma visão hegemônica.

Foi observado que a falta de articulação entre os setores da VISA - serviços

de saúde, produtos /medicamentos e alimentos - foi elencada como um aspecto negativo, o que nos leva a supor que a interação entre eles é deficiente ou inexistente.

Um funcionário citou a fragilidade do vínculo como aspecto negativo da VISA. O fato de não existir um cargo no Plano de Cargos Carreira e Salários e ainda, dos servidores não serem concursados para o cargo específico de fiscal, inexistindo autonomia e dedicação exclusiva essenciais para o desenvolvimento das ações da vigilância sanitária, contribuem para esta fragilidade.

A partir dos pontos negativos elencados no quadro 7, fica claro que há um total desvirtuamento das ações da VISA no cenário investigado, tanto nas condições de trabalho quanto na fragilidade da gestão e do próprio do conhecimento.

Apenas um participante da pesquisa não respondeu nem os pontos positivos e nem os negativos.

4.4 Espaço para acrescentarem algo que consideravam importante, e que o questionário não contemplou

Em relação ao espaço totalmente em aberto do questionário, apenas três investigados responderam, da seguinte maneira:

- O não conhecimento das ações de vigilância sanitária por parte dos gestores dificulta os investimentos na área da VISA;
- Falta de apoio da gestão para melhores condições de trabalho, principalmente os relacionados aos veículos;
- A participação da gestão é importante para que as ações da VISA aconteçam.

Ao apontamentos dos participantes da pesquisa apenas reforçam as afirmações já constatadas ao longo das questões fechadas.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após os resultados e análise dos dados, prosseguimos com a discussão dos mesmos em comparação a revisão de literatura esplanada durante essa pesquisa.

5.1 Estrutura organizacional

A falta de autonomia no gerenciamento dos recursos financeiros afeta os serviços da vigilância, no que diz respeito à estruturação, verificando-se a falta e a precariedade dos carros, deficiências dos sistemas de informação, equipamentos, materiais, tecnologias e estrutura física. Essas mesmas afirmações foram constatadas por Lucchese (2001); pelos Relatórios dos Fóruns da Região Norte e da Região Centro-Oeste do Ciclo de Debates em Vigilância Sanitária: Desafios e Tendências (ANVISA, 2016a, 2016c) e em Silva, Costa e Lucchese (2018) que relatam ser necessária a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e das principais estratégias, repensando a organização, gestão do SNVS, e a descentralização a nível dos estados e dos municípios.

A estrutura dos recursos humanos dos profissionais da vigilância sanitária do município de Mossoró contempla a quantidade de 24 fiscais, todos graduados, concursados para outros cargos, inexistindo a carreira de fiscal de VISA no município, valendo ressaltar ser uma quantidade superior à quantidade total de fiscais de Vigilância Sanitária existentes no Estado do Rio Grande do Norte.

5.2 Refletindo sobre o perfil dos sujeitos da investigação

Os dados até aqui expostos e analisados nos levam a avançar na discussão dos indicadores que caracterizam o perfil dos sujeitos à luz do objeto de estudo.

5.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a graduação

A equipe da VISA Mossoró é constituída por multiprofissionais, e considerando as áreas abrangentes e as peculiaridades presentes no setor, verifica-se que suas funções são interdependentes entre os setores da própria VISA, entre outros setores da Unidade de Saúde, assim como intersetoriais, ligadas a outras secretarias.

O fator multidisciplinaridade dentro da equipe da VISA unifica a qualidade dos serviços prestados pela instituição, em que as áreas evidenciadas perfazem uma maneira de intermediação na aplicabilidade da saúde pública, que implica a formação continuada constante para apreensão, análise e reflexão das práticas interdisciplinares. Assim como caracterizam Paviani e Pozenato (1984, p. 14):

A convivência universitária, o espírito universitário, o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre as pessoas, é tão importante quanto às atividades docentes e de pesquisa, tão decisivo para a formação dos indivíduos quanto às bibliotecas e os laboratórios.

Diante disso, entendemos que os responsáveis por gerir os cursos em nível de graduação devem estar atentos ao ensino ofertado, tendendo a inserir profissionais multidisciplinares e não disciplinares, para atuar de acordo com as novas exigências do mercado de trabalho. Depois de graduados, precisam se manter constantemente atualizados, aperfeiçoando seus conhecimentos.

Dentro das perspectivas do campo de atuação na vigilância sanitária, os cargos ocupados nesse setor tornam-se cada vez mais diversificados, tendo em vista a abrangência de segmentos que o setor requer.

A discussão acima é confirmada pelas referências de Japiassu (1976) e por Fazenda (1979), com relação à interdisciplinaridade, ao discorrerem que as disciplinas interagem entre si, por meio de processos dinâmicos, dialógicos e complexos que levam a caminhos solidários de reconstrução dos diversos campos dos conhecimentos.

A produção laboral formada por uma equipe multidisciplinar possibilita a integração entre os setores da vigilância sanitária, com os demais setores da saúde e com demais políticas públicas, a fim de resultar no bom êxito dessas funções às quais é destinada. Os Relatórios dos Fóruns das Regiões Norte e Sudeste do Ciclo de Debates da Vigilância em Saúde: Desafios e Tendências relatam o contrário da situação encontrada no município pesquisado, pois nessas regiões verifica-se a ausência de equipe multidisciplinar (ANVISA, 2016c, 2016d).

5.2.2 Perfil dos sujeitos, segundo o ano de conclusão da graduação

Mais da metade dos fiscais de VISA investigados nesta pesquisa fez suas graduações

na época preventivista dos departamentos de medicina preventiva, ou seja, antes da instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006.

Foi constatado que suas formações tiveram os alicerces marcados na prevenção das doenças. Logo, suas bases de formações em nível de graduação seguem o modelo de Leavell e Clarck (1976), no qual as medidas preventivas contemplavam três níveis de prevenção: o primário, o secundário e o terciário. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), a valorização da prevenção por intermédio de exames preventivos e da promoção da saúde, só era considerada apenas no nível primário do modelo da História Natural das Doenças, tendo como referência as mudanças de comportamentos dos indivíduos.

5.2.3 Perfil dos sujeitos, segundo a realização de pós-graduação

Todos os sujeitos da investigação possuem pós-graduação e a Política Nacional de Promoção da Saúde determina que é prioridade a formação e a educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, com a implementação de qualificação em ações de promoção de saúde no SUS, dentro de uma visão ampliada, quer por cursos presenciais ou EAD (BRASIL, 2006). Assim também reafirmam Cavalcanti e Oliveira (2016), dentro dessa prioridade da PNPS, quando descrevem que a capacitação da equipe de profissionais por meio da educação permanente transforma as práticas profissionais formando nova visão que proporcionam mudanças através da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, gerando melhoria na saúde da população. Porém, para que esses fiscais atuem na respectiva função, é necessário especializar e aperfeiçoar na área de atuação, independentemente da oferta de capacitação por parte da instituição.

Dessa forma, constatamos que os profissionais do setor são detentores de níveis de qualidade e conhecimento específico e inclusivo, verificando-se a necessidade de uma formação apropriada ao profissional que atua no setor da VISA, observando o papel que cada um representa na tomada de decisões e desempenho da função dentro da entidade.

Tendo em vista essa necessidade, entendemos ser responsabilidade da gerência do setor de educação em saúde o planejamento de educação continuada junto aos seus funcionários, denotando explícita realidade na qual o profissional da vigilância sanitária deverá exercer suas competências e habilidades visando à transformação e renovação em sua prática, implicando, necessariamente, que sua

capacitação deva buscar atender estas expectativas dentro da sua especificidade.

5.2.4 Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a função desempenhada

Todos os profissionais responderam desempenhar a função de fiscal de vigilância sanitária, e como o cargo não existe no Plano de Cargos Carreiras e Salários de Mossoró, assim como não foram concursados para o cargo em questão. Estes, possuem portarias políticas de Fiscais de VISA, que atrelam as gratificações, podendo funcionar como poder de barganha nas mãos dos gestores, fragilizando a autonomia dos profissionais, pois caso façam algo que vá de encontro aos interesses dos gestores, essas portarias podem ser baixadas e, conseqüentemente, eles perdem suas gratificações.

Desta forma, esta precariedade da instituição interfere nas ações desenvolvidas pelos fiscais na VISA, e considerando que as funções desempenhadas pelos fiscais de vigilância sanitária exigem requisitos específicos, como autonomia, imparcialidade, impessoalidade, dedicação exclusiva para evitar o conflito de interesses (ser, ao mesmo tempo, fiscalizado e fiscalizador), constatamos que atuam em desvio de função, contrariando o art. 37 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Portanto, caracteriza fragilidade organizacional relacionada ao vínculo, comprometendo os requisitos estruturantes e legais da instituição, conforme preconiza SNVS, pois reafirma que as descentralizações das vigilâncias sanitárias devem seguir todos os princípios e diretrizes do SUS, lei nº 8.080/1990, e que, por sua vez, é embasada na Constituição Federal de 1988, no art. 37, de modo a evitar o conflito de interesses (BRASIL, 1988).

Essa dificuldade vinculada ao plano de Cargos e Carreiras dos profissionais da VISA, do município de Mossoró, coincide também com o que é relatado por Lucchese (2001) e nos Relatórios dos Fóruns Regionais das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sul, Sudeste e Norte (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), que são unânimes em descrever ser imprescindível a criação do cargo e formação de carreira, e essencialmente, realização de concurso público. Silva, Costa e Lucchese (2018) corroboram com o mesmo pensamento, elencando como desafios para o SNVS a carreira para a força de trabalho na VISA, nos estados e municípios à semelhança das outras áreas estatais de regulação e fiscalização, e finalmente o que diz a Resolução nº 588, art. 9; VI, alínea b, que diz respeito à desprecarização dos vínculos de trabalho, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público (BRASIL, 2018).

5.2.5 Perfil dos sujeitos, segundo o tempo de serviço na VISA

Os dados evidenciam que a maioria dos funcionários tem tempo de serviço considerável e experiência na função, entretanto esse tempo de atuação traz implícita a certeza velada de posse do saber, ou seja, detenção do conhecimento, sem o reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento. Desta forma, a atualização dos conhecimentos será de vital importância, pois, assim como em outros ramos, é necessária perspicácia no trato de sua função e a assiduidade no desempenho funcional deve ser bem maior, pois o campo exige do profissional uma sutileza na análise de situações apresentadas. Esta necessidade foi constatada e reafirmada na Política Nacional de Vigilância em Saúde, de 2018, pois a Resolução nº 588, no art. 9; VI, alínea d, descreve:

investimento na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2018, online).

Porém, ao mesmo tempo que observamos um tempo considerável desses sujeitos no serviço da vigilância sanitária, constatamos que no intervalo desses 10 anos, de 2009 a 2018, onze fiscais de vigilância sanitária foram substituídos. As substituições aconteceram por decisão dos próprios profissionais ou para atender aos interesses dos gestores, gerando constante desestruturação organizacional e causando também falta de estabilidade para os servidores da VISA. Essas substituições fragilizam a vigilância sanitária porque os profissionais capacitados saem do serviço e chegam novos profissionais que necessitam ser capacitados, comprovando rotatividade considerável de funcionários. Igualmente, foi descrito nos Relatórios dos Fóruns das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sul, Sudeste, Norte do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária: Desafios e Tendências no Campo da Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), e em Lucchese (2001).

5.2.6 Perfil dos sujeitos, segundo função/ cargo

A maioria dos profissionais responderam levando em consideração a função que desempenham na instituição.

Assim, a fragilidade do vínculo é percebida porque todos os vinte e quatro fiscais de VISA não foram concursados para os respectivos cargos de fiscais de

Vigilância sanitária, atuam com portarias de cargos que não existem, que adicionam gratificações financeiras e que, por sua vez, foram emitidas por gestores municipais, os quais podem dar ou tirar essas portarias conforme seus interesses. As portarias também podem diminuir a autonomia das práticas desses profissionais, pois caso façam algo que desagrade os interesses dos gestores, essas portarias podem ser removidas, alterando os valores monetários recebidos pelos fiscais de vigilância sanitária. Percebe-se que essa situação de fragilidade de vínculo como requisito estruturante do SNVS é relatada também por Lucchese (2001), Silva, Costa e Lucchese (2018), nos Relatórios dos Fóruns das Regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro- Oeste do Ciclo de debates em Vigilância Sanitária: Desafios e Tendências (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), e pela RDC nº 207, no capítulo IV; art.2, §. 2º no que se refere a evitar o conflito de interesses (ANVISA, 2018).

5.2.7 Perfil dos sujeitos, segundo a existência de ocupação senão VISA

Mais da metade dos profissionais relatou que desempenhava outra atividade senão VISA: 42% afirmaram não ter outra atividade não VISA e 4% não responderam.

A carga horária dos profissionais são trinta horas semanais, cumpridas por três fiscais e 20 horas semanais cumprida por vinte e um dos profissionais (essas cargas horárias fragilizam a estrutura organizacional do setor), porém sabemos que o setor tem especificidades e necessita que a carga horária seja de dedicação exclusiva, pois é essencial para o desenvolvimento das duas funções da VISA, assim como para evitar o conflito de interesses. Logo, percebemos que esta situação também é descrita por Lucchese (2001) e nos Relatórios dos Fóruns de todas as Regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul) (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e).

A dedicação exclusiva para fiscal de vigilância sanitária diz respeito, primeiramente, à Função Fiscalizatória, pois os fiscais devem ter dedicação exclusiva para evitar o conflito de interesses (conflito entre fiscalizado X fiscalizador), nem podem ser responsáveis técnicos em outros serviços, pois necessitam ter uma conduta imparcial, impessoal. Em segundo lugar, diz respeito à Função Educadora da VISA, porque a dedicação exclusiva permite maior

dedicação ao trabalho e mais tempo dos profissionais no setor, permitindo desenvolverem de maneira contínua as ações da função educativa da vigilância sanitária. Essas instabilidades também foram descritas por Lucchese (2001) e nos Relatórios dos Fóruns das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, e Norte (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e). Existe a necessidade de regularizar estas inconsistências, e através da Resolução nº 588, art. 9; VI; alínea “c” (plano de cargos, carreiras e salários, regime de dedicação exclusiva, para os trabalhadores da Vigilância em Saúde) (BRASIL, 2018); e da RDC nº207, Capítulo IV, art. 25,

§ 2º tratam dos requisitos estruturantes que devem ser adotados de acordo com o SNVS, incluindo os profissionais fiscais sanitários e a ausência do conflito de interesses, onde a dedicação exclusiva impede os conflitos de interesses, aumentando a disponibilidade de carga horária disponível para ser trabalhada a função educativa da VISA (ANVISA, 2018).

Observamos que 4% não responderam, levando a pensar que se deve ao fato de terem outras ocupações senão VISA e/ou estarem cientes da condição específica que a função de fiscal exige, que é a dedicação exclusiva.

5.2.8 Perfil dos sujeitos, segundo os tipos de ocupações senão VISA

A partir destes dados, é possível informar que a equipe da vigilância sanitária é circundada por profissionais que nem sempre desempenham suas funções diretamente ligadas à sua área de formação, distanciando-se da sua base de graduação, o que exige mais ainda uma contínua capacitação e educação continuada, inerentes à função praticada por esses.

Destacamos que entre as ocupações senão VISA, a existência de fiscais de VISA acumulando a função de fiscais do Serviço de Inspeção Municipal de produtos de origem Animal e Vegetal (SIM), que atuam conferindo selo de qualidade a nível de produção e que, ao mesmo tempo, acumulam a função de fiscal de vigilância sanitária na fiscalização da comercialização desses mesmos produtos. Logo, constatamos o conflito de interesses de como um profissional pode dar um certificado de qualidade no nível de produção de um alimento e, ao mesmo tempo, fiscalizar a nível de comercialização.

Ao mesmo tempo, verificamos profissionais da VISA que atuam na função de fiscal de vigilância sanitária e, ao mesmo tempo, trabalham como responsáveis

técnicos de estabelecimentos ou trabalham no setor regulado (público ou privado) no cargo de suas respectivas graduações, como nutricionistas, enfermeiras, advogada, funcionária pública, fisioterapeuta, farmacêutico, gerando conflito de interesses e, para evitar esses conflitos, é necessária dedicação exclusiva para os fiscais de VISA.

Os fiscais de vigilância sanitária que desempenham as ocupações senão VISA relacionadas com a pedagogia podem acumular essas duas atividades, porque é permitido por lei, além de não gerar conflito de interesses. O conflito de interesses foi constatado segundo Lucchese (2001) e nos Relatórios dos Fóruns das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, e Norte do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária: desafios e Tendências (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), na Resolução nº 588 (BRASIL, 2018), e pela RDC nº 207 (ANVISA, 2018).

5.2.9 Perfil dos sujeitos, segundo participação em capacitação

Todos os 24 profissionais participaram de alguma capacitação, seja referente às suas graduações ou à função desempenhada de fiscal de VISA.

A educação continuada, por meio de capacitações, atualizações e especializações é importante para o desenvolvimento profissional, e para os profissionais da vigilância sanitária é essencial ter uma visão globalizada do setor de atuação, necessitando de atualização dos acontecimentos que ocorrem em sua localidade no que se refere à saúde e ao bem-estar da população, nas inovações tecnológicas, nas legislações que são criadas e alteradas constantemente, procurando manter a eficiência e a eficácia dos serviços prestados e da produção de bens.

O profissional deve-se manter atualizado, não somente a assuntos ligados à sua profissão, mas sobretudo a assuntos de conhecimento amplo. É nesse contexto que há uma necessidade da busca por especialização, não somente na sua área, mas sim, em outras áreas, como hoje é possível dizer, que muitos profissionais estão procurando uma multidisciplinaridade como forma de aprimoramento profissional, e este mesmo contexto é destacado por Masetto (2003).

5.2.10 Perfil dos sujeitos segundo o tipo de capacitação

Observamos predomínio de capacitações voltadas para as ações da função fiscalizatória da VISA e, em seguida, as capacitações voltadas para as respectivas graduações.

É importante destacar que não foi citada nenhuma capacitação para os fiscais de VISA, voltada para as práticas das ações de educação em saúde, da função educativa da VISA, portanto a visão punitiva ainda prevalece em relação à função educativa da VISA.

A educação continuada é importante para o setor de vigilância sanitária, quer para a função punitiva da VISA quer para a função educativa da VISA, e também, para todos os profissionais que se encontram no mercado de trabalho, professores e universidades, de modo a transformarem suas práticas profissionais, como bem disseram Cavalcanti e Oliveira (2016).

5.2.11 Perfil dos Sujeitos, segundo quando foi a última capacitação da qual participou

É importante ter em vista um planejamento e programação da educação continuada ofertada pela instituição, para os profissionais de modo a ter uma constância e uma distribuição que atenda a todas as necessidades do setor, sem que haja acúmulo de capacitações para um ou poucos fiscais, ao passo que outros não participam de nenhuma capacitação.

Devemos compreender principalmente que melhorias no campo de atuação devem ser implementadas, suprindo a competência e qualificação do profissional. Para isso, se faz necessário que o profissional tenha um perfil inovador, sendo um profissional moderno tecnologicamente, que tenha uma educação de qualidade, enquadrando-se no perfil desejado pela sociedade. Isto implica capacitação contínua, tanto em temas específicos da função quanto em temas de formação geral, conforme preconizam a Resolução nº 588 (art.9; VI; alínea “a” e “d”) (BRASIL, 2018), a RDC nº 207, cap. IV; art. 25; § 1 (ANVISA, 2018), a PNPS (BRASIL, 2006) e a PNEP (BRASIL, 2009).

Verificamos, assim, que o perfil do profissional da atualidade se baseia em ter um conhecimento amplo, firmado nos mais diversos campos de atuação. Com isso,

os conhecimentos gerais e técnicos contraídos durante a formação profissional na graduação universitária são o ponto inicial para a ampliação das habilidades, construindo novos valores profissionais e conhecimentos, nos diferentes ambientes do convívio profissional, mostrando a necessidade de estar atualizado e, assim, poder exercer e cumprir seus objetivos como profissional.

Encerrada essa segunda parte focada em perguntas de cunho pessoal, seguiremos para a terceira parte, utilizando o questionário semiestruturado que irão atender às questões pertinentes ao objeto de estudo desta dissertação.

5.3 Ações da VISA no cenário investigado

Definidos os perfis dos integrantes da pesquisa, avançamos especificando o que os fiscais fazem e como fazem para efetivar as ações de educação em saúde gerando promoção da saúde.

5.3.1 O significado de Promoção da Saúde

A promoção da Saúde é um processo de responsabilidade, individual e coletiva, de construção social contínua, intrínseca das visões culturais, políticas, econômicas, e das subjetividades dos sujeitos e de seus grupos sociais. Para garantir a integralidade dessas ações, é necessário considerar as singularidades dos atores envolvidos e as especificidades da comunidade em questão, pois a construção dos conhecimentos com a participação da sociedade proporciona a troca de experiências, a comunicação e o diálogo de informações, gerando o poder de se ter autonomia para tomada de decisões, possibilitando as transformações.

As respostas que predominaram na pesquisa do que seria promoção da saúde foram as que interligavam com a concepção antiga, ligado ao modelo hegemônico, centrado na prevenção e não na promoção, na doença e não na saúde, contradizendo o descrito por Carvalho (2004), Malta *et al.* (2014, 2016) e por Brasil (2006, 2013).

Constatamos também a predominância da metodologia hegemônica com a afirmação de um dos participantes quando, sua fala, ele destaca: “Educar as pessoas para se prevenir das doenças”, ficando clara a percepção dos fiscais como detentores dos conhecimentos técnico-científicos, devendo, por isso, repassar seus conhecimentos como verdades absolutas.

Obtivemos respostas dentro da concepção dialógica, porém em menor quantidade se comparada às respostas escritas dentro da concepção hegemônica. As respostas de promoção da saúde dentro da percepção dialógica foram descritas como: qualidade de vida da população, futuro saudável, ações que proporcionem quaisquer melhorias para a saúde, sem objetividade e profundidade. Nesse sentido, acrescentaríamos as concepções baseadas na saúde produzida coletivamente, por intermédio da educação em saúde onde todos participam da sua construção, através da humildade, da solidariedade e do diálogo entre o saber técnico científico, construído a partir do saber popular, dentro de uma visão dialógica da realidade, conforme ressaltam Malta *et al.* (2016). Essa troca democrática de experiências é potencialmente transformadora de cidadãos autônomos e emancipados.

As atitudes tradicionais de centralização e hierarquização (verticalização) das ações de saúde impossibilitam os indivíduos construir, desconstruir, refletir, trocar experiências, para fazerem escolhas que proporcionem a emancipação dos cidadãos, pois promoveriam as transformações necessárias à promoção da qualidade de vida.

5.3.2 Ações utilizadas na Promoção da Saúde

A utilização de estratégias dinâmicas para promover saúde demanda ações coordenadas e articuladas entre os setores da saúde e todos os demais setores, dos profissionais de saúde, dos pesquisadores, das populações dos territórios em questão e das instituições que fazem políticas públicas. Estas estratégias de ação podem funcionar, de maneira que possibilitem a formação de redes de ações que atuem de forma integrada para construção de políticas públicas, de modo a promover a equidade e melhoria das condições de vida.

Ao refletirmos sobre os dados do quadro 7, podemos afirmar que entre as ações representantes da promoção da saúde houve o predomínio da função punitiva da VISA, pois observou-se que são aplicadas como estratégias para promover saúde, as inspeções sanitárias, a liberação de alvará sanitário, as fiscalizações sanitárias, fiscalizações e orientações para seguir as leis sanitárias. Logo, as atividades de promoção da saúde são associadas às fiscalizações sanitárias, a alvarás sanitários, inspeções, comprovando que a função punitiva da VISA predomina em relação à função educativa, conforme ressalta que a função punitiva de VISA predomina em relação à função educativa da VISA (COSTA; ROZENFELD, 2005; MELO, 2010).

Dois participantes da pesquisa apontaram como estratégias para a promoção da saúde, as visitas técnicas e as orientações, que estão relacionadas ao modelo hegemônico, com transmissão de conhecimentos verticalizados, onde detentores do saber doutrinam de maneira unilateral aos que não os possuem.

Apenas um respondente citou que a estratégia que utilizaria para promover saúde seria a educação, porém não especificou a técnica a ser utilizada, e para Silva, Costa e Lucchese (2018), as ações da VISA que promovem saúde incluem intervenções comunicativas para ser possível elevar as qualidades de vida da população.

Existe muita diferença entre a teoria e a prática da Promoção da Saúde, regida pela Política Nacional de Promoção da Saúde, pois até hoje ocorre de forma muito arraigada a atuação de gestões e dos profissionais da saúde sob a forte influência do modelo capitalista, onde as ações são verticalizadas, e onde inexistente a prática da participação social, da construção de novos saberes e fazeres coletivos, dos diálogos, impossibilitando a autonomia dos cidadãos, conforme aponta Mendes (2008).

5.3.3 O significado de Educação em Saúde

A educação em saúde consiste em um ato complexo, em constante modificação, pois trata-se de espaços onde pulsam vidas, com várias compreensões e influências de seus mundos sociais e culturais, de modo que desperte a cidadania da população, ampliando novos olhares advindos da troca de experiências, construídos conjuntamente entre os envolvidos.

Para a maioria dos entrevistados, a educação em saúde seria ensinar a prevenir doenças, repassar, orientar, informar, o que confirma predominância de uma visão hegemônica da educação em saúde, baseada na prevenção, na doença, no repassar conhecimentos por metodologias verticalizadas, constatando que ainda não incorporaram o poder constituído pela modelo dialógico e estão em conformidade com as características da educação tradicional citada por Alves (2004), Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010), Melo (2010), L'abbate (1994) e Oliveira (2005).

Uma resposta que chamou atenção, pois um investigado fez a seguinte afirmação: “quando você promove, você educa; e quando você educa, você promove”; ao refletirmos sobre essa afirmação, percebemos que nem sempre isso procede, pois quando se educa sem a participação de todos os envolvidos, para que a construção dos conhecimentos seja solidária, nem sempre você promove; e quando se promove saúde através de ações pontuais e verticalizadas, nem sempre se educa.

A principal crítica à educação em saúde atual adotada tem sido referente à não consideração das necessidades e dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde.

Então, implica a necessidade de adentrar no significado da educação em saúde no âmbito dessas desigualdades. Os profissionais de saúde precisam promover saúde a partir de metodologias educativas que possibilite parcerias com a população e com o setor regulado, de modo a construir juntos conhecimentos higiênicos sanitários, conforme orientam Alves (2004), Melo (2010) e Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010).

Um fiscal associou a educação em saúde com atividades de formação como, capacitação e atualização para o setor regulado e informação à população. Observa-se que aqui, o próprio fiscal não se incluiu na necessidade de educação continuada para si mesmo, e que, com relação à população, ficou claro que repassaria apenas a informação, sem que houvesse a construção do conhecimento com a população através de metodologias dialógicas.

O significado de educação em saúde também foi descrita como sendo: povo saudável, bem-estar, cidadania, práticas e ações saudáveis, porém houve uma proporção bem menor da visão ampliada de saúde. Stotz (2005) afirma que as pessoas educam-se no desenvolvimento de suas relações sociais, e para Salci (2013) a educação em saúde é uma importante ferramenta da promoção da saúde, quando desenvolvida de maneira dialógica.

5.3.4 Ações estratégicas utilizadas na Educação em Saúde

As ações de educação em saúde que deveriam estar integradas nas práticas são ignoradas e subestimadas pelos profissionais da saúde, pois culturalmente, habituaram-se ao pensamento de que são desnecessárias e/ou não causam nenhum impacto, e/ou pelo simples fato da falta de costume de colocá-las em prática, para a promoção da saúde.

As práticas de educação em saúde que predominaram foram as estratégias com metodologia hegemônica, associadas com informações repassadas de forma tradicional, centralizadas, desconhecendo a sabedoria popular, para prevenir riscos e doenças, com o objetivo de sensibilizar, sem que necessariamente ocorra mudança na prática, e são atividades soltas, aleatórias, pontuais, não contextualizadas conforme as características da educação hegemônica elencadas por Alves (2004), Melo (2010), Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010).

Além da utilização de estratégias hegemônicas para a educação em saúde,

podemos constatar que a função punitiva da VISA predomina em relação à função educativa, porque os fiscais atrelaram que essas ações seriam realizadas durante o momento das inspeções fiscalizatórias (orientações nas fiscalizações, verificar as não conformidades nos estabelecimentos de acordo com as leis, e ocorreu que uma pessoa relacionou as atividades educativas da VISA, com a expressão, inspeção). Logo, a predominância da função punitiva da VISA em detrimento da função educativa foi elencada por Melo (2010) e no Relatório do Fórum da Região Norte, do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016c).

No entanto, percebemos que a educação em saúde tem um grande desafio quando se propõe a adequar os aprendentes à realidade da saúde pública e agir com competência e responsabilidade, não se tornando um simples reprodutor de ideias tidas como verdade, mas utilizando seu próprio processo de análise, desenvolvendo seu plano de ação, sem, porém, se distanciar das premissas que a profissão traz. O método dialógico de educação evidencia um sujeito que participa ativamente das práticas educativas através de diversas estratégias visando à construção coletiva de troca de saberes e fazeres (construção coletiva de: materiais educativos, dinâmicas, políticas públicas inteligentes para construção de materiais e jogos interativos) para todos os atores envolvidos, como disseram Salci (2013), Coelho e Miranda (2015), Stotz, David e Bornstein (2007), a PNPS (BRASIL, 2006), Resolução nº 588, no art. 7º; VII (BRASIL, 2018).

A educação permanente para fiscais foi descartada por eles, pois se excluíram da necessidade de estarem capacitados em práticas educativas (não relacionaram a necessidade dos profissionais da VISA estarem capacitados, só foram elencadas como sendo necessárias apenas para o setor regulado e para a população), se excluindo, portanto, do processo.

5.3.5 Aspectos facilitadores para o desenvolvimento das ações da VISA

A educação em saúde para promover saúde foi reafirmada na Política Nacional de Vigilância em Saúde, portanto está inserida na vigilância sanitária, confirmando a necessidade de educação permanente dos profissionais envolvidos, para facilitar a construção coletiva de saberes e fazeres juntamente com a população, de maneira que contribua para a autonomia das comunidades e, dessa forma, conduzir a promoção, a vigilância e assistência à saúde em sua integralidade. Nessa trajetória de

formação continuada, é importante perceber que a educação em saúde também é um processo educativo que perpassa as relações que envolvem os profissionais de saúde, os gestores que apoiam esses profissionais e a população que precisa formar seus conhecimentos e adicionar autonomia nos cuidados, sejam eles individual ou coletivo.

O predomínio da função punitiva da VISA foi apontado como aspecto positivo para o desenvolvimento de suas ações, pois as ações destacadas como estratégias facilitadoras (aspectos positivos) foram relacionadas com as expressões: fiscalizações, regularização, plantões noturnos, alvarás sanitários e inspeções, comprovando que a prática da função fiscalizatória se destaca em detrimento da função educativa da VISA, em conforme d e s t a c a m com Melo (2010), Costa e Rozenfeld (2005) e os Relatórios dos Fóruns das Regiões Centro-Oeste, Norte e Sudeste do Ciclo de Debates (ANVISA, 2016a, 2016c, 2016d).

Em seguida, observamos o predomínio das seguintes ações: prevenção de riscos sanitários, repasse de conhecimentos para os que menos sabem, constatando a prática predominante da educação em saúde baseada na antiga concepção hegemônica, conforme vemos em Alves (2004), Melo (2010) e Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010).

Ainda nesta questão, quanto aos aspectos positivos o que predominou foi o convívio entre profissionais de outras áreas, a multidisciplinaridade, pois permite o acesso a diferentes conhecimentos técnicos científicos entre os setores da VISA, que desempenham uma diversidade de ações. Para Japiassu (1976) e Fazenda (1979), a interação entre os saberes e fazeres de maneira solidária e equilibrada contribui para a formação de novos conhecimentos, uma vez que todas as disciplinas interagem entre si.

Observa-se que entendem como estratégia facilitadora o fato da equipe ser suprida de profissionais qualificados, e sabemos que não devemos ter certeza velada do conhecimento, sendo necessário que esses profissionais sejam capacitados constantemente, para atenderem às demandas das novas tecnologias e legislações sanitárias, que estão passando por frequentes atualizações, como é relatado por Silva, Costa e Lucchese (2018), no PNEPS (BRASIL, 2009), na Portaria nº 3194 com o Programa de Fortalecimento das Práticas e Educação Permanente em Saúde para os profissionais do SUS (BRASIL, 2017c).

Verifica-se a existência de uma resposta relacionada aos fatores positivos com

o fato da carga horária favorável. Logo, podemos afirmar que o respondente desempenha outra função senão VISA relacionada à sua formação acadêmica de graduação. Esta condição reflete nas ações educativas da VISA, porque a dedicação exclusiva facilitaria o planejamento e realização de atividades educativas, além de gerar conflito com o que a especificidade do cargo exige, que é a dedicação exclusiva. O conflito de interesses devido à inexistência de dedicação exclusiva foi descrito por Lucchese (2001) e nos Relatórios dos Fóruns da Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária: desafios e tendências (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c).

Por outro lado, apenas seis entrevistados elencaram como positivo as ações de educação em saúde para efetividade da saúde da população, porém os métodos destacados utilizam estratégias hegemônicas, como orientações e palestras aos usuários, sem objetividade e especificações. A educação em saúde baseada em metodologia dialógica, participativa, é verificada em Melo (2010), Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010) e Alves (2004).

5.3.6 Aspectos dificultadores para o desenvolvimento das ações da VISA

Os entrevistados apontaram os pontos positivos e negativos de se trabalhar na VISA, e como é uma instituição sustentada pelo poder público, sempre é a parte não boa que se destaca. Os aspectos negativos são referências para entender como ocorre o desenvolvimento das ações, as condições de trabalho relacionados à estrutura física, aos recursos humanos, a gestão e a participação da população.

Foram elencados como obstáculos que dificultam ou impedem as ações da VISA acontecerem: a falta de computadores, internet, material de expediente, de veículos, estrutura física deficiente, mofo e ausência de privacidade nas salas onde as divisórias de madeira foram destruídas. Os mesmos obstáculos também foram relatados em todos os Relatórios dos Fóruns da Regiões do Brasil (Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste) do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), em Lucchese (2001) e em Silva, Costa e Lucchese (2018).

Os profissionais elencaram como aspectos negativos a falta de incentivo bem como, a pouca oferta às capacitações, pois sabemos que a função de fiscal de vigilância sanitária traz consigo saberes e fazeres inerentes e específicos, que mudam

frequentemente, sendo necessária uma programação contínua de educação em saúde, dentro da política nacional de educação permanente em Saúde para atender essas demandas. A importância da educação continuada para os profissionais de saúde é verificada em Silva, Costa e Lucchese (2018), nos Relatórios dos Fóruns das Regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), na Resolução, nº 588 (BRASIL, 2018), no PNEPS (BRASIL, 2009), na Portaria nº 3.194 (BRASIL, 2017c), RDC nº 207 (ANVISA, 2018), PNPS (BRASIL, 2006).

Como aspectos que dificultam as ações na VISA, foram listados a falta de valorização e reconhecimento do trabalho dos fiscais de vigilância sanitária, falta de incentivos financeiros aos servidores da VISA, e também, o desconhecimento por parte dos gestores do perfil e da importância do papel do fiscal. Essas barreiras estão relacionadas à: inexistência do cargo de fiscal de vigilância sanitária, pois ele explicita e concretiza as funções e atribuições inerentes ao cargo, expondo a necessidade da força de trabalho desses profissionais na saúde; inexistência do plano de cargos carreiras e salário para implantar a valorização dos fiscais através de incentivos financeiros, não estando esses profissionais atrelados a portarias dadas por gestores públicos. Esse mesmo pensamento são vistos em Lucchese (2001), Silva, Costa e Lucchese (2018), a RDC nº 207 (ANVISA, 2018), a Resolução nº 588 (BRASIL, 2018) e os Relatórios dos Fóruns das Regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e).

A falta do Código Sanitário do Município de Mossoró foi pontuada como obstáculo para a realização das ações da VISA. O município não dispõe de um Código de Saúde Municipal, e por essa razão se baseia na Lei Complementar Estadual nº 31/1982, Código Estadual de Saúde do RN, que atualmente encontra-se desatualizado, visto que foi publicado antes da Constituição de 1988, da criação do SUS, em 1990 e da ANVISA, em 1999.

Dois funcionários relataram a falta de educação e de informação da população. Logo, constatamos a visão ultrapassada de saúde, interligando a antiga concepção de que a doença advinha da falta de conhecimento das pessoas. O modelo preventivo de educação em saúde trabalha com a ideia de que os profissionais de saúde sabem e devem repassar para os indivíduos os estilos de vida saudáveis, ao passo que a população não tem nada a contribuir para o processo de educação em saúde, apenas

devem receber as informações repassadas.

Segundo L'abbate (1994), profissionais de saúde e pacientes precisam se sentir sujeitos do processo educativo e, para Oliveira (2005), o modelo de educação preventivo de educação em saúde objetiva a prevenção de doenças como uma falta moral das pessoas e que através da prevenção de doenças se alcançaria a persuasão dos indivíduos.

As ações educativas na VISA são muito incipientes e pouco praticadas, e quando citaram essas respectivas ações culpavam a população e os proprietários de estabelecimentos, representando assim, uma visão hegemônica. Para eles, boa parte da população ainda necessita se conscientizar da importância do serviço e que devido à falta de educação da população, ações não acontecerem. Logo, percebemos que as práticas de educação em saúde são mínimas na rotina desses profissionais e que são contextualizadas numa concepção tradicional.

A falta de articulação entre os setores da VISA (serviços de saúde, produtos/medicamentos e alimentos) foi elencada como um aspecto negativo. Logo, percebemos que, embora a equipe seja multidisciplinar, a intersectorialidade entre esses setores é deficiente.

É importante ressaltar que a multidisciplinaridade foi citada tanto nos aspectos positivos, através do acesso a diferentes conhecimentos técnicos científicos, quanto nos aspectos negativos, associados ao fato de inexistir articulação entre os setores da VISA. Ao analisarmos os Relatórios dos Fóruns das Regiões Sudeste e Norte, do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016c, 2016d), verificamos que relatam a necessidade de equipe multiprofissionais para desenvolver os trabalhos intersectoriais, porém, no município de Mossoró, observamos que mesmo existindo uma equipe sendo multidisciplinar, os profissionais investigados destacaram como ponto negativo a falta de articulação entre os setores da VISA. Um funcionário citou a fragilidade do vínculo, então relacionamos isso devido:

- Ao fato não serem concursados para o cargo de fiscal de VISA, inexistindo o cargo de fiscal de vigilância sanitária no plano de cargos e salários do município, interferindo na autonomia destes para agirem com imparcialidade e impessoalidade. Os fiscais possuem portarias atreladas a gratificação financeira, e são nomeadas por gestores que podem dar ou retirar essas mesmas conforme seus interesses, podendo gerar consequências, pois quando são removidos, novos fiscais são nomeados

por novas portarias necessitando de novas capacitações. A necessidade de criação da carreira de fiscal de vigilância sanitária e de concurso público para evitar conflito de interesses também é descrito por Silva, Costa e Lucchese (2018), Lucchese (2001), RDC nº 207 (ANVISA, 2018), Resolução nº 588 (BRASIL, 2018), Relatórios dos Fóruns das Regiões Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do Ciclo de Debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e).

- A falta de dedicação exclusiva para evitar o conflito de interesses (ser fiscalizador X fiscalizado ao mesmo tempo) e para que a carga horária ampliada possibilite mais tempo para trabalhar a função educativa de maneira programada e contínua. As consequências da inexistência de dedicação exclusiva são constatadas por Lucchese (2001), Silva, Costa e Lucchese (2018), e dos Relatórios dos Fóruns de todas as Regiões do Brasil do Ciclo de debates da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e), assim como a necessidade de se ter dedicação exclusiva para trabalhar na VISA, descrita na RDC nº 207 (ANVISA, 2018) e na Resolução nº 588 (BRASIL, 2018).

A partir dos pontos negativos elencados no quadro 7, fica claro que há um total desvirtuamento das ações da VISA no cenário investigado, tanto nas condições de trabalho quanto na fragilidade da gestão e do próprio do conhecimento.

Apenas um participante da pesquisa não respondeu nem os pontos positivos e nem os negativos.

Além disto, é observada uma demanda reprimida no que diz respeito à oferta de educação continuada para os profissionais com a finalidade de suprir essa lacuna deixada pela formação profissional e/ou pela necessidade de atualização em virtude dos novos conhecimentos construídos dentro da área. Também é notória a falta de interesse dos profissionais que insistem na prática da fragmentação, uma vez que continuam a defender a forma disciplinar das ações, insensibilizados da importância das atitudes integradas para o sucesso da saúde.

Entendemos que o empenho com o aprendizado vitalício se alinha entre os mais importantes valores profissionais, pois, para as renovações, os profissionais devem evidenciar que se mantêm atualizados e que tenham um cumprimento mínimo de quantidade de horas de estudo em programas de educação continuada, devendo,

assim, haver um comprometimento maior com a formação profissional, levando em consideração que estamos sempre em construção e que a qualificação constante assegura a qualidade e o valor dessa construção.

5.4 Espaço para acrescentarem algo que consideravam importante, e que o questionário não contemplou

Em relação ao espaço totalmente em aberto do questionário, apenas três investigados responderam, da seguinte maneira:

- O não conhecimento das ações de vigilância sanitária por parte dos gestores dificulta os investimentos na área da VISA, o que está associado à fragilidade e à precarização da carreira de fiscal de VISA e de gestão;
- Falta de apoio da gestão para melhores condições de trabalho, principalmente os relacionados aos veículos: quantidade e estado de conservação, relacionando à falta de estrutura organizacional e de gestão;
- A participação da gestão é importante para que as ações da VISA aconteçam.

Em síntese, todas as observações nas questões em aberto foram negativas e estão interligadas à gestão, ansiando uma gestão mais democrática e inclusiva.

5.5 A educação em saúde à luz do PDVISA

Neste item do trabalho, analisamos as ações de educação em saúde para o setor regulado, para a população e a capacitação dos profissionais da VISA municipal para o desenvolvimento das ações da vigilância sanitária em Mossoró, numa perspectiva de caracterização da atuação dos profissionais, considerando a visão de promoção da saúde através da educação, no recorte temporal de 2009 a 2018 (Apêndice N).

Na análise dos planos de ação de Vigilância Sanitária, notamos que a elaboração dos planos aparece como mera formalidade para atender as exigências legais, pois não há preocupação em estabelecimento de metas, de recursos financeiros necessários, assim como não acontece a avaliação dos planos, para planejar o ano seguinte. No que tange ao fortalecimento da gestão, as ações

avaliativas não passaram da formalidade das reuniões, da apresentação dos relatórios verbais. Os planos 2014, 2015 e 2016 são exatamente iguais.

Apesar dos 10 planos de ação terem sido aprovados pelo conselho municipal de saúde, observa-se que durante a execução dessas ações, inexistiu a participação, mobilização e fiscalização do conselho municipal de saúde para atuar como parceiro da VISA.

São perceptíveis várias outras fragilidades nos planos, principalmente aquelas decorrentes da falta de continuidade das ações.

Aliás, essa fragmentação pode estar relacionada à grande rotatividade dos profissionais que atuam como fiscais devido a não serem concursados para o cargo, o qual não existe. Atuam instrumentalizados por portaria, e sua substituição por outros profissionais compromete o que foi planejado nos Planos de Ações de Vigilância Sanitária, instrumento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de pactuação do SUS, provocando a descontinuidades das ações planejadas.

Outro fator de fragilidade encontrado nos planos foi a falta de avaliação, em decorrência da não elaboração dos relatórios (como denota a lacuna no anexo A), pois não tivemos acesso as avaliações dos planos.

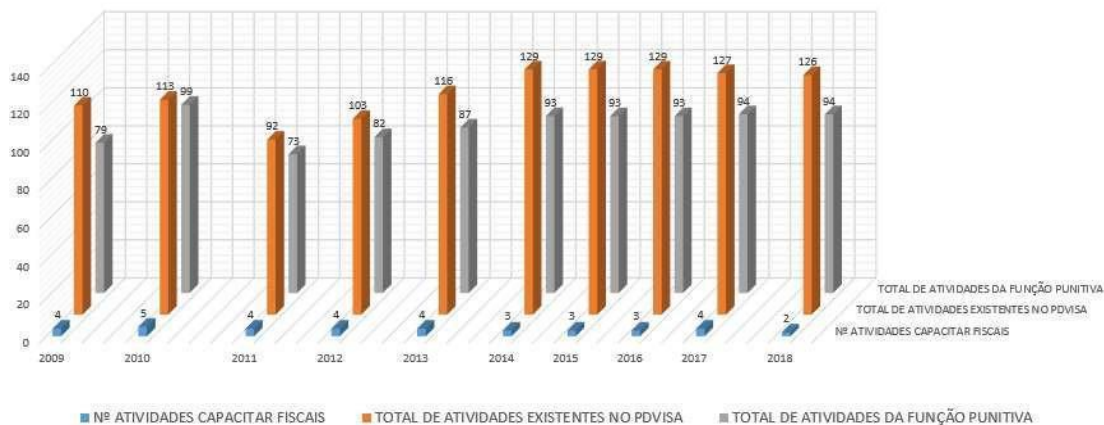
Quanto a rotatividade de profissionais, 11 saíram da VISA nos últimos 10 anos, sendo substituídos conforme suas conveniências ou as conveniências dos gestores. Isso prejudica os serviços prestados, uma vez que com a chegada de novos fiscais, novos treinamentos precisam ser realizados, implicando solução de descontinuidade das atividades, comprometendo também as contidas nos PDVISAS.

As ações de educação em saúde contidas nos planos foram mínimas e planejadas à luz da perspectiva hegemônica.

5.5.1 Capacitação dos fiscais, à luz do PDVISA

A capacitação dos fiscais de VISA, contida nos Planos de Ação da Vigilância Sanitária de Mossoró, correspondente aos anos de 2009 a 2018, é evidenciada no gráfico 09.

Gráfico 09 – Capacitação dos fiscais – PDVISA.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao observarmos o total das atividades constantes em todos os PDVISAS, durante os 10 anos estudados, constatamos que ocorreu por unanimidade, o predomínio de atividades da função punitiva da VISA.

E quando comparamos o número total de atividades para capacitar os profissionais para as ações, observamos que essas são mínimas, incipientes, correspondente a apenas: 4 atividades no ano de 2009; 5 atividades no ano de 2010; 4 atividades nos anos de 2011; 2012; 2013; 3 atividades nos anos de 2014; 2015; 2016; 4 atividades no ano de 2017 e apenas 2 atividades no ano de 2018. É importante salientar que dentre essas poucas capacitações para os profissionais, não foi observada nenhuma atividade em educação continuada para estes, a fim de capacitá-los para a prática de ações educativas. Importa inferir que a educação continuada para capacitar os profissionais para o desenvolvimento de atividades da VISA referidas nos planos PDVISA são muito incipientes, e as poucas existentes estão relacionadas com o gerenciamento de riscos voltados para a função fiscalizatória da VISA.

No perfil dos profissionais, verificamos que mais da metade dos profissionais de VISA, tiveram suas formações a nível de graduação durante a época da medicina preventivista e tecnista, seguindo o ensino tradicional, com a valorização da prevenção de doenças no lugar da promoção da saúde, e de metodologias pontuais como palestras, orientações. Portanto, percebe-se a importância da educação continuada (capacitações) durante sua vida profissional, para que sejam aprimoradas as práticas de promoção da saúde, por intermédio da adoção da perspectiva dialógica. Os profissionais precisam aprender a ensinar práticas que promovam a

autonomia dos cidadãos.

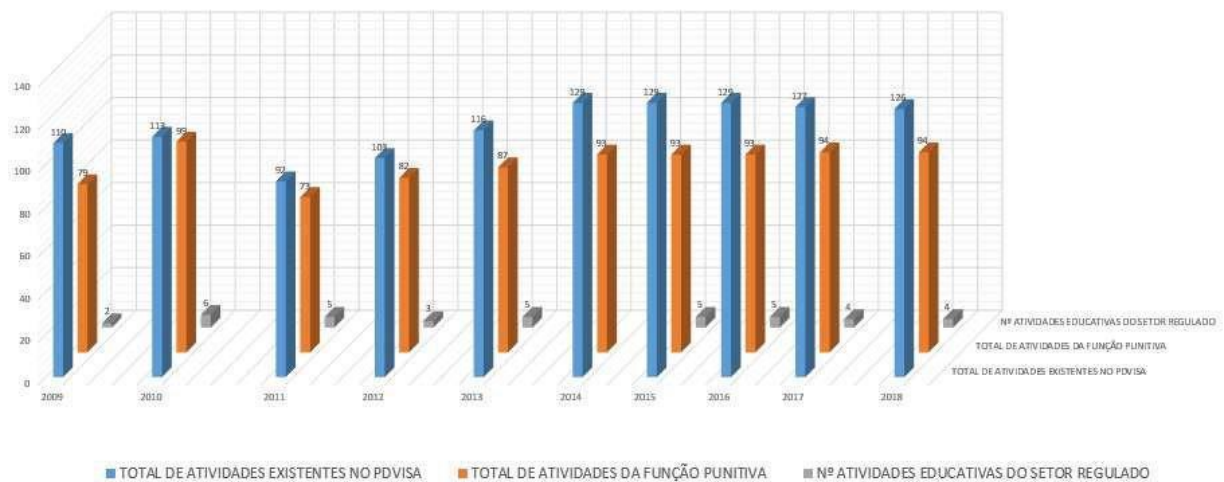
No questionário, constatamos que todos os profissionais possuíam capacitações, predominando as que estariam voltadas para a função punitiva da VISA. Em seguida predominou as capacitações relacionadas com as respectivas graduações, ao passo que não foi citada nenhuma voltada para a educação em saúde, contemplando a função educativa da VISA. Logo, coincide com o que observamos no PDVISA.

A formação dos profissionais da saúde e as formações permanentes para a educação em saúde devem partir do princípio de trocas de vivências entre os participantes, onde todos sejam sujeitos ativos, com uma visão dialógica e democrática, para promover saúde da coletividade e com qualidade de vida, conforme preconiza a PNEPS (BRASIL, 2009) e a Resolução nº 588 (BRASIL, 2018).

5.5.2 Atividades educativas para o setor regulado, à luz do PDVISA

Foram analisadas as atividades educativas para o setor regulado, contidas no PDVISAS, durante os 10 anos, de 2009 a 2018, obtendo os seguintes valores:

Gráfico 10 – Atividades educativas para setor regulado – PDVISA.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Observamos que do total de atividades existentes nos 10 anos pesquisados, a função punitiva prevalece em relação ao total das atividades educativas para o setor regulado.

As atividades de educação em saúde para o setor regulado são pontuais,

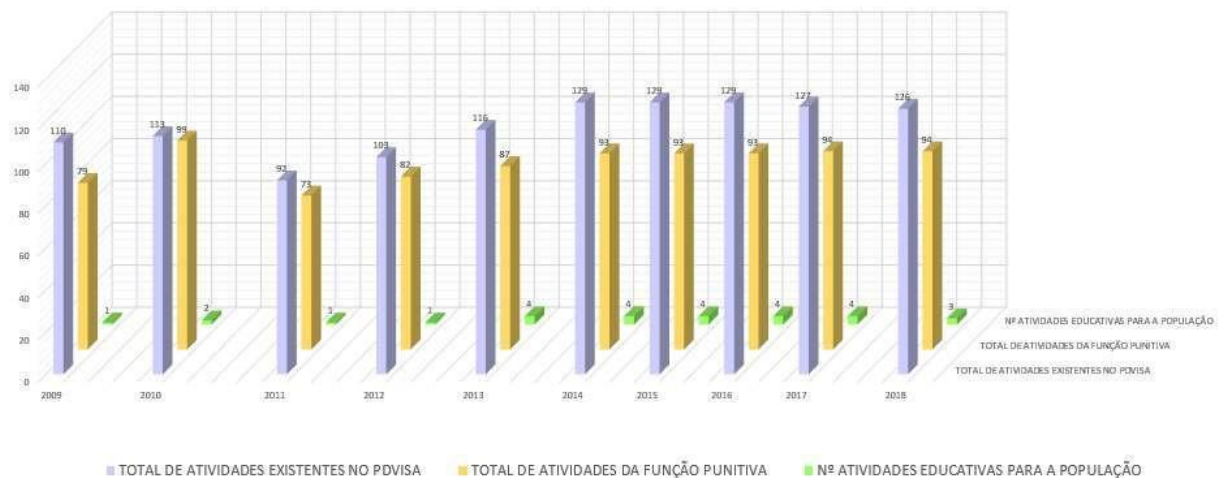
verticalizadas, baseadas na metodologia hegemônica, como orientações e palestras. Verificamos que as estratégias utilizadas para educação em saúde, referida pelos profissionais nos questionários, foram reafirmadas no instrumento de pactuação do SUS para a vigilância sanitária, o PDVISA.

Nos questionários respondidos pelos profissionais da VISA, observamos respostas relatando o fato dos proprietários de estabelecimentos não se conscientizarem a respeito das ações da vigilância sanitária. Notamos a visão ultrapassada, segundo a qual culpam a existência de doença, porque o setor regulado desconhece o processo. Analisando os PDVISAS, observamos que as atividades contidas para promover saúde por intermédio da educação em saúde para os proprietários de estabelecimentos são mínimas e com estratégias verticalizadas e ultrapassadas. Esses fatos nos levam a refletir que a formação dos profissionais nas suas graduações foi através da metodologia tradicional e da era preventivista, e que a formação técnica através da educação permanente para à saúde também continua nos moldes hegemônicos, como também observa Melo (2010).

5.5.3 Atividades educativas para a população, à luz do PDVISA

Analisando as atividades educativas para a população nos 10 anos, de 2009 até 2018, conforme verifica-se no gráfico 11.

Gráfico 11 – Atividades educativas para a população – PDVISA.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quando comparamos o número total das atividades existentes em todos os

PDVISAS, durante os 10 anos em questão, observamos que o total das atividades da função punitiva prevalece em relação ao total das atividades educativas para a população. Além disso, as atividades educativas são incipientes, mínimas, coincidindo com o que verificamos nos questionários com utilização de metodologias como palestras e orientações, distantes da visão ampliada da saúde com a construção participativa entre os envolvidos.

Foi observado nas respostas dos questionários associarem a falta de educação da população como aspecto dificultador das ações da VISA, associando a existência da doença à ignorância da população, desprovida de conhecimentos, já exemplificado em Alves (2004). Ao mesmo tempo, constatamos que as atividades planejadas nos PDVISAS para ser executadas pelos profissionais da vigilância sanitária são estratégias verticalizadas e que dificultam a educação em saúde conforme falam Stotz, David e Bornstein (2007) e Melo (2010).

Também não conseguimos encontrar consistência na continuidade das ações educativas para a população enquanto processo, demonstrando a não observância da clareza na definição das atividades a serem executadas.

5.5.4 Educação para promoção da saúde, à luz do PDVISA

Quando relacionamos a educação em saúde relacionada para promoção da saúde e para a educação continuada, observa-se no gráfico 12.

Gráfico 12 – Educação em saúde – PDVISA.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em relação ao número total das atividades contidas nos PDVISAS, pode-se constatar que o total de atividades da função punitiva prevalece mesmo em relação ao somatório de total das atividades educativas, quer seja para a população, para o setor regulado ou ainda para capacitar os fiscais, logo as ações educativas são incipientes.

Em todos os planos há predominância das atividades estratégicas para gerenciamento do risco sanitário, voltadas para a função fiscalizatória (punitiva) da VISA, especialmente junto aos setores de serviços e ambientes de interesse a saúde, realização de inspeções sanitárias em produtos e medicamentos e de alimentos, em detrimento da função educativa da VISA. As atividades educativas para promover saúde para a população, os setores regulados e a educação permanente dos profissionais por meio de capacitação, são pontuais, e em número muito reduzido chegando a ser insignificante quando comparada com a função fiscalizatória da VISA. Merece reafirmar a marcante coerência do conteúdo dos planos com as informações obtidas, nos questionários respondidos pelos investigados, dando um caráter verticalizado e imposição de conhecimentos, tanto para os donos de estabelecimentos como para a população.

As ações de educação em saúde para a promoção da saúde citados pelos profissionais nos questionários foram baseadas no modelo hegemônico, com o repasse de conhecimentos de maneira verticalizada, e que essas atividades ocorreriam durante o momento das fiscalizações. Porém, quando comparados aos conteúdos dos PDVISAS, constatamos que as atividades para educação em saúde para o setor regulado e para a população, descritas nos planos, estão dentro da concepção tradicional. Assim, constatamos que o processo de educação em saúde para promover saúde na prática acontece nos moldes tradicionais e que a função punitiva prevalece em relação a função educativa. O mesmo foi constatado por Melo (2010).

A fragilidade no entendimento do significado da função educativa no cotidiano da prática da VISA, observada nas respostas dos questionários, foi reafirmada nos Planos de Ações de Vigilância Sanitária do Município durante os 10 anos estudados. Numa análise mais atenta às respostas dos fiscais e a o conteúdo dos planos, constatamos que:

- a) Há uma relação entre as estratégias registradas nos planos e as referidas pelos sujeitos que são executadas no cotidiano dos serviços;

- b) As ações registradas nos planos da VISA são muito poucas e pontuais, não existindo um programa contínuo de educação em saúde para a população, para o setor regulado nem para a educação permanente dos profissionais de VISA;
- c) As ações são verticalizadas, predominando a não participação da sociedade para a construção coletiva, com metodologias tradicionais (palestras, orientações, folders);
- d) O predomínio das ações baseadas na função punitiva da VISA, em detrimento da função educativa.

Entendemos que a função do profissional que atua na vigilância sanitária atravessa o campo de simples coletor de dados estatísticos, passando a atuar como um ser que aproxima o conhecimento do seu campo de atuação, corroborando para o crescimento da equipe, fazendo com que o serviço deixe de ser algo mecanizado, promovendo a humanização que aproxima os fiscais aos setores nos quais atuam, buscando efetivar as ações.

Os fiscais descreveram nos questionários apontando como aspectos que dificultavam as ações da VISA, a falta de capacitações ou poucas capacitações, o que coincidiu com o que comprovamos com o estudo dos PDVISAS.

Ao mesmo tempo, verificamos que os fiscais descreveram como aspecto positivo, o fato da equipe ser qualificada, porém constatamos que nos PDVISAS quase inexistiu educação permanente para capacitar os profissionais. Essa percepção dos entrevistados nos leva a repensar a necessidade de não acomodação em relação a ter certeza de posse do conhecimento, pois o setor passa por constantes mudanças na área de tecnologias e nas novas legislações, sendo essencial um programa contínuo de capacitação. Observamos que as respostas dos profissionais da VISA, quando questionados sobre as estratégias utilizadas para educação em saúde, e l e s consideraram necessário para o setor regulado e para a população, se excluindo da necessidade de serem capacitados por meio da educação permanente. Ao mesmo tempo, é observado que as capacitações para os fiscais existentes nos PDVISAS são incipientes, e não contemplam nenhuma capacitação para os profissionais atuarem na função educativa da VISA, dentro da concepção dialógica, conforme preconiza a PNEPS (BRASIL, 2009).

O fator da multidisciplinaridade dentro da equipe da VISA unifica a

qualidade dos serviços prestados pela instituição, e embora toda a equipe seja graduada e detentora de pós-graduação, não se pode ter certeza velada de conhecimento. A formação continuada, constante e programada é imprescindível para manter os profissionais renovados e atualizados, para atender com qualidade as necessidades inerentes as funções da vigilância sanitária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar o cotidiano da prática dos profissionais da VISA do município de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte, à luz das orientações teóricas e legais, tínhamos uma intenção que se sobressaia às demais: constatar até que ponto a realidade da prática está coerente com as ações de educação em saúde, numa perspectiva de promoção da saúde tão apregoadas pela legislação vigente.

Para a captação da realidade do campo prático, tivemos como parâmetro os depoimentos dos trabalhadores da saúde, o conteúdo dos Planos da VISA e sua aderência com a percepção dos sujeitos da pesquisa.

Apreendemos que, no contexto histórico, a vigilância sanitária constitui a forma mais antiga da Saúde Pública. As primeiras noções a respeito de vigilância sanitária no Brasil ocorreram com a chegada da família real portuguesa, em 1808.

No decorrer de um longo tempo, a Vigilância Sanitária foi dita como polícia sanitária, em que suas atividades incidiam em cuidar da saúde da população através da fiscalização e da punição.

Com o passar do tempo e das transformações políticas e técnicas, a Vigilância Sanitária passou a compor novas concepções às suas atuações, desempenhando um papel preventivo e educativo. Sendo assim, diante de um contexto de melhorias administrativas, como de tecnologias e métodos originados através do setor produtivo da economia, a Vigilância Sanitária amplia seu campo de atuação.

A trajetória percorrida no Brasil pelas políticas sanitárias foi constituída por diferentes normas que manifestavam um leque de preocupações: políticas, sanitárias e econômicas, apresentando progressos e atrasos. Atualmente, sua finalidade nas ações é muito mais ampla. No entanto, percebe-se com esses estudos que muitas demandas ainda nascem e devem ser encaradas na caminhada da Vigilância Sanitária no SUS, onde terá uma melhor classificação das ações da mesma e da educação permanente ao que refere aos profissionais da vigilância sanitária.

No trilhar da construção da investigação, foi possível perceber o papel da VISA no desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde, no contexto da estrutura organizacional da vigilância sanitária.

Assim é que os dados da realidade do cenário investigado denotaram algumas evidências que nos levaram a concluir que:

- a) Os fiscais de VISA não foram concursados para o cargo no qual atuam,

dividindo-se entre as atribuições de fiscal e as decorrentes do seu cargo efetivo, comprometendo o fortalecimento das ações e a credibilidade dos serviços, pois o fiscal deve ter autonomia e dedicação exclusiva;

- b) Na estrutura organizacional da VISA, o cargo de fiscal de vigilância sanitária no plano de cargos, carreiras e salários dos servidores da Prefeitura Municipal de Mossoró, fazendo com que todos os fiscais estejam em desvio de função, o que fragiliza a segurança dos trabalhadores e das ações da VISA, uma vez que constatamos rotatividade dos profissionais. É bem provável que este seja o motivo de a maioria dos fiscais exercer outras ocupações profissionais;
- c) Inexistência do Código Municipal de Vigilância Sanitário do Município, sendo aplicado o Código de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, que está desatualizado, e não condiz da realidade do município de Mossoró;
- d) A estrutura organizacional da vigilância sanitária é caracterizada por verticalização em detrimento da gestão compartilhada;
- e) Há uma marcante ação punitiva dos fiscais, pouco ou quase nada fazendo em termos de educação e promoção da saúde, não existindo uma programação permanente de educação em saúde, que contemple a população e profissionais da vigilância sanitária.

Do que está exposto, depreendemos que existe uma marcante diferença entre a teoria e a prática da Promoção da Saúde, tal qual determina a Política Nacional de Promoção da Saúde, pois até o momento ocorre de forma muito arraigada a atuação de fiscais sob a forte influência do modelo capitalista, em que as ações são hierarquizadas e verticalizadas. Assim sendo, não existe a prática da participação social, nem tampouco a construção de novos saberes e fazeres coletivos e dos diálogos, impossibilitando a autonomia dos cidadãos.

Fato é que ainda persistem desafios para a elaboração de estratégias avaliativas capazes de favorecer a análise da implementação de estratégias efetivas que contemplem as múltiplas dimensões de uma política de promoção e educação em saúde.

Os fiscais reconhecem as fragilidades da sua prática e apresentam como pontos negativos de caráter estruturais que atrapalham sua atuação: baixa remuneração, falta de valorização do trabalho, deficiência de veículos para seu

deslocamento, inadequação do espaço físico, fragilidade do vínculo e fragilidades no modo de gestão.

Impõe acrescentar que o perfil do profissional da VISA não está sujeito exclusivamente ao ensino que lhe é oferecido, e sim à postura pessoal de cada profissional, que deve ter capacidade de oferecer algo a mais, mediante atualização de seus conhecimentos e ampliação de suas competências e habilidades. As fragilidades da VISA são dispostas a seguir:

- a) Favorecer a incorporação de estratégias que possam viabilizar as ações de Educação Permanente em Saúde na realidade dos serviços da VISA;
- b) Introduzir as tecnologias de informação e comunicação em suas várias modalidades de formação que se utilizem dos pressupostos da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde;
- c) Que haja uma atuação efetiva do Conselho Municipal de Saúde, para que haja recursos financeiros para a manutenção dos equipamentos, transportes e para acompanhar a execução dos PDVISAS, de modo a fortalecer o SNVS;
- d) Que a gestão atue de modo a favorecer a promoção da articulação intra e interinstitucional, estimulando a criação de compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social que garantam a integralidade das ações;
- e) A realização de estratégias de gestão democrática e participativa em saúde que contemplem uma política de formação e capacitação para a gerência e os fiscais;
- f) Que a função dos fiscais seja de dedicação exclusiva na VISA;
- g) Que seja criado o cargo de fiscal de vigilância sanitária no município de Mossoró e incluído no plano de cargos, carreira e salários;
- h) Que seja realizado concurso público para o preenchimento das respectivas vagas.
- i) Que seja criado o Código Municipal de Vigilância Sanitária.

Os responsáveis por gerir os cursos de nível superior devem atentar para os princípios da legislação, em termos de políticas públicas, no sentido de atender à característica da multiprofissionalização dos cargos da vigilância sanitária.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *In: CICLO DE DEBATES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DESAFIOS E TENDÊNCIAS; FÓRUM DA REGIÃO CENTRO-OESTE*, 17 a 19 de agosto de 2015, Goiânia, GO. **Relatório [...]**. Goiânia: ANVISA, 2016a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *In: CICLO DE DEBATES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DESAFIOS E TENDÊNCIAS; FÓRUM DA REGIÃO NORDESTE*, 01 a 03 de setembro de 2015, Natal, RN. **Relatório [...]**. Natal: ANVISA, 2016b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *In: CICLO DE DEBATES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DESAFIOS E TENDÊNCIAS; FÓRUM DA REGIÃO NORTE*, 28 a 30 de setembro de 2015, Belém, PA. **Relatório [...]**. Belém: ANVISA, 2016c.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *In: CICLO DE DEBATES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DESAFIOS E TENDÊNCIAS; FÓRUM DA REGIÃO SUDESTE*, 21 a 23 de julho de 2015, Belo Horizonte, MG. **Relatório [...]**. Belo Horizonte: ANVISA, 2016d.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *In: CICLO DE DEBATES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DESAFIOS E TENDÊNCIAS; FÓRUM DA REGIÃO SUL*, 07 a 09 de julho de 2015, Curitiba, PR. **Relatório [...]**. Curitiba: ANVISA, 2016e.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 207, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 4, 5 jan. 2018. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27598556_RESOLUCAO_N_207_DE_3_DE_JANEIRO_DE_2018.aspx. Acesso em: 10 maio 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Relatório de atividades da Anvisa 2016**. Brasília: ANVISA, 2017.

ALBUQUERQUE, T. P.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v.8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos**: desafios ao cuidado no programa saúde da família. 2004. 192f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2004. Disponível em:

Brasília, 2018. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_sau_de_2ed.pdf. Acesso em: 21 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 833, de 15 de abril de 2019. Institui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de modelo formação e aperfeiçoamento profissional do SNVS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 74, p. 190, 17 abr. 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71925758/do1-2019-04-17-portaria-n-833-de-15-de-abril-de-2019-71925677. Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.052, de 8 de maio de 2007**. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2007. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.565, de 26 de agosto de 1994**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de saúde. Brasília, DF, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt1565_26_08_1994.html. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017d.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o programa de fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no Sistema Único de Saúde-PRO EPS-SUS. Brasília, 2017c. Disponível em:

<https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 2 fev. 2019.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

CARTA de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade. 23 ago. 2016. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade/19821/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CAVALCANTI, M. C. S.; OLIVEIRA, F. J. F. Educação em saúde: como ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *In*: FÓRUM INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA, 8., 2016. **Anais [...]**, 2016. Disponível em:

<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/25212>. Acesso em: 2 fev. 2019.

CECCIM, R. B. Permanent education in health: decentralization and dissemination of pedagogical capacity in health. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

COELHO, M. M. F.; MIRANDA, K. C. L. Educação para emancipação dos sujeitos: reflexões sobre a Prática educativa de enfermeiros. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 2, p. 1714-1721, maio/ago. 2015.

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

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 26 a 30 de novembro de 2001, Brasília. **Relatório Final** [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 1., 2018, Brasília.

Documento Orientador [...]. Brasília: CNS, [2017]. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/documento_Orientador_1_CNVS.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

COSTA, E. A. **Regulação e vigilância sanitária para a proteção da saúde**.

2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. *In*:

ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Ed.

FIOCRUZ, 2000, p. 15-40. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-04.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos históricos e conceituais. *In*: ROZENFELD, S.

(org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.

304-314.

DALLARI, S. G. D. Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção

da saúde. *In*: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância sanitária: desvelando o enigma**. Salvador:

EDUFA, 2008. p. 45-52.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e

implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.

847-852, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-](https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf)

00847.pdf. Acesso em: 29 maio 2018.

FAZENDA, I. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou**

ideologia. São Paulo: Loyola, 1979.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados as

atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1,

p. 117-121, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>.

Acesso em: 3 dez. 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, dez. 1994.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1996. (Publicación Científica, n. 557).

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1976.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **Physis: Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 15-28, jan./abr. 2007.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências e Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LUCCHESI, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. *In*: SETA, M. H. de (org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 33-47.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. 2001. 245f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 02, mar./abr. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 fev. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, nov. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2018.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>. Acesso em: 29 maio 2018.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

MASETTO, M. (org.). **Docência na universidade**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2003.

MATSUMOTO, Paula Mayumi et al. Projeto Educanvisa. *In: CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP*, 8., 2015. *Anais [...]*. Marília: UNESP, p.1-7, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/142664>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MELO, M. **Ações de Educação em saúde na vigilância sanitária do Recife**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/35670/1/554.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2018.

MENDES, R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. *In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. (org.). Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007. (Coleção Saúde em Debate).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. T.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde na prática do agente comunitário. *In: MARTINS, C. M. (org.). Educação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007. p. 13-34.

MOSSORÓ (Rio Grande do Norte). Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 1129, de 1997**. Tipifica e impõe penalidades as infrações de ordem sanitária no município de Mossoró e dá outras providências. Mossoró, RN, 1997a. Arquivo da Prefeitura Municipal de Mossoró.

MOSSORÓ (Rio Grande do Norte). Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 20, de 21 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre a vinculação dos cargos de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate às Endemias, Técnico em Administração e Digitador na tabela de vencimentos. Mossoró, RN, 2007. Disponível em: <http://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3724/leis-de-mossoro/categorias/servidores>. Acesso em: 15 out. 2019.

MOSSORÓ (Rio Grande do Norte). Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 1130, de 21 de novembro de 1997**. Estabelece taxas no âmbito da vigilância sanitária por serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. Mossoró, 1997b. Disponível em: http://168.232.152.232:8080/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/7910_texto_integral. Acesso em: 10 nov. 2019.

MOSSORÓ (Rio Grande do Norte). Prefeitura Municipal. **Organograma Prefeitura Municipal de Mossoró**. [2019]. Disponível em: www.prefeiturademossoro.com.br. Acesso em: 10 nov. 2019.

OLIVEIRA, D. L. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

PAIM, J. 20 anos de construção do sistema único de saúde. **Tempus: Actas de**

Saúde Coletiva, Brasília, v. 2, n. 1, p. 63-86, jul./dez. 1998.

PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAVIANI, J.; POZENATA, J. **A Universidade em debate**. Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul, 1984.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da Saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 320-328, 2007.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ABRASCO, 2003. p. 7-34.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Lei Complementar nº 31, de 24 de novembro de 1982**. Natal, 1982. Disponível em: http://www.al.rn.leg.br/portal/_ups/legislacao/2019/07/24/79a254c38b145687685df2eb82974f4a.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto e Contexto- Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 15-28, jan./mar. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27. Acesso em: 03 dez. 2018.

SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à Saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3225.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

SIGERIST, H. E. **Medicine and human welfare**. New Haven: Yale University Press, 1941.

SIGERIST, H. E. The social sciences in the medical school. *In*: SIGERIST, H. (ed.). **The University at the Crossroad**. Nova Iorque: Henry Schuman Publisher, 1946.

SILVA, J. A. A. **Fala na Comissão de Assuntos Sociais no Senado Federal durante a sabatina para aprovação ao cargo de Diretor da ANVISA**. Brasília, 18 abr. 2007.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1953-1961, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SOLLA, J. J. S. P.; COSTA, E. A. Evolução das transferências financeiras no processo de descentralização da Vigilância Sanitária no SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 161-177, 2007.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação popular em saúde. *In*: MARTINS, C. M. (org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; FIOCRUZ, 2007. Cap.2. p. 35-70.

STOTZ, E. N. a educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, p. 9-30, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v3n1/02.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.11, n.4, p. 525-531, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>. Acesso em: 29 maio 2018.

WALDMAN, E. A. Usos da Vigilância e da monitorização em saúde pública. **Inf. Epidemiol. Sus.**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 7-26, jul./set. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1, 1986, Ottawa. **Anais** [...]. Geneva, 1986. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>. Acesso em: 13 abr. 2019.

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA.

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Educação em Saúde
Coordenação de Integração Ensino-Serviço

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, SUELDA FELÍCIO DE ARAÚJO, CPF: 025.905.004-08, designada pela portaria 001/17 como representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró, localizada à rua Pedro Álvares Cabral, 01 – Aeroporto – Mossoró/RN, venho através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada Ações de Educação em Saúde na Vigilância Sanitária de Mossoró/: confronto entre teoria e prática, tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação do(a) Prof.(a) Taniama Vieira da Silva Barreto, vinculado(a) a Faculdade Interamericana de Ciências Sociais - FICS, a ser realizada no(a) Secretaria de Saúde de Mossoró, no período de agosto a outubro de 2018.


Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12 CNS/MS e suas complementares.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades, como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não gerará nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Mossoró;
- 4) A liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalidade ou prejuízos.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Mossoró, 26 de Setembro de 2018.

 Suelda Felício de Araújo
 Presidente da Comissão
 Port. 001/2017 - SMS
 Suelda Felício de Araújo
 Presidente da CAT – SMS
 Matrícula – 12906-2

APÊNDICE B – ENCAMINHAMENTO PARA ACESSO AOS PDVISA 2009 A 2018.

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE



Encaminhamento nº 287/2018 – PMM/SMS/DES

Mossoró-RN, 26 de Setembro de 2018.

Ao

Iranilde Oliveira Campos
Diretora da Vigilância à Saúde

Assunto: Coleta de Dados.

Senhora Diretor(a).

Estamos encaminhando a Aluna **KEILA BRANDÃO MUNIZ**, regularmente matriculada no Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade Interamericana de Ciências – **FICS**. A pesquisa será realizada de Agosto a Outubro de 2018. Para seu trabalho de conclusão de Pesquisa: **AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MOSSORÓ. R/N: CONFRONTO ENTRE TEORIA E PRÁTICA.**

Certos de contar com sua colaboração, renovamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde

Ana Maria T. de L. Alves
Coordenação de Ensino-Serviço

Ana Maria Teixeira de Lira Alves
CPF: 010.876.804-09
Coordenação de Ensino-Serviço

APÊNDICE C – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa que tem o título “AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MOSSORÓ/RN: TEORIA E PRÁTICA”, que tem como pesquisador(a) responsável Keila Brandão Muniz Tomaz. Adianto que você terá informações sobre a pesquisa, e, caso aceite fazer parte do estudo, deverá assinar ao final deste documento, que contará com duas vias: uma delas é sua e a outra é minha, enquanto pesquisadora. Caso não aceite, isso não lhe trará dano algum, pois se trata de participação voluntária. Mesmo que aceite, deixamos claro que você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento de sua realização.

Essa pesquisa tem o objetivo de analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pela VISA na construção da promoção da saúde em Mossoró/RN.

Aceitando o convite, será aplicado um questionário em que responderá perguntas sobre o tema de pesquisa na realidade em estudo.

Com relação aos riscos a serem enfrentados, podemos garantir que não haverá incômodo ou constrangimento em responder as perguntas ou ter a privacidade infringida, pois amenizaremos, esclarecendo todos os procedimentos que serão realizados, e dando a garantia de respeitar os princípios da ética e nos responsabilizando em não gerar riscos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, culturais ou espirituais, bem como lhe protegendo com pleno sigilo quanto à exposição de sua imagem, identidade e respostas dadas.

Ressaltamos ainda que, os dados serão guardados em local seguro, e na divulgação dos mesmos em estudos, seu nome não será revelado. Se, durante a pesquisa, você se sentir prejudicado(a) ou constrangido(a), poderá desistir de participar sem que isso lhe acarrete nenhum dano.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, Declaro
que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e
benefícios envolvidos, concordando, então, em participar voluntariamente da mesma.

Mossoró-RN, _____ de maio de 2018

Assinatura do(a) participante da pesquisa:

Keila Brandão Muniz Tomaz

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO

| | |
|---|--|
| <p>FACULDADE INTERAMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS – FICS MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO</p> | |
| <p>Mestranda Pesquisadora: Keila Brandão Muniz Orientadora: Profa. Dra. Taniamá Vieira da Silva Barreto Co-Orientadora: Dra. Kátia Cilene Silva</p> | |
| <p>ÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MOSSORÓ/RN: CONFRONTO ENTRE TEORIA E PRÁTICA”</p> | |
| <p>FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA</p> | |
| NOME | |
| Qual Curso de Graduação Possui? | |
| Qual Ano Você Concluiu a Graduação? | |
| Tem Pós-Graduação? (Especifique) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <hr/> |
| Função | |
| Cargo/ função | |
| Há Quanto Tempo Trabalha Nessa Atividade? | <input type="checkbox"/> Menos de 01 Ano <input type="checkbox"/> De 01 a 05 Anos <input type="checkbox"/> De 06 a 10 Anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 Anos |
| Tem outras Ocupações? (Especifique) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <hr/> |
| Você Já Participou de Capacitação na sua Área de Atuação? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Se Sim, Especifique Qual(is) Capacitação(ões) | |
| Se Sim, há quanto tempo Fez a(s) Capacitação(ões) | <input type="checkbox"/> Menos de 01 Ano <input type="checkbox"/> 02 Anos |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 03 Anos <input type="checkbox"/> 04 Anos <input type="checkbox"/> Mais de 04 Anos |
|--|--|

Na sua opinião, a promoção da saúde significa

Cite pelo menos uma atividade da sua prática profissional que representa ações de promoção da saúde:

Na sua opinião, a educação em saúde significa

Cite pelo menos uma atividade da sua prática profissional que representa ações de educação em saúde:

| | |
|--|--|
| Considerando o desenvolvimento das ações no cotidiano do seu trabalho, cite: | |
| 05 aspectos que você considera positivos | 05 aspectos que você considera negativos |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Utilize este espaço para acrescentar o que você entende ser necessário e não foi contemplado neste instrumento:

Obrigada pela sua participação e colaboração Mossoró-RN, _____ de _____ de 2018.

Keila Brandão Muniz

APÊNDICE E – DIÁRIO DE CAMPO

| | |
|---|--|
| <p>FACULDADE INTERAMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS – FICS MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO</p> | |
| <p>Mestranda Pesquisadora: Keila Brandão Muniz Orientadora: Profa. Dra. Taniamá Vieira da Silva Barreto Co-Orientadora: Kátia Cilene da Silva</p> | |
| <p>ÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MOSSORÓ/RN: CONFRONTO ENTRE TEORIA E PRÁTICA”</p> | |
| <p>DIÁRIO DE CAMPO</p> | |
| Local da Coleta de dados: | |
| Data: | |
| Hora: | |
| Auxiliar de Pesquisa | |
| <p>Procedimento Atividade de Campo</p> | |
| <p>Comentários</p> | |
| <p>Outros Encaminhamentos e Observações</p> | |
| <p>Comentários</p> | |

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE F – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO A GRADUAÇÃO – 24
RESPONDENTES.**

| Graduação | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Enfermagem | 05 |
| Ciências Biológicas | 04 |
| Nutrição | 03 |
| Medicina Veterinária | 02 |
| Educação Física | 02 |
| Agronomia | 01 |
| Farmácia / Bioquímica | 01 |
| Administração | 01 |
| Gestão Ambiental | 01 |
| Pedagogia | 01 |
| Fisioterapia | 01 |
| Engenharia Química | 01 |
| Engenharia de Segurança do Trabalho | 01 |
| TOTAL | 24 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

**APÊNDICE G – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O ANO DE
CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO – 24 RESPONDENTES.**

| Ano de conclusão | Quantidade |
|------------------|------------|
| 1981-1983 | 03 |
| 1992-1999 | 07 |
| 2000-2011 | 14 |
| TOTAL | 24 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

**APÊNDICE H – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O TEMPO DE
SERVIÇO NA VISA – 24 RESPONDENTES.**

| Anos de serviço | Quantidade |
|--------------------------------|------------|
| Menos de 01 ano - 01 a 05 anos | 01 |
| 06 a 10 anos | 08 |
| Mais de 10 anos | 15 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

**APÊNDICE I – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O TIPO DE
CAPACITAÇÃO – 24 RESPONDENTES.**

| Qual a Capacitação? | Quantidade Ações básicas da Vigilância |
|---|--|
| Sanitária | 09 |
| Boas Práticas | 07 |
| Boas Práticas em Manipulação de Alimentos | 06 |
| Qualidade da Água para o Consumo | 02 Humano |
| Auditoria | 02 |
| Vigilância em Saúde do Trabalhador | 01 |
| Fiscalização | 01 |
| Segurança do Paciente | 01 |
| Inspeção de Farmácia de Manipulação | 01 |
| Hemoterapia | 01 |
| Psicopedagogia | 01 |
| Várias | 01 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

APÊNDICE J – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO O TEMPO QUE PARTICIPOU DE CAPACITAÇÃO – 24 RESPONDENTES.

| Há quanto tempo participou de uma Capacitação? | Quantidade |
|--|------------|
| Menos de 01 ano | 03 |
| Há 02 anos | 05 |
| Há 03 anos | 07 |
| Há mais de 04 anos | 09 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

**APÊNDICE K– PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO OCUPAÇÕES SENÃO
A VISA - 24 RESPONDENTES.**

| Tem outra ocupação? | Quantidade |
|---------------------|------------|
| Sim | 15 |
| Não | 08 |
| Não respondeu | 01 |
| TOTAL | 24 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

APÊNDICE L – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA, SEGUNDO OS TIPOS DE OCUPAÇÕES SENÃO A VISA – 24 RESPONDENTES.

| Qual a outra ocupação? | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Nutricionista | 03 |
| Professora | 03 |
| Educação Especial | 01 |
| Enfermeira | 01 |
| Funcionário Público | 01 |
| Advogada | 01 |
| Fisioterapeuta | 01 |
| Equipe do SIM | 03 |
| Avó | 01 |
| Total | 15 |

Fonte: Dados coletados em fontes primárias pela própria pesquisadora – jan./2019.

APÊNDICE M – CAPACITAÇÃO DOS FISCAIS/PDVISA

| ANOS | ATIVIDADES PARA CAPACITAR OS FISCAIS DE VISA | Nº atividades capacitar fiscais | Total de atividades existentes no PDVISA | Total de ações existentes no PDVISA | Total de ações da função punitiva | Total de atividades da função punitiva |
|-------------|---|--|---|--|--|---|
| 2009 | Realizar reuniões técnicas das ações de VISA | 4 | 110 | 20 | 5 | 79 |
| | Participar de Cursos de Capacitação para as inspeções sanitárias em ações de VISA | | | | | |
| | Participação em congressos e eventos regionais e nacionais | | | | | |
| | Subsidiar a participação em especialização em VISA | | | | | |
| 2010 | Capacitação em serviço para habilidade técnica em inspeções sanitárias | 5 | 113 | 25 | 6 | 99 |
| | Capacitação em preenchimento de instrumentos legais para as inspeções | | | | | |
| | Participar de cursos de capacitação | | | | | |
| | Participar de congressos, seminários e outros eventos regionais e nacionais, relacionados com a VISA | | | | | |
| | Subsidiar a participação em especialização em VISA | | | | | |
| 2011 | Capacitação em serviço com a criação de aulas práticas e teóricas para habilidade técnica em fiscalizações sanitárias | 4 | 92 | 18 | 6 | 73 |
| | Capacitação em preenchimento de instrumentos legais para as inspeções | | | | | |
| | Participar de cursos de capacitação | | | | | |
| | Participar de congressos, seminários e outros eventos regionais e nacionais, relacionados com a VISA | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|---|---|-----|----|---|----|
| 2012 | Capacitação em serviço com a criação de aulas práticas e teóricas para habilidade técnica em fiscalizações sanitárias | 4 | 103 | 18 | 6 | 82 |
| | Capacitação em preenchimento de instrumentos legais para as inspeções sanitárias | | | | | |
| | Participar de cursos de capacitação | | | | | |
| | Participar de congressos, seminários e outros eventos regionais e nacionais, relacionados com a VISA | | | | | |
| 2013 | Capacitação em serviço com a criação de aulas teóricas e práticas para habilidade técnica em fiscalizações sanitárias | 4 | 116 | 28 | 6 | 87 |
| | Capacitação em preenchimento de instrumentos legais para as inspeções sanitárias | | | | | |
| | Participar de congressos, seminários e outros eventos regionais e nacionais, relacionados com a VISA | | | | | |
| | Capacitação em ações básicas da VISA relacionadas com as fiscalizações sanitárias | | | | | |
| 2014 | Capacitação permanente em serviço de inspeção sanitária através do acompanhamento de técnicos da SUVISA/ANVISA para habilitar tecnicamente as ações fiscalizatórias da VISA | 3 | 129 | 21 | 5 | 93 |
| | Capacitação em processo administrativo sanitário | | | | | |
| | Participação de congressos, seminários e outros eventos regionais e nacionais, relacionados com a VISA | | | | | |
| 2015 | Capacitação permanente em serviço de inspeções sanitárias através do acompanhamento de técnicos da SUVISA/ANVISA para habilitar tecnicamente as ações fiscalizatórias da VISA | 3 | 129 | 21 | 5 | 93 |
| | Capacitação em processo administrativo sanitário | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|---|---|-----|----|---|----|
| | Participação em congressos, seminários e outros eventos na área de VISA | | | | | |
| 2016 | Capacitação permanente em serviço de inspeções sanitárias através do acompanhamento de técnicos da SUVISA/ANVISA para habilitar tecnicamente as ações fiscalizatórias da VISA | 3 | 129 | 21 | 5 | 93 |
| | Capacitação em processo administrativo sanitário | | | | | |
| | Participação em congressos, seminários e outros eventos na área de VISA | | | | | |
| 2017 | Capacitação permanente em serviço de inspeções sanitárias através do acompanhamento de técnicos da SUVISA/ANVISA para habilitar tecnicamente as ações fiscalizatórias da VISA | 4 | 127 | 19 | 6 | 94 |
| | Capacitação em processo administrativo sanitário | | | | | |
| | Ações educativas sobre a dengue durante as inspeções - Informativo | | | | | |
| | Participação em congressos, seminários e outros eventos na área de VISA para os setores de VISA | | | | | |
| 2018 | Capacitação em processo administrativo sanitário | 2 | 126 | 19 | 6 | 94 |
| | Participação em congressos, seminários e outros eventos na área de VISA | | | | | |

**APÊNDICE N – EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O SETOR
REGULADO/PDVISA.**

| ANOS | TOTAL DE ATIVIDADES EXISTENTES NO PDVISA | TOTAL DE ATIVIDADES DA FUNÇÃO PUNITIVA | Nº ATIVIDADES EDUCATIVAS DO SETOR REGULADO | ESTRATÉGIAS |
|-------------|---|---|---|--|
| 2009 | 110 | 79 | 2 | Seminário |
| | | | | Palestra |
| 2010 | 113 | 99 | 6 | Seminário |
| | | | | Palestra |
| | | | | Evento |
| | | | | Reunião |
| 2011 | 92 | 73 | 5 | Encontro |
| | | | | Seminário alimentos |
| | | | | Palestra |
| | | | | Seminário academias |
| | | | | Projeto VISA Escola |
| 2012 | 103 | 82 | 3 | Palestra alimentos |
| | | | | Palestra água mineral |
| | | | | Encontro |
| 2013 | 116 | 87 | 3 | Reunião com farmacêuticos |
| | | | | Palestra distribuidor de água |
| | | | | Encontro de nutricionistas |
| 2014 | 129 | 93 | 5 | Reunião educadores físicos |
| | | | | Evento com profissionais de embelezamento |
| | | | | Reunião com farmacêuticos |
| | | | | Palestra distribuidor de água |
| 2015 | 129 | 93 | 5 | Encontro de nutricionistas |
| | | | | Reunião educadores físicos |
| | | | | Evento com profissionais de embelezamento |
| | | | | Reunião com farmacêuticos |
| | | | | Palestra distribuidor de água |
| 2016 | 129 | 93 | 5 | Encontro de nutricionistas |
| | | | | Reunião educadores físicos |
| | | | | Evento com profissionais de embelezamento |
| | | | | Reunião com farmacêuticos |
| 2017 | 127 | 94 | 4 | Palestra distribuidor de água |
| | | | | Encontro de nutricionistas |
| | | | | Evento com profissionais de beleza |
| | | | | Reunião com produtores e comerciantes de saneantes |

| | | | | |
|-------------|-----|----|---|--|
| | | | | Reunião com farmacêuticos |
| | | | | Encontro com nutricionistas |
| 2018 | 126 | 94 | 4 | Evento com profissionais de beleza |
| | | | | Reunião com produtores e comerciantes de saneantes |
| | | | | Reunião com farmacêuticos |
| | | | | Realizar primeiro seminário de VISA |

APÊNDICE O – EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO/PDVISA.

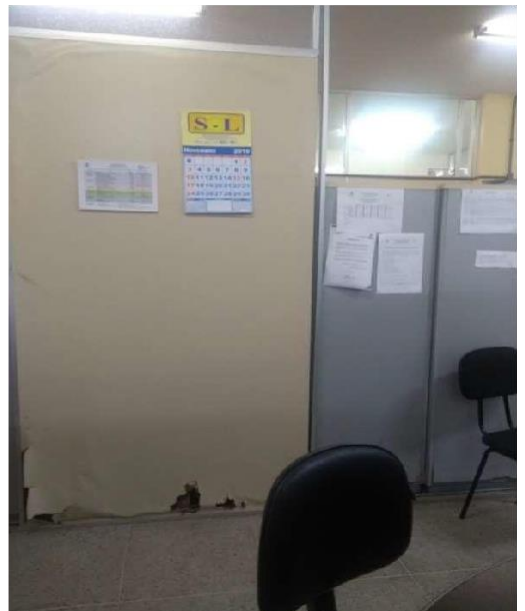
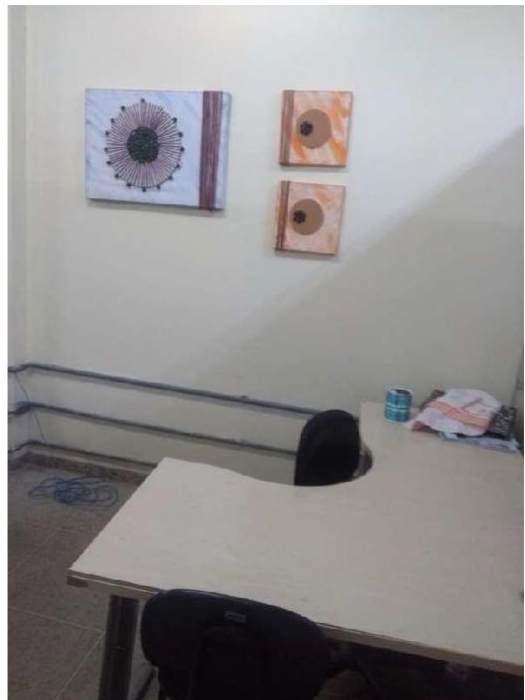
| ANOS | TOTAL DE ATIVIDADES EXISTENTES NO PDVISA | TOTAL DE ATIVIDADES DA FUNÇÃO PUNITIVA | Nº ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA A POPULAÇÃO | ESTRATÉGIAS |
|-------------|---|---|--|---|
| 2009 | 110 | 79 | 1 | Realizar primeira semana de vigilância a saúde para população |
| 2010 | 113 | 99 | 2 | Ações de VISA nas escolas |
| | | | | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| 2011 | 92 | 73 | 1 | Informes técnicos (cartazes, cartilhas) |
| 2012 | 103 | 82 | 1 | Informes técnicos (cartazes, cartilhas) |
| 2013 | 116 | 87 | 4 | Palestra VISA nas escolas |
| | | | | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| | | | | Atendimento ao público (orientações e informações) |
| | | | | Atendimento de demandas da população |
| 2014 | 129 | 93 | 4 | Palestra VISA nas escolas |
| | | | | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| | | | | Atendimento ao público (orientações e informações) |
| | | | | Atendimento de demandas da população |
| 2015 | 129 | 93 | 4 | Palestra VISA nas escolas |
| | | | | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| | | | | Atendimento ao público (orientações e informações) |
| | | | | Atendimento de demandas da população |
| 2016 | 129 | 93 | 4 | Palestra VISA nas escolas |
| | | | | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| | | | | Atendimento ao público (orientações e informações) |
| | | | | Atendimento de demandas da população |
| 2017 | 127 | 94 | 4 | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| | | | | Atendimento ao público (orientações e informações) |

| | | | | |
|-------------|-----|----|---|--|
| | | | | Atendimento de demandas da população |
| | | | | Informativo sobre a dengue durante as inspeções |
| 2018 | 126 | 94 | 3 | Informes técnicos (cartilhas, folders) |
| | | | | Atendimento ao público (orientações e informações) |
| | | | | Atendimento de demandas da população |

APÊNDICE P – EDUCAÇÃO EM SAÚDE/PDVISA.

| ANOS | TOTAL DE ATIVIDADES EXISTENTES NO PDVISA | TOTAL DE ATIVIDADES DA FUNÇÃO PUNITIVA | Nº ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA A POPULAÇÃO | Nº ATIVIDADES CAPACITAR FISCAIS | Nº ATIVIDADES EDUCATIVAS DO SETOR REGULADO |
|-------------|---|---|--|--|---|
| 2009 | 110 | 79 | 1 | 4 | 2 |
| 2010 | 113 | 99 | 2 | 5 | 6 |
| 2011 | 92 | 73 | 1 | 4 | 5 |
| 2012 | 103 | 82 | 1 | 4 | 3 |
| 2013 | 116 | 87 | 4 | 4 | 5 |
| 2014 | 129 | 93 | 4 | 3 | 5 |
| 2015 | 129 | 93 | 4 | 3 | 5 |
| 2016 | 129 | 93 | 4 | 3 | 5 |
| 2017 | 127 | 94 | 4 | 4 | 4 |
| 2018 | 126 | 94 | 3 | 2 | 4 |

APÊNDICE Q – REGISTRO FOTOGRÁFICO.



ANEXO A – PDVISA DE MOSSORÓ 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2017



1 - AÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA GESTÃO

| Área de Estruturação | Ação | Atividade | Meta/Resultados esperados | Meio de Verificação | Responsáveis | Parceiros | Recursos Financeiros R\$ |
|--|--|--|--|--|---|---|-------------------------------------|
| Estrutura administrativa e operacional | Enviar mensalmente dados do BPA da VISA | Consolidar os dados de produção recebidos dos setores e elaborar planilha | Dados consolidados e enviados | Planilhas validadas | Coordenação de VISA | Técnicos da secretaria de saúde | |
| | Verificar junto a procuradoria do município o processo do código sanitário da VISA | Acompanhar o andamento das ações para aprovação do código sanitário da VISA | Código sanitário aprovado e publicado no JOM | Código Publicado | Assessoria jurídica da VISA e secretaria municipal de saúde | Procuradoria do município | |
| | Cadastrar os estabelecimentos novos no SINAVISA. | Inserir no sistema os dados cadastrais dos estabelecimentos | Atualização contínua dos cadastros no SINAVISA. | Listagem de estabelecimentos atualizadas | Equipe da VISA/ setor de protocolo | Secretaria de saúde . OBS: Sistema constantemente dando problemas | |
| | Solicitar a contratação de um Engenheiro Civil ou Arquiteto para a vigilância sanitária, com conhecimento da Legislação Sanitária | Encaminhar ofício com solicitação à secretaria de saúde | Projetos arquitetônicos analisados e aprovados pela equipe da visa municipal | Parecer técnico de aprovação liberado | Técnicos da Visa/Arquiteto ou Engenheiro Civil | Secretaria de saúde | |
| | Implantar serviço de Inspeção sanitária noturno, com remuneração específica, para estabelecimentos que funcionam a partir das 18:00hs. | Inspeção sanitária dos setores da Visa Municipal | Inspeccionar demanda reprimida | Liberação do Alvará sanitário | Técnicos da VISA | Técnicos da VISA Municipal | |
| | Solicitar a contratação de um acessor jurídico, com conhecimento da Legislação Sanitária, para a Diretoria de vigilância à saúde. | Encaminhar ofício com solicitação à secretaria de saúde | Código sanitário e processos administrativos devidamente analisados e encaminhados | Parecer técnico liberado | Técnicos da Visa /assessor jurídico | Secretaria de Saúde | Concurso Público/ processo seletivo |
| | Solicitar aquisição de material permanente para compor ambientes de trabalho dos técnicos | Adquirir mobiliários (armários, mesas reunião, birô, cadeiras) necessários, e equipamentos como computadores com CPU's, impressora colorida, notebooks, termômetro, data show, termômetro centro geométrico, lupa, câmera digital com cartão de memória, colorímetro, carro. | Mobiliários e equipamentos adquiridos e sendo utilizados. | Compras licitadas | Gerência Executiva de Vigilância a Saúde. | Secretaria de Saúde. | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------------|----------------------|-------------------|
| 1.2 - Estrutura Física e Recursos Materiais | Solicitar aquisição de material de consumo | Solicitar aquisição de material de expediente (papel ofício, peso quarenta, canetas, pastas arquivo) EPis, pendrives, borracha, grampos, grampos adesivos, clips, tãntema, pranchetas, touca, luva, carimbo, crachã, impressos padronizados, fita zebra adesivada, embalagens padronizadas de 50 e 100 lt para apreensões e coletas, lacres numerados, coletes individuais e de tecido de algodão, reagentes para colorimetro | Aquisição de material suficiente para a necessidade das ações do VISA | Material adquirido e em uso. | Secretaria de Saúde. | Setor de Compras. |
|---|--|--|---|------------------------------|----------------------|-------------------|

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|-----------------------------------|---------------------|
| | | Capacitação permanente em serviço com acompanhamento de técnicos da SUVISA | Profissional com habilitação técnica para inspeções | Instrumentos preenchidos, diários mensais | Técnicos da VISA / Coordenação | Técnicos da SUVISA |
| | | Capacitação em processo administrativo sanitário | Profissional com habilitação técnica para instalar processos administrativos sanitários | Processos instaurados sem erros | Coordenação / Assessoria jurídica | Diretoria da SUVISA |
| | | Participar de Congressos, Seminários e outros eventos na área de VISA. | Participação em Congressos, Cursos ou seminários referentes a Vigilância Sanitária | Certificados de participação emitidos. | Sekretaria de saúde | Setor de saúde |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|--|---------------------|---------------------------------------|
| 1.5-Fortalecimento da Gestão | Formar e divulgar ações da VISA | Realizar reunião trimestral com os setores individualmente para avaliação e discussões do trabalho desenvolvido | Manutenção e interação entre os técnicos da VISA e avaliar o trabalho desenvolvido; | Atas de reuniões mensais ou listas de presenças. | Coordenação da VISA | Técnicos dos setores. |
| | | Elaborar informes e relatórios sobre as ações de VISA para divulgação no site, periódicos e emissão de rádio. | Manter o diálogo, comunidade e setor regulado informados sobre as ações da VISA | Informes distribuídos e publicados | Equipe da VISA. | Técnicos da Vigilância Epidemiológica |
| | | Verificação trimestral do repasse realizado pela ANVISA | Receitas acionadas no fundo municipal de saúde | Verificação on line de ecodossie | Direção da VISA | Óbexão da VISA |
| | Executar, monitorar e avaliar o Plano de Ação da VISA, na primeira semana de dezembro do ano corrente. | Avançar e monitorar a execução do plano de ação da VISA durante o ano | Acompanhar o desenvolvimento das ações pactuadas no plano. | Instrumento de acompanhamento das ações da VISA | Equipe da VISA | Coordenação de VISA |

2 - AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO

| Área de Intervenção | Ação | Atividade | Quantidade | Resultados Esperados | Meio de Verificação | Responsáveis | Parceiros | Recursos Financeiros RS |
|---------------------|------|--|-------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|-----------|-------------------------|
| | | SEMOBÓs móveis de atendimento a urgência exceto por imóvel | 01 unidade | 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | | |
| | | UTI Móvel | 01 unidade | 100% | Alvarás liberados | Setor de serviços de saúde | | |
| | | Atividade de atendimento em pronto socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências - UPA | 03 unidades | 100% | Alvarás liberados | Serviços de saúde | | |
| | | Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares | 38 unidades | 80% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | | |
| | | Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio HOME CARE | 01 unidade | 100% | Alvarás liberados | Serviços de saúde | | |
| | | Atividades de centro de assistência psicossocial | 04 unidades | 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | | |
| | | Atividades de fisioterapia | 36 unidades | 50% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | | |
| | | Serviço de fonoaudiologia | 04 unidades | 80% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | | |
| | | Atividades de profissionais da nutrição | 03 unidades | 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | | |



| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Atividades de psicologia e psicoanálise | 06 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Atividade médica ambulatorial restrita à consulta | 135 unidades 60% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Atividades odontológicas | 162 unidades 50% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Ensino fundamental • Escolas e Pré escolas | 09 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde | |
| Outras atividades de ensino Mo especificada anteriormente - SENAI | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde | |
| Educação infantil - Creches Realizar inspeção sanitária | 2 unidades 50% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Atividades de condicionamento físico | 60 unidades 80% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Serviço de hemoterapia | 02 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SUVISA/ Setor de Produtos |
| Serviço de diálise e nefrologia | 03 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SUVISA/ Setor de Produtos |
| Atividade de atendimento hospitalar exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências - HOSPITAIS | 10 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | Setores de alimentos, produtos |
| Instituição de longa permanência para idosos Medicina Nuclear | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Serviço de radioterapia | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde | |
| Educação Superior- graduação | 03 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde | |
| Serviço de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante exceto diagnóstico tomográfico por tomografia computadorizada exceto ressonância magnética | 20 unidades 80% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SINISA |
| Serviço de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante exceto ressonância magnética | 06 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SINISA |
| Serviço de ressonância magnética | 03 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SINISA |
| Serviço de tomografia | 05 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SINISA |
| Serviço de diagnóstico por registro gráfico ECG, EGG | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Laboratório de prótese odontológica | 15 unidades 80% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Laboratórios de análises clínicas | 30 unidades 70% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Laboratórios de anatomia patológica e citológica | 04 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | SINISA |
| Atividades tratamento de beleza | 01 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Postos de coleta | 04 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Lavanderias | 04 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Comércio varejista de artigos de ótica | 78 unidades 50% | Alvarás liberados | Setor de Serviços de Saúde. | |
| Comércio varejista de produtos farmacêuticos com manipulação de fórmulas | 14 unidades; 100% | Alvarás liberados | Setor de Produtos. | SUYISA |

| | | | | | |
|---|--|------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Realizar Inspeção sanitária em produtos | Comércio atacadista de instrumentos e matérias para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratório | 03 unidades 100% | Alvarás fibetados | Setor de Produtos. | |
| | Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos | 07 unidades 100% | Alvarás fibefados | Setor de Produtos. | |
| | Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano. | 12 unidades 100% | Alvarás fibefados | Setor de Produtos. | |
| | Fabricação de sabões e detergentes sintéticos. | 06 unidades 100% | Alvarás fibefados | Setor de Produtos. | |
| | Comércio varejista de produtos saneantes-domissanitários. | 28 unidades 100% | Alvarás fibetados | Setor de Produtos. | |
| | Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal. | 01 unidades 100% | Alvarás libetados | Setor de Produtos. | SUVISAI ANVISA |
| | Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliares | 01 Unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Produtos. | |
| | Farmácia Hospitalar | 10 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Produtos. | |
| | Transporte Rodoviário de cargas | 02 unidade 100% | Alvará liberado | Setor de Produtos. | |
| | Comércio varejista produtos farmacêuticos sem manipulação de fórmulas | 110 unidades 80% | Alvarás liberados | Setor de Produtos. | |
| | Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral. | 23 unidades 50% | Alvarás liberados | Setor de Alimentos. | |
| | Comércio atacadista de cerveja, chope e refrigerante. | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Alimentos. | |
| | Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas | 02 unidades 100% | Alvarás fibefados | Setor de Alimentos. | |
| | Fabricação de gelo comum | 03 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Alimentos. | LAREME SUVISA |
| | lanchonetes, casas de chá, sucos e similares | 190 unidades 25% | Alvarás libemdos | Setor de Alimentos. | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------------------------|---------------------|
| Realizar inspeção sanitária em Meio ambiente | Organização e controle de pragas urbanas | 04 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente. | | |
| | Atividades relacionadas a esgotos exceto gestão de redes | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente. | | |
| | Serviço de organização de feiras e congressos | 01 unidade 100% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente. | | |
| | Formação de condutores | 12 unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente. | | |
| | Condomínios Prediais | 10 Unidades 100% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente | | |
| | Hotéis e motéis | 52 Unidades 60% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente | Setor de Alimentos | |
| | Cadastrar áreas de risco para programa Vigisolo. | cadastradas no programa | Áreas cadastradas no programa | Setor de Meio Ambiente | | |
| | Serviço de funerárias | 09 unidades 50% | Alvarás liberados | Setor de Meio Ambiente | | |
| | Inspeção em carros pipa Coletar amostra quando necessário de alimentos suspeito de desvio de qualidade | 134 unidades 50% Coletar e enviar ao laboratório em casos de surtos | Alvarás liberados e/ou cadastros atualizados. Alvarás liberados das análises. | Setor de Meio Ambiente. Setor de Alimentos. | LACEN | |
| | Coletar amostra de produto médico hospitalar medicamento suspeito de desvio de qualidade | Coletar, notificar e enviar ao laboratório, sempre que solicitado | Alvarás liberados das análises. | Setor de Produtos | LACEN | |
| Coletar amostras de água de acordo com o programa vigiágua | 408100% | Amostras coletadas resultados entregues | Setor meio ambiente | LACEN | | |
| Realizar coleta de amostras de Alimentos, produtos e de água para consumo humano | Coletar amostra de água em hospitais. | Semestralmente | Amostras coletadas resultados entregues | Setor meio ambiente | LACEN | |
| | Notificar produtos e eventos adversos. | Notificar no sistema próprio NOTIVISA e realizar investigação de produtos sem registro ou com suspeita de desvio de qualidade e eventos adversos | Notificar todos os produtos sem registro com desvio de qualidade ou por ocorrência de eventos adversos. Envio das notificações. | Equipe VISA. | ANVISA/SUS | |
| | Promover atividades educativas para profissionais do setor regulado nas áreas de serviços, produtos, atendimento meio ambiente | Realizar 01 reunião anual com os proprietários de poços artesanais abastecedores de carros pipa de Mossoró. | Manter informados os proprietários de poço sobre a qualidade de seu produto e atualizar relação de carros pipas cadastrados. | Registros fotográficos, lista de frequência. | Setor de meio ambiente | Secretaria de Saúde |
| | | Realizar 01 reunião anual com proprietários de carro pipa | Manter os proprietários dos carros pipa informados sobre a Legislação Vigente. | Registros Fotográficos e assinaturas. | Setor de Meio Ambiente | Secretaria de Saúde |
| | | Realizar 01 evento educativo com profissionais de embelezamento | Informar aos profissionais sobre a Legislação Vigente, uso de EPI, Esterilização. | Registros Fotográficos, assinaturas. | Setor de Serviço de Saúde | Secretaria de Saúde |
| Realizar reunião técnica informativa com RT das drogas | | Informar aos profissionais sobre os procedimentos da Legislação Vigente | Registros fotográficos, lista de frequência. | Setor Produtos | Secretaria de Saúde | |
| Realizar 01 palestra com produtores e comerciantes de saneantes cloroativos ou sem registro | Para informar os comerciantes sobre a Legislação vigente bem como, esclarecer dos perigos de se trabalhar clandestinamente | Registros fotográficos, lista de frequência. | Setor Produtos | Secretaria de Saúde, Gerência Executiva de vigilância em saúde | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|----------------------------------|--|--|
| | | Realizar Encontro com os profissionais de nutrição da rede hospitalar. | Informar aos Profissionais sobre os procedimentos da Legislação Vigente | Registros fotográficos, lista de frequência. | Setor de Alimentos. | Secretaria de Saúde | |
| 2.2- Educação e Comunicação em saúde para a população | Inserir ações educativas sobre dengue nas inspeções de rotina de todos os setores | Informativo durante as inspeções sanitárias | Informar sobre os problemas causados pelo mosquito | Registros fotográficos, lista de frequência, mídia | Equipe VISA dos diversos setores | Equipe VISA. | |
| | Atender a demanda de denúncias dos consumidores | Realizar visitas técnicas /inspeções | Denúncia atendida/ verificada e ou encaminhada | registro nos setores | Equipe VISA dos diversos setores | Equipe VISA dos diversos setores | |
| | Realizar atendimento ao público/ setor regulado | Promover orientações técnicas, reuniões | Cliente orientado e satisfeito | Registro no setor | Equipe VISA dos diversos setores | Equipe VISA dos diversos setores/ recepção / protocolo | |
| | Fornecer informações das ações realizadas para elaboração de informes técnicos/educativos | Elaboração de informes técnicos, cartilhas folder, etc | Informações divulgadas | Boletins impressos | Equipe VISA. | Coordenação da VISA | |
| 2.3- Ações Integrals de saúde | Realizar investigação de surtos, eventos adversos, riscos e agravos sanitários, e queixas técnicas | Realizar ações conjuntas com cerest, zoonoses e vigilância epidemiológica de acordo com a demanda | Prevenir, amenizar e/ou solucionar riscos e agravos. | Emissão de relatórios. | Equipe da VISA. | Gerência Executiva de vigilância à saúde | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|---|---|----------------|---|--|
| 2.4- Ações Intersetoriais | Integrar as ações da VISA com os demais órgãos que possuem interface com agravos sanitários. | Atender demandas oriundas do ministério público | Demandas encaminhadas para os setores competentes | Termos de inspeção, relatórios | Equipe da visa | Secretaria municipal de saúde | |
| | | Articular com demais secretarias e órgãos para encaminhamento de denúncias e demandas para melhor resolutividade das mesmas | Demandas encaminhadas realizadas reuniões intersetoriais e resolução das demandas | Ofícios e relatórios emitidos. | Equipe da VISA | SEDETEMA, CAERN, IBAMA, SUVAM, SECRETARIA DE AGRICULTURA, IDIARN, IDEMA, GEDUR, MPRN, DEFESA SOCIAL E CIVIL | |
| 2.5- Ações Laboratoriais | Acompanhar e monitorar análises de produtos e alimentos | Realizar as notificações dos Laudos recebidos | Programas nacionais de monitoramento acompanhados | Instrumentos legais devidamente preenchidos e entregues | Equipe da VISA | LAREM/ LACEM/ OUTROS | |

ANEXO B – COMPROVAÇÃO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MOSSORÓ.



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP
COORDENADORIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE - CPS
SUBCOORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SUVISA



COMUNICADO

Considerando o processo de descentralização como estratégia fundamental para efetivação das ações voltadas à saúde, conforme definido constitucionalmente e sendo o Município o principal responsável pela saúde pública da população em seu território, **comunicamos que a partir de 2009**, o Município de Mossoró/RN por intermédio do seu órgão de Vigilância Sanitária-SMS, passará a assumir em sua plenitude a gestão das ações de Vigilância Sanitária no âmbito Municipal.

Na oportunidade orientamos a todos os Estabelecimentos sujeitos ao controle da fiscalização da Vigilância Sanitária, que os Alvarás Sanitários a partir de **01/01/2009** deverão ser solicitados junto à Vigilância Sanitária de Mossoró/RN, conforme endereço abaixo, que procederá as referidas Inspeções.

Vigilância Sanitária Mossoró/RN
Rua Juvenal Lamartine, S/N - Santo Antônio
Mossoró/RN CEP: 59.611-140
Fone: 0XX-84-3315-1625/1626
Fax: 3315-1627

MARCOS SERGIO DE ARAÚJO GUERRA
SUBCOORDENADOR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE

Wanda Micko U. de Azevedo
Subcoord.^a da SUVISA em
Substituição Legal.

ANEXO C – PARECER DE DEFERIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



REPÚBLICA DEL PARAGUAY

INSTITUTO SUPERIOR INTERAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD INTERAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

MAGÍSTER EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

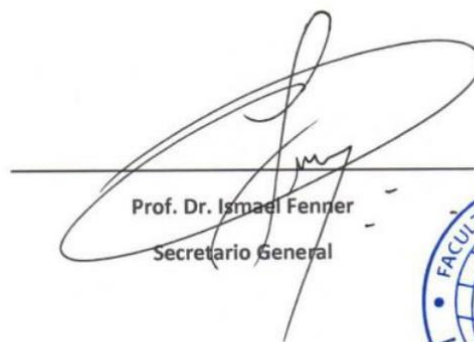
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PROYECTO: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA
SANITÁRIA DE MOSSORÓ-RN: TEORIA E PRÁTICA.**

KEILA BRANDRÃO MUNIZ TOMAZ, su proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Facultad Interamericana de Ciencias Sociales. Su estudio puede comenzar a partir de esta fecha. Al final de la investigación debe enviar los resultados a este comité.

Esta constância se expide em la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay, a los 14 días del mês de enero del año 2019.


Prof. Dr. Ismael Fenner
Secretario General

