

Vigilância Sanitária: a necessidade de reorientar o trabalho e a qualificação em um município

Health Surveillance: the need to reorient work and qualification in a municipality

Manoel Ribeiro de Sales Neto^{I,II,III,IV*}

Ana Paula Soares Gondim^I

Juliana Sampaio Batista^{III,V}

Nadja Mara de Sousa Lopes^{I,II}

RESUMO

Introdução: O trabalho da vigilância sanitária deve ser ampliado para transpor a dimensão fiscalizatória, mediante o desenvolvimento de atividades multiprofissionais, educativas e comunicativas, com participação social, integração com a Estratégia Saúde da Família e baseadas nos sistemas de informação em saúde. Para isso, os trabalhadores da Vigilância Sanitária (VISA) precisam ser qualificados e as dificuldades do trabalho devem ser superadas. **Objetivo:** Verificar o desenvolvimento dessas atividades, relacioná-las com a qualificação profissional e identificar as dificuldades para o trabalho. **Método:** Estudo descritivo e quantitativo, realizado com a aplicação de um questionário aos 54 trabalhadores da VISA de um município. Realizou-se uma estatística descritiva simples com as variáveis qualificação profissional, atividades do processo de trabalho e dificuldades. **Resultados:** Constatou-se que as atividades não foram desenvolvidas pela maioria dos trabalhadores, exceto atuação multiprofissional (81,5%), e que as dificuldades relatadas, como a insuficiência de veículos (36,4%), existem em outros serviços. A qualificação profissional (46,3%) expressou relação apenas com a atuação multiprofissional. **Conclusões:** É necessária a reorientação do trabalho e da qualificação profissional no sentido de possibilitar o desenvolvimento das atividades que, além da fiscalização e do controle, compõem o trabalho da vigilância sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária; Gestão em Saúde; Recursos Humanos; Credenciamento; Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The work of Health Surveillance should be expanded to transpose the inspection dimension, through the development of multiprofessional, educational and communicative activities, with social participation, integration with the Family Health Strategy and based on health information systems. To do this, Health Surveillance workers need to be qualified and work difficulties must be overcome. **Objective:** To verify the development of these activities, to relate them to the professional qualification and to identify the difficulties for the work. **Method:** Descriptive and quantitative study, carried out with the application of a questionnaire to 54 VISA employees of a municipality. A simple descriptive statistic was performed with the variables professional qualification, work process activities and difficulties. **Results:** It was verified that the activities were not developed by most workers, except for multiprofessional work (81.5%), and that the reported difficulties, such as the lack of vehicles (36.4%), exist in other services. The professional qualification (46.3%) expressed a relation only to the multiprofessional performance. **Conclusions:** It is necessary to reorient work and professional qualification to enable the development of activities that, in addition to supervision and control, make up the work of Health Surveillance.

^I Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^{II} UNINASSAU, Fortaleza, CE, Brasil

^{III} Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS), Fortaleza, CE, Brasil

^{IV} Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

^V Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

* E-mail: salesnetomr@gmail.com

Recebido: 22 jul 2018

Aprovado: 17 out 2018

KEYWORDS: Sanitary Surveillance; Health Management; Human Resources; Accreditation; Integrality in Health



INTRODUÇÃO

No Brasil, as atividades inerentes à vigilância sanitária são executadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e criado pela Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que regulamenta suas atividades. A finalidade dessa agência é proteger a saúde da população mediante o controle sanitário sobre produtos e serviços relacionados com a saúde. São atividades indelegáveis, entre outras, a concessão, o registro e a proibição da fabricação, distribuição e venda de produtos e insumos. Às demais instituições - estaduais, municipais e do Distrito Federal - que compõem esse sistema, podem ser delegadas atividades como normatização, autuação e aplicação de penalidades¹.

Essas atividades configuram a Vigilância Sanitária (VISA) em uma dimensão fiscalizatória, face mais conhecida e assegurada pelo poder de polícia administrativa. Instrumentos legais posteriormente publicados, entretanto, apontam para a ampliação dessa dimensão com suporte no desenvolvimento de atividades que não envolvem diretamente o controle e a fiscalização de produtos ou serviços, mas que promovam a aproximação com a comunidade e com os demais entes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é estabelecido em uma perspectiva de integralidade e cidadania que não condiz com a VISA, cujo processo de trabalho prioriza sua dimensão fiscalizatória^{2,3}. Deve-se considerar que a VISA atua em um campo amplo e complexo, onde os mais diversos agentes interagem constantemente com elementos que podem trazer riscos à saúde⁴.

O saber sanitário, por via da educação e da comunicação, deve dialogar com os saberes da população e dos trabalhadores que atuam nas demais ações de saúde, de maneira que contribua para a promoção da saúde⁵. É essencial também que a população participe do controle sanitário, pois suas interpretações sobre os problemas de saúde podem ensejar novas atividades⁴. A integração entre VISA e Estratégia Saúde da Família (ESF) qualifica e amplia as atividades desenvolvidas⁶, além de promover a identificação dos riscos à saúde aos quais a população de cada território está sujeita⁷.

Após seis anos de criação do SNVS, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) um Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), que propõe, para o enfrentamento dos problemas de saúde, romper com dimensão prioritariamente fiscalizatória⁸. Esse documento recomenda atividades para fortalecimento e consolidação do SNVS, tais como: incentivo à participação social; educação em saúde; divulgação de informações; integração com ESF e planejamento das ações considerando a situação de saúde da população e os fatores de risco.

A Portaria Federal nº 1.378, de 9 de julho de 2013, define diretrizes para execução das atividades de Vigilância em Saúde, contemplando a VISA entre as demais vigilâncias. Uma de suas

diretrizes é a integração com a Atenção à Saúde, com o desenvolvimento de atividades condizentes com as realidades locais. Essa norma também reforça a necessidade de que sejam realizadas atividades de educação e comunicação, com fomento à participação social⁹.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 49, de 31 de outubro de 2013, foi publicada com a finalidade de regularizar serviços fornecidos por microempreendedores individuais e empreendimentos familiares rurais ou eletrônicos solidários. Algumas inovações trazidas por essa RDC também sinalizam a necessidade de a VISA atuar de uma maneira menos coercitiva, tais como: valorização dos costumes e dos conhecimentos tradicionais para a proteção da produção artesanal; razoabilidade na aplicação de exigências; regularização automática de atividades de baixo risco; fiscalização de natureza prioritariamente orientadora e com linguagem acessível e o fornecimento de atividades educativas¹⁰.

Esse movimento de ampliação da atuação da VISA, com a inclusão de atividades transpostas à fiscalização e ao controle, também ocorre na literatura. Costa¹¹ define e diferencia dois modelos de trabalho, a VISA tradicional e a Nova Vigilância. O primeiro modelo, identificado como VISA tradicional, é organizado em virtude da demanda espontânea por inspeções durante as quais os trabalhadores verificam o cumprimento da legislação sanitária vigente¹¹ e tomam providências, geralmente de caráter coercitivo, para evitar ou diminuir riscos à saúde. Enquanto o segundo modelo, Nova Vigilância, caracteriza-se por um trabalho ampliado voltado para promoção da saúde e organizado com suporte nos riscos e necessidades sanitários, buscando superar o isolamento da VISA, ao privilegiar também a interação com trabalhadores das outras ações do SUS e com a população, mediante atividades de comunicação dos riscos, educação em saúde e planejamento colaborativo¹¹.

Para planejar atividades de modo mais efetivo e condizente com as realidades locais, é também necessário conhecer a situação de saúde e seus fatores de proteção, sendo fundamental que o processo de trabalho de vigilância sanitária se baseie nos dados da Vigilância Epidemiológica (VE), naqueles constantes nos sistemas de informação em saúde¹². Além disso, a diversidade de objetos (medicamentos, serviços de saúde, alimentos, entre outros) sujeitos à atuação da VISA requer que seu trabalho seja operado por equipes multiprofissionais^{11,13}.

Ao abordar o processo de trabalho da vigilância sanitária, é inevitável não discorrer sobre a qualificação dos trabalhadores e suas condições de trabalho. Em razão da complexidade do processo de trabalho dessa área, seus trabalhadores devem estar permanentemente atualizados, associando os novos conhecimentos técnicos à experiência acumulada¹⁴. A qualificação pode aumentar a capacidade de intervenção sobre os riscos à saúde e promover mudanças significativas no processo de trabalho¹⁵. Um panorama da situação nacional de formação



e qualificação dos trabalhadores do SNVS é fornecido por dois censos nacionais.

O I Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária (Censo VISA), publicado em 2006, ocorreu por iniciativa do Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária (COPRH) da Anvisa e contou com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com a colaboração do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Participaram desse censo 32.135 trabalhadores de todas as regiões do país, envolvendo os entes federal, estaduais e municipais. Constatou-se que 32,6% deles possuíam escolaridade em nível superior, sendo que 60,8% tinham pós-graduação e 44,4% haviam concluído cursos de atualização no último ano¹⁴.

O Censo VISA apontou para a necessidade de implementação de múltiplos processos formativos que possibilitem uma atuação segura e efetiva para os trabalhadores¹⁴. A qualificação dos trabalhadores de VISA também é uma diretriz do PDVISA, que recomenda investimentos e estratégias para a formação e a capacitação⁸.

O Censo Nacional dos Trabalhadores de Laboratórios de Vigilância Sanitária (Censo LAB) foi publicado em 2010 pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em parceria com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde e com a Anvisa. Participaram 1.581 trabalhadores de 72 laboratórios de saúde pública, pertencentes às três esferas de governo. Verificou-se que apenas 39% possuíam pós-graduação e que a maior parte dos profissionais possuía nível superior (59,9%)¹⁶.

Em relação às condições de trabalho, estudos apontam que os trabalhadores de VISA atuam em locais com infraestrutura inadequada^{17,18}, são pouco capacitados¹², percebem baixas remunerações¹⁹ e ainda são alvo de interferências clientelistas em seus processos de trabalho²⁰. Todas essas dificuldades interferem na motivação e na satisfação dos trabalhadores relativamente aos seus trabalhos e podem comprometer a efetividade das atividades que devem ser desenvolvidas.

Em 2015, a Anvisa promoveu um Fórum Nacional para identificar e consolidar os principais desafios para o SNVS, com amparo em debates que ocorreram previamente em todas as regiões do país²¹. Esse evento contou com a participação de representantes de várias instituições, como MS e serviços de vigilância sanitária municipais e estaduais, além de integrantes da sociedade civil e do setor regulado. Entre os desafios inventariados, podem ser destacadas a necessidade de monitorar as atividades desenvolvidas e a ausência de uma política direcionada para a qualificação dos trabalhadores²¹.

Ante o exposto e considerando a necessidade de uma reflexão acerca da qualificação e do processo de trabalho em vigilância sanitária^{2,22}, este artigo pretende verificar se os trabalhadores de vigilância sanitária desenvolvem atividades educativas, realizam divulgação dos riscos e utilizam os sistemas de informação em saúde, de maneira multiprofissional, com

participação da população e dos profissionais da ESF. Além disso, investigou-se a relação entre o desenvolvimento dessas atividades e a qualificação profissional, sendo identificadas as dificuldades que podem afetar o processo de trabalho em vigilância sanitária.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com os trabalhadores de vigilância sanitária do município de Fortaleza, Ceará, no período de janeiro a março de 2014. Esse estado, composto por 184 municípios, está localizado no Nordeste do Brasil, com a população estimada de mais de oito milhões de pessoas²³. A citada unidade federada concentra 3% (n = 979) dos trabalhadores de vigilância sanitária do país¹⁴.

Fortaleza é a capital do estado, tem população estimada em 2,5 milhões de habitantes e densidade demográfica de 8.166,5 habitantes/km^{2,23}. A administração desse município é dividida em seis secretarias regionais, com o objetivo de melhorar as condições de vida da população de cada região. Os trabalhadores do serviço municipal de vigilância sanitária estão distribuídos nos distritos sanitários de cada secretaria regional e são coordenados pela Célula de Vigilância Sanitária. Esta, juntamente às Células de Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador, de Sistemas de Informação e Análise em Saúde e de Vigilância Ambiental e de Riscos Biológicos, compõem a Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

O universo deste estudo é formado por 126 trabalhadores que atuavam na VISA de Fortaleza de janeiro a dezembro de 2013. O critério de inclusão foi a atuação no referido serviço há pelo menos um ano do período da coleta de dados e ter cumprido durante esse tempo do estudo a carga trabalhista de 30 h semanais. Os critérios de exclusão foram: ter ocupado cargo de chefia no último ano; não haver exercido suas atividades por um período superior àquele referente às férias, como licença-maternidade, licença por motivo de doença ou outro tipo de afastamento; estar de férias no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada durante um mês, no local e no horário de trabalho de cada trabalhador. A estratégia aplicada foi reunir todos os trabalhadores em uma sala reservada e, após explicação dos objetivos do estudo, entregava-se o questionário para cada um responder. Esse instrumento continha 14 quesitos fechados e um aberto, divididos em quatro partes: características pessoais, qualificação profissional, atividades do processo de trabalho e dificuldades do trabalho, conforme está na seqüência.

As características pessoais perguntadas foram: idade (anos); sexo (masculino; feminino); tempo de serviço (anos); área de atuação na VISA (alimentos; produtos; serviços de saúde; serviços veterinários; outros serviços). Essas áreas foram definidas de acordo com o entendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza que classifica os estabelecimentos segundo o tipo de serviço ou produto fornecido. A área de "alimentos" inclui restaurantes,



supermercados e outros estabelecimentos relacionados com o preparo e o fornecimento de alimentos. A área de “serviços de saúde” é composta por clínicas médicas, odontológicas, unidades de saúde e academias de ginástica. Na área “produtos”, são incluídas drogarias e distribuidoras de medicamentos, bem como indústrias, distribuidores e comércios de saneantes e cosméticos. A área de “serviços veterinários” abrange as clínicas veterinárias e os frigoríficos. Demais estabelecimentos incluídos nessas áreas foram classificados como “outros serviços”.

A variável dependente “qualificação para o trabalho” (sim; não) foi estabelecida com amparo nas variáveis nível superior (sim; não); conclusão de pós-graduação *stricto sensu* e/ou *lato sensu* em vigilância sanitária (sim; não) e participação em cursos de capacitação em vigilância sanitária no último ano (sim; não). Foram considerados qualificados para o trabalho os trabalhadores de nível superior que concluíram pós-graduação e cursos em vigilância sanitária.

Com suporte nas diretrizes do PDVISA⁸ e da literatura^{4,6,7,11,12,13} surgiram as variáveis independentes relacionadas às atividades que fazem parte do processo de trabalho ampliado da VISA: atuação multiprofissional, ou seja, com profissionais de variadas formações para a resolução de problemas comuns que demandam atuação conjunta (frequente; intermediária; ausente); educação em saúde para a população (frequente; intermediária; ausente); trabalho integrado com a ESF (frequente; intermediário; ausente); utilização dos sistemas de informação em saúde para o planejamento das ações e definição de prioridades (frequente; intermediária; ausente); divulgação dos dados coletados em inspeções (frequente; intermediária; ausente) e participação da população no planejamento e/ou discussão das ações (frequente; intermediária; ausente). Em relação ao ano anterior à coleta de dados, considerou-se como “frequente” a periodicidade de pelo menos quatro vezes por mês e “intermediária” a periodicidade de uma a três vezes por mês.

As dificuldades para o trabalho foram agrupadas em recursos materiais, recursos humanos e gestão do trabalho. Essa categorização foi construída com apoio nas informações autorreferidas dos trabalhadores, fornecidas para um quesito aberto do instrumento de coleta: recursos materiais (veículos de transporte insuficientes; material de escritório insuficiente; equipamentos insuficientes; estrutura física inadequada; inexistência de espaço para produtos apreendidos; banco de dados ineficiente; inexistência de câmara frigorífica), recursos humanos (trabalhadores, gestores e pessoal de apoio insuficientes; gestores sem capacitação) e gestão do trabalho (falta de aplicação das penalidades; remuneração; interferência de pessoas alheias às ações; planejamento deficiente; falta de padronização das ações; capacitação insuficiente; falta de apoio; legislação desatualizada; falta de articulação com outros órgãos; falta de apoio jurídico; falta de segurança; desconhecimento da população relativamente ao trabalho; pouca divulgação do trabalho).

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados, recorrendo-se ao programa EpiData versão 3.1. O programa StataSE versão 9 foi utilizado como recurso para análise. O estudo consiste de uma análise estatística com resultados expressos em proporção, tendo sido aplicados os Testes χ^2 e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Realizou-se uma análise estatística descritiva simples por intermédio das medidas de tendência central para as variáveis numéricas. O teste de hipótese foi aplicado para avaliar a relação entre a qualificação profissional (variável dependente) e as atividades que compõem o processo de trabalho da VISA (variáveis independentes).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio do Parecer n° 463.384, emitido em 2013. Foram seguidas as diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466, de 12 de dezembro de 2012²⁴.

RESULTADOS

Do total de 71 trabalhadores de VISA no município de Fortaleza identificados para compor o estudo, 17 (24%) recusaram-se a participar. Dos 54 participantes, a idade média foi de 41,5 anos e o tempo médio de serviço foi de 14,3 anos. Mais de um terço (37%) deles informou que atuava na área de “alimentos” (Tabela 1).

Verificou-se que 33,3% dos trabalhadores não realizaram nenhuma capacitação no último ano, mas que 75,9% possuíam nível superior e 63,4% destes concluíram cursos de pós-graduação em vigilância sanitária. Constatou-se que 46,3% dos trabalhadores eram qualificados para o trabalho (Tabela 1).

Em relação às atividades propostas para a atuação ampliada da vigilância sanitária, a integração com a ESF não foi informada pela maioria (92,6%), assim como educação em saúde (81,4%), participação da população (83,3%), uso dos sistemas de informação em saúde (88,9%) e divulgação dos dados (90,7%). Quase metade dos trabalhadores (46,3%), no entanto, atuou frequentemente em equipe multiprofissional (Tabela 2).

Constatou-se a relação estatisticamente significativa da atuação multiprofissional com a qualificação profissional ($p = 0,014$). As demais atividades que compõem o processo de trabalho ampliado da vigilância sanitária, integração com a ESF, educação em saúde, participação da população, uso dos sistemas de informação em saúde e divulgação dos dados não exibiram relação estatisticamente significativa com a qualificação profissional (Tabela 3).

No que concerne às dificuldades para a realização do trabalho referidas pelos trabalhadores, observou-se que 36,4% da categoria recursos materiais coincidiram com a insuficiência de veículos. Quanto à categoria recursos humanos, 72,7% deles informaram a insuficiência de trabalhadores, gestores e pessoal de apoio. Na categoria gestão do trabalho, a falta de aplicação das penalidades foi identificada com o maior percentual (19,6%). Apenas um trabalhador não citou nenhuma dificuldade no trabalho realizado (Tabela 4).



Tabela 1. Características pessoais e de qualificação profissional dos trabalhadores da Vigilância Sanitária. Fortaleza - CE, 2014.

Características (N = 54)	N	%	Média	Desvio-padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Sexo						
Feminino	31	42,6				
Masculino	23	57,4				
Idade (anos)			41,5	12,9	26	67
Tempo de serviço (anos)			14,3	15,4	1,8	43,8
Área de atuação						
Alimentos	20	37,0				
Produtos	12	22,2				
Serviços de saúde	11	20,4				
Outros serviços	9	16,7				
Serviços veterinários	2	3,7				
Ensino superior						
Sim	41	75,9				
Não	13	24,1				
Pós-graduação em Vigilância Sanitária*						
Sim	26	63,4				
Não	15	36,6				
Cursos de capacitação em Vigilância Sanitária						
Sim	36	66,7				
Não	18	33,3				
Qualificação profissional						
Sim	25	46,3				
Não	29	53,7				

**Stricto sensu* e/ou *lato sensu*, entre os trabalhadores com escolaridade em nível superior.

Tabela 2. Atividades do processo de trabalho da Vigilância Sanitária. Fortaleza - CE, 2014.

Atividades (N = 54)	Frequente		Intermediária		Ausente	
	N	%	N	%	N	%
Atuação multiprofissional	25	46,3	19	35,2	10	18,5
Educação em saúde	5	9,3	5	9,3	44	81,4
Uso dos sistemas de informação em saúde	2	3,7	4	7,4	48	88,9
Integração com a Estratégia Saúde da Família	-	-	4	7,4	50	92,6
Participação da população	1	1,9	8	14,8	45	83,3
Divulgação dos dados*	-	-	4	7,4	49	90,7

* Um entrevistado não forneceu essa informação.

DISCUSSÃO

Este estudo relacionou que os trabalhadores com qualificação profissional do serviço de vigilância sanitária do município de Fortaleza desenvolveram atividades em equipes multiprofissionais. Essa relação pode ser justificada pelo entendimento de que a qualificação em vigilância sanitária configuraria um campo de atuação complexo que envolve objetos de áreas diversas de conhecimento, o que estimularia os trabalhadores a atuarem em equipes multiprofissionais.

A atuação em equipe multiprofissional acontece, principalmente, durante as inspeções em estabelecimentos como clínicas e unidades de saúde, onde são ofertados serviços por profissionais de categorias variadas. Considerando que a atuação multiprofissional proporciona a troca de saberes distintos sobre um problema, enriquecendo o trabalho desenvolvido, esse tipo de atividade deve continuamente ser estimulada pela gestão do serviço estudado, não somente para as inspeções conjuntas, mas também para as outras ações, como educação em saúde, envolvendo profissionais de outras áreas do SUS, como ESF.



Tabela 3. Qualificação profissional de acordo com as atividades do processo de trabalho em Vigilância Sanitária. Fortaleza - CE, 2014.

Atividades (N = 54)	Qualificação profissional						Valor p
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Atuação multiprofissional							0,014*
Sim	24	96,0	20	69,0	44	81,5	
Não	1	4,0	9	31,0	10	18,5	
Educação em saúde							0,309
Sim	3	12,0	7	24,1	10	18,5	
Não	22	88,0	22	75,9	44	81,5	
Uso dos sistemas de informação em saúde							0,200
Sim	1	4,0	5	17,2	6	11,1	
Não	24	96,0	24	82,8	48	88,9	
Integração com a Estratégia Saúde da Família							0,615
Sim	1	4,0	3	10,3	4	7,4	
Não	24	96,0	26	89,7	50	92,6	
Participação da população							0,718
Sim	5	20,0	4	13,8	9	16,7	
Não	20	80,0	25	86,2	45	83,3	
Divulgação dos dados**							0,613
Sim	1	4,0	3	10,7	4	7,6	
Não	24	96,0	25	89,3	49	92,4	

*p < 0,050.

** Um entrevistado não forneceu essa informação.

Tabela 4. Dificuldades para o trabalho listadas pelos trabalhadores da Vigilância Sanitária. Fortaleza - CE, 2014.

Dificuldade (N = 53)	N	%
Recursos materiais	88*	100,0
Veículos de transporte insuficientes	32	36,4
Material de escritório insuficiente	14	15,9
Equipamentos insuficientes	14	15,9
Estrutura física inadequada	10	11,4
Inexistência de espaço para produtos apreendidos	8	9,1
Banco de dados ineficiente	7	7,9
Inexistência de câmara frigorífica	3	3,4
Recursos humanos	22*	100,0
Trabalhadores, gestores e pessoal de apoio insuficientes	16	72,7
Gestores sem capacitação	6	27,3
Gestão do trabalho	107*	100,0
Falta de aplicação das penalidades	21	19,6
Remuneração	14	13,1
Interferência de pessoas alheias às ações	9	8,4
Planejamento deficiente	9	8,4
Falta de padronização das ações	9	8,4
Capacitação insuficiente	9	8,4
Falta de apoio	9	8,4
Legislação desatualizada	6	5,6
Falta de articulação com outros órgãos	5	4,7
Falta de apoio jurídico	5	4,7
Falta de segurança	4	3,7
Desconhecimento da população relativamente ao trabalho	4	3,7
Pouca divulgação do trabalho	3	2,9

*Dificuldades foram respondidas mais de uma vez.



No que concerne à integração do serviço de vigilância sanitária estudado com a ESF, os trabalhadores dessas áreas fazem parte da mesma secretaria e exercem suas atividades no mesmo espaço físico, mas eles não as realizam de maneira compartilhada. A falta de integração dos trabalhadores de vigilância sanitária com outras áreas, como Saúde da Mulher e Rede Cegonha, é também atribuída ao reconhecimento da VISA apenas em sua dimensão fiscalizatória em detrimento de seu papel na promoção da saúde^{25,26}. Para reverter esse isolamento, a VISA deve passar a ser vista e constituída como agente que faz parte da complexa área da saúde, com potencialidade de transformar as práticas de assistência e que se propõe, junto com as demais ações de saúde, a solucionar os problemas do SUS²⁵.

A literatura^{4,5,13,17,19} e alguns instrumentos legais^{8,9,10} apontam para a necessidade de que os trabalhadores realmente ampliem o processo de trabalho da VISA além da fiscalização e que atuem de uma maneira mais orientadora e menos coercitiva. O trabalho constatado neste estudo não contribui para a conscientização das pessoas em relação aos riscos sanitários, uma vez que se caracteriza como distante da população, na medida em que não privilegia o desenvolvimento de atividades de educação em saúde e da divulgação dos dados. Ademais, a não utilização de indicativos dos sistemas de informação em saúde configura um serviço cujas atividades desenvolvidas são orientadas para atender, principalmente, à demanda espontânea de licenciamentos sanitários e de denúncias ocasionais, seguindo o modelo tradicional de vigilância sanitária¹¹.

Considerando que, na área da saúde, a qualificação profissional não reflete sobre as práticas desenvolvidas²⁷, essa deficiência formativa dificulta a incorporação de outras atividades. Isso contraria as orientações de que a qualificação em vigilância sanitária permita a adoção de um processo de trabalho preventivo, participativo e integrado às demais ações de saúde¹³. Outro estudo também constatou que a formação e a qualificação promovidas pelo serviço de vigilância sanitária não contribuíam para reflexão sobre a realidade local, impossibilitando o estabelecimento de mudanças no processo de trabalho¹⁵.

No âmbito municipal, o Censo VISA demonstrou que 41,6% dos trabalhadores realizaram cursos no último ano, enquanto 32,2% possuíam nível de escolaridade superior e 63,7% dos graduados concluíram pós-graduação¹⁴. O Censo LAB também constatou 32,2% de graduados entre os trabalhadores municipais e 39% de pós-graduados entre os trabalhadores de todas as esferas¹⁶. O serviço abordado neste estudo possui índices consideravelmente mais elevados de profissionais graduados e com cursos de capacitação em vigilância sanitária. Isso demonstra uma melhoria, em relação a esses quesitos, da realidade local quando comparada ao panorama dos municípios brasileiros. A frequência de trabalhadores com pós-graduação é condizente com os dados do Censo VISA¹⁴ e maior em relação ao Censo LAB¹⁶. Ressalta-se que este estudo abordou somente cursos de capacitação e de pós-graduação específicos da área de vigilância sanitária, enquanto os censos não realizaram esse detalhamento.

Portanto, o incentivo da gestão municipal e as iniciativas dos trabalhadores para a qualificação profissional devem ocorrer constantemente, já que o processo de trabalho da VISA envolve uma diversidade de objetos (medicamentos, serviços de saúde, restaurantes) e atividades (inspeções, educação em saúde, divulgação de dados), além das contínuas modificações na legislação sanitária.

A área de alimentos concentra a maior parcela dos trabalhadores entrevistados. Em estudo também realizado com trabalhadores do serviço de vigilância sanitária de um município no sul do país, a área de serviços de saúde foi predominante¹⁹. Essa diferença reflete as especificidades de cada serviço, podendo também ser consequência da diversidade de estabelecimentos que existem em cada município.

A quantidade insuficiente de veículos é uma dificuldade que compromete diretamente a realização das fiscalizações e das demais atividades que compõem o processo de trabalho em vigilância sanitária, sendo também relatada em outro estudo¹². É importante investigar de modo mais aprofundado os motivos que levaram os trabalhadores a exprimirem a falta de aplicação das penalidades, já que essa etapa dos processos administrativos é essencial para evitar ou minimizar práticas que oferecem riscos à saúde da população. Quanto à remuneração, os trabalhadores reclamaram tanto de sua insuficiência, quanto da existência de grandes diferenças de salários entre os que exercem a mesma função, corroborando outro estudo¹⁹.

Outra dificuldade expressa neste estudo é a interferência no trabalho por pessoas que não eram envolvidas diretamente com o serviço, situação relatada na literatura^{19,28}. De acordo com Luchesse²⁰, o trabalho nessa área é a prática da saúde que mais é objeto de intervenções clientelistas, por estar inserido em um espaço de conflito entre os interesses do mercado e os da saúde da população. Como estratégia de enfrentamento a situações que envolvem o predomínio de preceitos particulares sobre as necessidades de saúde da população, é citada a realização de seminários para a comunidade²⁸. A infraestrutura como dificuldade é corroborada por outros estudos^{17,18}. Além de comprometer as atividades dos trabalhadores, tal óbice pode ocasionar a desmotivação com o trabalho²⁵.

A falta de integração com outros órgãos, o desconhecimento da população sobre o trabalho desenvolvido e a insuficiente divulgação do trabalho foram dificuldades citadas pelos entrevistados e representam características que precisam ser modificadas para que a VISA seja reconhecida como componente do SUS e aberta à participação da população e dos trabalhadores de outras áreas da saúde. A baixa frequência dessas dificuldades pode estar relacionada à falta de reconhecimento, entre os trabalhadores, da importância de combatê-las, com a finalidade de ampliar o processo de trabalho por via da incorporação de outras atividades além da fiscalização de produtos e serviços que já é rotineiramente desenvolvida.

As limitações deste estudo decorrem do fato de não terem sido investigados outros fatores, além da qualificação profissional, que podem contribuir para o baixo índice de desenvolvimento



das atividades que também devem fazer parte do processo de trabalho da VISA e os motivos que ocasionaram a falta de aplicação das penalidades decorrentes dos processos administrativos. Ademais, considera-se que, possivelmente, o quadro de trabalhadores seja pequeno para o desenvolvimento de atividades além da fiscalização e do controle.

CONCLUSÕES

Verificou-se que os trabalhadores de uma capital nordestina possuem formação no ensino superior e qualificação profissional específica para atuação em vigilância sanitária e foi constatado o vínculo dessa qualificação com a atuação multiprofissional. Essa atividade multiprofissional ocorre internamente, mas ainda não são desenvolvidas as atividades que demandam a interação com a população e com trabalhadores das demais ações do SUS. Isso demonstra um distanciamento entre o trabalho desenvolvido e as recomendações, expressas tanto em instrumentos legais como na literatura, de reorientação do trabalho para a construção de uma vigilância sanitária ampliada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei N° 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial União. 26 jan 1999.
2. Fonseca EP. Novos rumos para a pesquisa em Vigilância Sanitária no Brasil. *Vigil Sanit Debate*. 2013;1(2):22-6.
3. Campos GWS. Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. In: *Cadernos de texto da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*; Brasília, Brasil. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001.
4. Chagas MF, Villela WV. Vigilância Sanitária e promoção da saúde: apontamentos para além da regulação e controle. *Vigil Sanit Debate*. 2014;2(3):30-6. <https://doi.org/10.3395/vd.v2i3.178>
5. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface*. 2007;11(23):467-84. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300006>
6. O'Dwyer G, Reis DCS, Silva LLG. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(s3):3351-60. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900010>.
7. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Cien Saude Colet*. 2010;15(4):2215-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 1.052, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 9 maio 2007.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 10 jul. 2013.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução RDC N° 49, de 31 de outubro de 2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências. Diário Oficial União. 1 nov 2013.
11. Costa EA, organizadora. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador, BA: Edufba; 2008. O trabalhador de Vigilância Sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde?, p. 77-90.
12. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MU, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):83-95. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100010>
13. Costa EA, Souto AC. Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. *Rev Saúde Debate*. 2001;(25):91-107.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. *Censo Visa 2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
15. Guimarães IF, Corvino MPF. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de vigilância sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2016;4(1):58-63. <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00477>
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. *Censo Nacional dos Trabalhadores dos Laboratórios de Vigilância Sanitária*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.



17. Araújo DG, Melo MB, Brant L, Viana FC, Santos MA. Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. *Saúde Soc São Paulo*. 2013;22(4):1154-66. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400017>
18. Cohen MM. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Phys Rev Saúde Coletiva*. 2009;19(3):867-901. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300018>
19. Souza JS, Stein AT. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Cien Saude Colet*. 2008;13(s2):2225-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900027>
20. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Ciclo de debates em Vigilância Sanitária: desafios e tendências. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2015. (Relatório do Fórum Nacional).
22. Freitas FP, Santos BMO. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2013;1(1):43-51. <https://doi.org/10.3395/vd.v1i1.4>
23. Secretaria de Planejamento e Gestão (Ceará), Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Anuário estatístico do Ceará. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará; 2014[acesso 17 set 2015]. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2014/index.htm>
24. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial União*. 13 jun 2013.
25. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):682-92. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400011>
26. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Cien Saude Colet*. 2014;19(11):4457-66. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013>
27. Davini, MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.
28. Araújo DC, Melo MB, Brant LC, Viana FC, Santos MA. Vigilância sanitária e pesquisa-ação: a emergência de novas tecnologias no processo de trabalho e pesquisa. *Vigil Sanit Debate*. 2013;1(3):11-8.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.