

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Marcos Roberto Andrade de Melo

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO**  
**RECIFE**

**RECIFE**

2010

**MARCOS ROBERTO ANDRADE DE MELO**

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Gestão em Saúde Pública

Orientadoras: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Idê Gomes Dantas Gurgel

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

M528a            Melo, Marcos Roberto Andrade de.  
Ações de educação em saúde na vigilância sanitária do  
Recife/ Marcos Roberto Andrade de Melo. — Recife: M. R.  
A. de Melo, 2010.  
110 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) -  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo  
Cruz, 2010.

Orientadoras: Idê Gomes Dantas Gurgel e Paulette  
Cavalcanti de Albuquerque.

1. Vigilância Sanitária. 2. Educação em Saúde. 3.  
Promoção da Saúde. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II.  
Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. III. Título.

---

CDU 614.3

**MARCOS ROBERTO ANDRADE DE MELO**

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO  
RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Gestão em Saúde Pública

Aprovado em: 12 de agosto de 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Idê Gomes Dantas Gurgel  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Henrique Fernandes da Câmara Neto  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Valdilene Pereira Viana  
Universidade Federal de Pernambuco

A minha esposa Cristiane André Gomes, amiga e  
companheira,  
pelo apoio e tolerância nos meus momentos de angústia e  
impaciência,  
pelas noites acordada ao meu lado,  
pela construção de uma relação de respeito, admiração e  
cumplicidade,  
pelo nosso idealismo na busca de um mundo mais justo,  
pela sua sensibilidade e amor pela vida,  
por sempre incentivar a busca da realização de meus sonhos e  
acreditar que este projeto de vida era possível.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Clóvis Manoel de Melo, amigo e companheiro, porque, com a sua simplicidade, tem sido um grande incentivador da minha vida profissional.

A minha mãe, Maria do Socorro Andrade, pelas orações e palavras de incentivo e conforto.

Ao meu filho, Michael Ferreira das Neves Melo, pela amizade, carinho e respeito, e pelo tempo que ficamos distantes. Agora espero estar mais junto na nova fase da sua vida, dividindo as descobertas e os desafios.

Às minhas orientadoras, Dr<sup>a</sup>. Idê Gomes Dantas Gurgel, pelo acolhimento, ensinamentos e palavras de apoio nos momentos difíceis ao longo do mestrado, com sua forma tranquila de esclarecer as dúvidas, e Dr<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque, pelas contribuições que ajudaram a elucidar alguns caminhos incompreendidos em minha pesquisa.

À amiga, Bernadete Perez Coelho, pelo convívio profissional, convidando a refletir sobre as atividades profissionais e ainda pelo incentivo e colaboração no projeto de pesquisa.

Aos meus colegas de Mestrado, pelos momentos em que partilhamos sentimentos que ajudaram no processo de amadurecimento diante do desafio.

A Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde e aos meus colegas gestores e técnicos da Vigilância Sanitária do Recife, pela disponibilidade em conceder informações que constituíram o corpo dessa pesquisa.

Aos gestores com que convivi ao longo desses anos, na pessoa do amigo Antônio Carlos Borba Cabral, pelos intensos momentos de reflexão teórica, que serviram de base ao meu amadurecimento pessoal e profissional.

À Funcionária da Biblioteca do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Sr<sup>a</sup>. Márcia Saturnino, pelo profissionalismo com que desempenha suas funções, com gentileza, competência e carinho.

Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os  
homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.

Paulo Freire

MELO, M. R. A. **Ações de educação em saúde na Vigilância Sanitária do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

Nos últimos anos, a Vigilância Sanitária emergiu como foco de interesse nas políticas públicas voltadas para a promoção e proteção da vida. Tradicionalmente as ações de Vigilância Sanitária são normativas e funcionam com o olhar para a lógica das normas e regras, mas sua ampla abrangência possibilita ocupar um espaço privilegiado de promoção da saúde. Ela está relacionada com o controle de produtos e serviços presentes no cotidiano da população, o que lhe abre um espaço pouco explorado na Educação em Saúde. É necessário desenvolver ações capazes de aliar o saber técnico à garantia de espaços de envolvimento das pessoas na construção de políticas de saúde, para possibilitar mudanças de práticas, no campo da saúde coletiva, que potencializem a promoção da saúde. Com o objetivo de analisar como as ações de educação em saúde desenvolvidas pela Vigilância Sanitária têm contribuído para a construção da promoção da saúde na cidade do Recife, esse estudo utilizou entrevistas semi-estruturadas e pesquisa documental como técnicas de pesquisa, configurando-se como qualitativo exploratório-descritivo. Os dados foram analisados com base na técnica de análise do conteúdo dividido em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A análise de discurso permitiu identificar que as ações de educação em saúde foram associadas por gestores e técnicos à educação continuada em saúde, assim como não foram priorizadas nos planos de ação como também nos relatórios de gestão e, quando referidas, tinham a perspectiva tradicional por parâmetro. Concluiu-se que são necessárias ações de educação em saúde para a promoção em saúde a partir de uma perspectiva dialógica e, para tanto, há que sensibilizar e capacitar técnicos com relação à educação em saúde como um processo social.

**Palavras chave:** Vigilância Sanitária. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.



MELO, M. R. A. **Actions of health education in Sanitary Surveillance at Recife**. 2010. Dissertation (Professional Master in Public Health). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

### **ABSTRACT**

In recent years, Health Surveillance emerged as interest focus in public policies for promotion and protection of life. Traditionally the actions of Health Surveillance are normative and work objectifying the logic of norms and rules, but its broad scope enables to occupy a privileged space to promote health. It is related to the control of products and services daily present in the population's life, which opens up a space scarcely explored in Health Education. It is necessary to develop actions capable of combining technical knowledge to the guarantee of spaces for people's involvement in the construction of health policies, to enable changes in practice in public health field, that enhance health promotion. Aiming to analyze how the actions of health education, developed by the Health Surveillance, have contributed to the construction of health promotion in the city of Recife, this study used semi-structured interviews and documentary research as research techniques, setting up as exploratory and descriptive. Data were analyzed based on the technique of content analysis in four stages: pre-analysis, material investigation, treatment and interpretation of results. Within discourse analysis, one has identified that the actions of health education have been associate for managers and technicians with continuing education in health, and were not prioritized in the action plans as well as in management reports and, as such, had the traditional perspective per parameter. It was concluded that actions for health education are needed to promote health from dialog perspective and to this end, we must raise awareness and train technicians in relation to health education as a social process.

Key words: Health Surveillance. Health Education. Health Promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Características diferenciais entre as perspectivas hegemônica e dialógica da educação em saúde.....	29
Quadro 2 – Plano Municipal de Saúde relativo à Vigilância Sanitária .....	50
Quadro 3 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2006.....	51
Quadro 4 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2007.....	52
Quadro 5 - Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2008.....	54
Quadro 6 – Plano de ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2009.....	57
Quadro 7 – Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2006 .....	61
Quadro 8 – Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2007 .....	62
Quadro 9 – Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2008 .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANEPS – Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CETESB/SP – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

DEGETS – Departamento de Gestão de Educação em Saúde

DIEVS – Diretoria de Epidemiologia em Vigilância à Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DS – Distritos Sanitários

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTA - Doenças Transmitidas por Alimentos

GPS – Sistema de Posicionamento Global

HOME-CARE – Hospitais Residência

IEC – Programa de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MDDA - Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas

MOPS – Movimento Popular de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SBAC/PE – Regional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

SIMBRAVISA – Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária

SIVS – Sistema de Informação em Vigilância Sanitária

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SNVS/MS – Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGIPOS - Vigilância de Produtos Pós-Comercializados e Pós-Uso – Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Cosmetovigilância

VISA – Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVO</b> .....	16
<b>2.1 Geral</b> .....	16
<b>2.2 Específicos</b> .....	16
<b>3 MARCO REFERENCIAL</b> .....	17
<b>3.1 Compreendendo a promoção da saúde</b> .....	17
<b>3.2 A educação para promoção em saúde</b> .....	23
<b>3.3 A Vigilância Sanitária: elementos conceituais e históricos</b> .....	32
3.3.1 Vigilância Sanitária no Brasil.....	33
3.3.2 Municipalização da Vigilância Sanitária do Recife.....	38
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	41
<b>4.1 Desenho do estudo</b> .....	41
<b>4.2 Local de estudo</b> .....	41
<b>4.3 Período</b> .....	41
<b>4.4 Sujeitos do estudo</b> .....	42
<b>4.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados</b> .....	43
4.5.1 Entrevista semi-estruturada.....	43
4.5.2 Pesquisa documental.....	44
<b>4.6 Processamento e análise dos dados</b> .....	44
<b>4.7 Considerações Éticas</b> .....	45
<b>5 RESULTADOS</b> .....	46
<b>5.1 Caracterização da estrutura organizacional e das ações desenvolvidas pela VISA</b> ....	46
5.1.1 Estrutura organizacional.....	46
5.1.2 Análise do Plano Municipal de Saúde com ênfase na Vigilância Sanitária.....	47
5.1.3 Análise dos Planos de Ação da Vigilância Sanitária do período 2006-2009.....	50
5.1.4 Relatórios de Gestão de 2006 a 2008.....	60
<b>5.2 Promoção e educação em saúde na VISA: percepção de técnicos e gestores</b> .....	65
5.2.1 Missão da VISA.....	65
5.2.2 Compreensão sobre promoção da saúde.....	67
5.2.3 Compreensão sobre educação em saúde.....	68
5.2.4 Contribuição da educação em saúde para a promoção da saúde.....	69
5.2.5 Ações de educação em saúde desenvolvidas pela vigilância sanitária.....	70

<b>5.3 Obstáculos e estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde no âmbito da VISA.....</b>	<b>72</b>
5.3.1 Obstáculos para a educação em saúde na visa.....	72
5.3.2 Estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde.....	74
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>83</b>
<b>8 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro guia das entrevistas.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO B – Carta de Anuência.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO C – Plano Municipal de Saúde.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO D – Planos de ação de 2006 a 2009.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO E – Relatórios de Gestão de 2006 a 2008.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO F – Diário Oficial da União – nº 182, de 20 de setembro de 1990.....</b>	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Pelo fato de o processo saúde-doença ser um *continuum*, as ações de saúde também devem ser. Daí se entende a recomendação da Organização Mundial de Saúde (BONITA et al., 2006) para que as ações em saúde contemplem a prevenção e a promoção como estratégias articuladas à política de saúde (VALLA, 2001).

Segundo Campos (2007b), geralmente faz-se promoção e prevenção “sobre” os usuários e não “com” a participação ativa deles; desenvolvem-se ações sobre as pessoas e não com o envolvimento delas. Duas expressões semelhantes e um abismo entre elas: “Agir sobre” ou “Agir com” as pessoas?

Quando a educação em saúde é relegada ao segundo plano, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades oriundas de normas estabelecidas pela lógica política ou administrativa. Em contrapartida, quando se promove educação em saúde, a troca de experiências e práticas potencializa as ações de promoção à saúde, na medida em que os indivíduos se empoderam<sup>1</sup> de conhecimentos que lhes permitem compreender ativamente o processo saúde-doença. Esse empoderamento<sup>1</sup> permeia a promoção da saúde, na medida em que o aumento do poder da comunidade sobre seus destinos facilita a incorporação de condutas que melhoram a qualidade de vida (CARVALHO; GASTALDO, 2008) e são essenciais para que se cumpram os objetivos da vigilância sanitária.

A vigilância sanitária ampliou seu objeto de ação e seu modo de trabalho, por meio da inclusão de determinantes do processo saúde-doença e de qualidade de vida, incorporando em suas práticas as técnicas de educação em saúde. No entanto essa educação em saúde, fundamental para as ações de vigilância sanitária, precisam ser construída a partir da democratização de um conhecimento que estimule a incorporação de novas práticas da saúde coletiva, valorizando o saber e a autonomia das pessoas. A vigilância sanitária precisa ser olhada numa perspectiva ampliada, pois se constitui em uma área com conhecimento e capacidade de intervenção de promover e proteger a saúde das pessoas.

A Saúde Pública tem sido tema de grande produção acadêmica nos últimos anos. No entanto os estudos da história da vigilância sanitária apontam uma carência de sua valorização

---

1 A palavra empoderamento e suas variantes (empoderar, empoderado) derivam do verbete na língua inglesa *empowerment* (CARVALHO, 2004).

como campo de interesse das políticas públicas (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Embora tenha sido criada em 1976, pela Lei de Vigilância Sanitária, só emergiu como setor de interesse nas políticas públicas voltadas para a promoção e a proteção da vida com a promulgação da Lei Federal n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Posteriormente ganhou importância e passou a ser reconhecida como integrante dos mandamentos constitucionais e legais que ordenaram o sistema de saúde do Brasil, em 1998, a partir da criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), porém de maneira incompleta, visto que sofreu modificações apenas na estrutura administrativa, na autonomia financeira e na estabilidade gerencial, dado que seu âmbito de ação não era completamente visibilizado. Era conhecida primordialmente pelo poder de polícia (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Segundo Lefèvre et al. (2005), essa priorização do poder de polícia derivou também do incremento dos setores produtivos no país, das demandas sociais e econômicas em razão da ocupação desordenada do espaço urbano, dos fatores relacionados ao meio ambiente, trabalho, assistência à saúde, dentre outros aspectos presentes na realidade brasileira, na última década. Disso resultaram mudanças estratégicas nas áreas compreendidas pela vigilância sanitária, e a busca pela definição de seu papel em relação aos outros campos da saúde coletiva, como componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse âmbito de ação foi consolidado pelo Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), criado em 2005, com base nas conclusões da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, publicadas em 2007, como instrumento político, estratégico e pedagógico norteador, para possibilitar uma transformação positiva do contexto sanitário nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Observam-se diversos estudos voltados para estruturação do órgão, recursos humanos, financiamento e descentralização das ações, assim como uma escassez daqueles que abordam a temática educação em saúde das ações de vigilância sanitária, tanto na perspectiva hegemônica ou tradicional, como na perspectiva dialógica ou crítica.

Ainda que se considere que a resolutividade das ações de vigilância sanitária consistam, em última análise, na promoção e proteção da saúde das pessoas, sob o prisma da equidade voltada para os interesses sanitários, quando estes se contrapõem aos interesses econômicos, ela não pode se desvincular das práticas educativas voltadas para a saúde, especialmente numa sociedade em constante transformação, na qual se devem identificar o que os indivíduos sabem e no que acreditam, sentem e fazem, para que possam ser

programadas ações adequadas de formação para a consciência sanitária (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

O debate sobre a missão da vigilância sanitária enfrenta desde a sua origem, a questão do poder de polícia, com ações essencialmente normativas e fiscalizadoras. A vigilância sanitária tem tradição normativa e funciona com o olhar para a lógica das normas e regras. É importante deixar claro que a atuação da vigilância sanitária regulamentada através de leis, decretos e portarias, é fundamental para impor limites em defesa da saúde coletiva. No entanto, trata-se de perspectiva ainda restrita porque o simples exercício da autoridade sanitária não é suficiente para resolver problemas de saúde (CAMPOS, 2007a).

Neste sentido, essa pesquisa justifica-se pela carência de estudos que analisem as ações de educação em saúde na vigilância sanitária, numa perspectiva mais ampla, implementando mudanças que valorizem os saberes com a inclusão das pessoas, como estratégia de reorganização de modelo de atenção à saúde com participação efetiva da população. Os modelos de gestão instituídos ao longo do tempo no SUS, pautadas no autoritarismo, nas normatizações e em ações verticalizadas, produziram grandes distorções que dificultam progredir no modelo voltado realmente para o bem-estar coletivo.

A opção em estudar a vigilância sanitária se deu em função da busca por informações que possam contribuir para a reflexão de um setor da saúde que tem avançado significativamente em tecnologias e normatizações com ampliação das ações, mas com dificuldades de planejamento que inclua permanentemente a educação em saúde numa perspectiva dialógica ou crítica, bem como garanta à participação da sociedade na construção e acompanhamento da sua política, na perspectiva de avançar no modelo de produção de saúde com inclusão de sujeitos estimulando a autonomia das pessoas.

O despertar para a temática esteve relacionado com a inserção do pesquisador no contexto como componente da equipe técnica da Vigilância Sanitária da Cidade do Recife (VISA). Os anos de vivência na saúde coletiva despertaram reflexões e inquietações sobre a forma como as práticas em vigilância sanitária são essencialmente normativas, bem como sobre o distanciamento dos técnicos da VISA em relação à educação em saúde, que pode contribuir para a qualidade de vida dos munícipes.

O Sistema Único de Saúde apresenta avanços consideráveis ao longo de sua existência com experiências inovadoras. A própria vigilância sanitária tem realizado movimentos na busca de mudanças que traduzam para a sociedade uma competência mais ampliada que a tradicional. No entanto, ao que parece, as ações de educação em saúde desenvolvidas na VISA



têm sido incipientes e tímidas por demais, impedindo a transversalidade de ações, a inclusão de sujeitos com autonomia e dificultando uma mudança significativa no modelo de atenção existente.

A partir dessas reflexões, aponta-se como pressuposto que a VISA tem a sua atuação essencialmente pautada em normas e regras, voltadas principalmente para eventos, com ações pontuais de educação em saúde, gerando práticas tradicionais no campo da saúde coletiva que dificultam mudanças no modelo de atenção, voltado para o desenvolvimento da consciência sanitária.

Na perspectiva de tentar compreender melhor esse papel da vigilância sanitária na definição da atenção à saúde pautada pela promoção, esta pesquisa pretende alertar sobre um conjunto de questões que envolvem as práticas tradicionais de vigilância sanitária.

Diante do exposto, a pergunta condutora desse estudo é: Como a Vigilância Sanitária do Recife tem contribuído para a construção de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde, a partir do desenvolvimento de ações de educação em saúde?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as ações de educação em saúde desenvolvida pela Vigilância Sanitária na construção da promoção da saúde no Recife.

### **2.2 Específico**

- a) Caracterizar a estrutura organizacional e as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária, com ênfase nas ações de educação em saúde;
- b) Identificar a percepção de técnicos e gestores acerca do papel da Vigilância Sanitária, com ênfase no desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde;
- c) Identificar os principais obstáculos e estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde no âmbito da Vigilância Sanitária.

### 3 MARCO REFERENCIAL

#### 3.1 Compreendendo a promoção da saúde

A reformulação e ampliação do conhecimento no setor saúde na perspectiva de construção de outras condutas e propostas devem incluir desde a formação dos profissionais de saúde, até a reorganização de novas práticas de saúde coletiva que valorizem os saberes por meio da inclusão das pessoas, como estratégia de reorganização de modelo de atenção à saúde com participação efetiva de trabalhadores e usuários.

Segundo Valla (2001), a valorização do saber popular e da participação social está incluída na base conceitual da promoção da saúde, considerada como uma das funções essenciais da saúde pública, e como estratégia articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS. Ela possibilita pensar e operacionalizar ações para responder às necessidades sociais em saúde, dirigidas aos sujeitos e à coletividade (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Do ponto de vista histórico, Henry Ernest Sigerist foi um dos primeiros autores a empregar o termo promoção da saúde, ao afirmar que “a tarefa da medicina historicamente sempre foi a mesma: promover a saúde, prevenir as doenças, curar os enfermos e reabilitar, quando possível” (SIGERIST, 1941, p. 107), como também foi ele que afirmou que:

- [...] o programa de qualquer país, voltado para a promoção da saúde, deve
- 1) dar educação a todas as pessoas incluindo a educação em saúde;
  - 2) oferecer as melhores condições de vida e de trabalho,
  - 3) oferecer os melhores meios de descanso e recreação;
  - 4) dispor de instituições e pessoal de saúde, responsável pela saúde dos indivíduos, pronto e capaz de aconselhá-los a manter a saúde e atendê-los quando os meios de prevenção forem quebrados;
  - 5) dispor de centros de treinamento e pesquisa (SIGERIST, 1941, p. 104, tradução nossa).

Adotando o modelo da história natural da doença, posteriormente Leavell e Clark incluíram o conceito de promoção da saúde, com base nas interrelações entre ambiente, hospedeiro e agente etiológico, o qual permitiu a compreensão de situações reais e específicas, assim como passou a orientar os diferentes métodos de prevenção e controle (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O modelo de Leavell e Clark previa três níveis de prevenção: primário, secundário e

terciário, assim como estabelecia componentes distintos e medidas preventivas também diferentes para cada nível. Dentro desses níveis de prevenção, existem componentes distintos, nos quais poderiam ser aplicadas medidas preventivas (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Nas medidas de prevenção primária, estavam incluídas a promoção da saúde e a proteção específica. A prevenção primária deveria ser desenvolvida no período de pré-patogênese e poderia tanto estar voltada para cada doença ou desordem (proteção específica), quanto para o bem-estar e melhoria das condições de vida (promoção da saúde) (BUSS, 2003).

No entanto verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark não incluía, em seu modelo explicativo, os determinantes gerais sobre as condições de saúde, em oposição ao modelo explicativo que focalizava suas explicações na história social do processo saúde-doença:

A prevenção de doenças focaliza aspectos biológicos e não considera, nas suas estratégias de “dispor de maneira que evite”, a dimensão histórico-social do processo saúde-doença e, portanto, não inclui, nas suas formas de ação, políticas públicas saudáveis e intersetoriais que dêem conta dos determinantes sociais, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2007, p. 646-647).

A base do discurso preventivo era o conhecimento epidemiológico, com o olhar para o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas, mas a promoção da saúde definia-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que a prevenção. A promoção envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e a autonomia dos sujeitos, o que não pode ser garantido por uma única área de conhecimento e apenas pelas práticas (CZERESNIA, 2005).

Por esses motivos, a partir dos anos 70, com a criação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, no Canadá, conhecido como Informe Lalonde, iniciou-se o processo de reconceitualização da promoção. Esse documento estabelecia que o campo da saúde deve contemplar quatro componentes a serem considerados na implementação de políticas governamentais: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (LALONDE, 1996).

A motivação central do Informe Lalonde pareceu ter sido aspectos políticos, técnicos e econômicos, pois buscou enfrentar os altos custos da assistência médica, bem como se apoiou no questionamento sobre a baixa resolutividade da medicina na resolução dos problemas de saúde (BUSS, 2003).

Apesar do reconhecimento da importância do relatório Lalonde, deve-se considerar que seu ponto de partida foi o pressuposto de que caberia aos indivíduos assumir a responsabilidade sobre os efeitos nocivos à sua saúde, em função de seus hábitos de vida. Este pensamento pode provocar a culpabilização de grupos populacionais menos favorecidos por problemas de saúde, cuja determinação estava fora de seu alcance de opção ou decisão (CARVALHO, 2004).

No entanto, é preciso considerar que a promoção da saúde contempla dois momentos históricos. O primeiro consiste nas atividades focadas no estilo de vida e depende da transformação do comportamento dos indivíduos e de suas famílias, assim como do ambiente da comunidade, com tendência a se concentrar nos componentes educativos, relacionados a riscos comportamentais passíveis de mudança, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nesta abordagem, fatores que estavam fora do controle individual, não pertenciam ao âmbito da promoção da saúde (SUTHERLAND; FULTON, 1992 *apud* BUSS, 2005).

No segundo momento, que caracteriza o conceito mais moderno de promoção da saúde, é reconhecida a influência dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, de forma que ela é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Dessa forma, as atividades devem estar mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, por meio de políticas públicas e da criação de espaços favoráveis ao desenvolvimento da saúde, permeados de ações de reforço da capacidade dos indivíduos e da comunidade em atuar sobre esses espaços. Assim posto, a promoção da saúde diferencia-se da prevenção, embora frequentemente os dois conceitos sejam considerados erroneamente como sinônimos (SUTHERLAND; FULTON, 1992 *apud* BUSS, 2005).

Este segundo momento teve início com a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, como expressão da necessidade de novas políticas públicas capazes de assegurar promoção, proteção, cura e reabilitação de todos os indivíduos, por meio de parcerias que envolvessem os poderes constituídos, as organizações não governamentais, a sociedade e cada um dos indivíduos, pressupondo a educação para a saúde como um dos requisitos primordiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Na medida em que os debates sobre promoção e prevenção da saúde foram evoluindo, percebeu-se a necessidade de uma conceituação de promoção da saúde, o que motivou a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, da qual resultou o documento-referência para o desenvolvimento das idéias de Promoção da

Saúde, conhecido como Carta de Ottawa, no qual foram acordados cinco eixos centrais de ação, compreendendo: políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A Carta de Ottawa define 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. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1).

Desde a Conferência de Ottawa, outras cinco Conferências Internacionais de promoção da saúde foram realizadas: em Adelaide (Austrália), em 1998 em Sundsvall (Suécia), 1991, em Jacarta (Indonésia), em 1997, na Cidade do México, em 2000, e em Bangkok (Tailândia), em 2005. Em todas elas foi reforçada a importância da participação comunitária como elemento capaz de potencializar as ações de promoção da saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Em 2006, a Organização Mundial de Saúde, na tentativa de padronizar internacionalmente os níveis de prevenção em saúde, recomendou que fossem acolhidas as determinações dessas conferências internacionais, assim como estabeleceu quatro níveis de prevenção: primordial, primário, secundário e terciário. No nível primordial, caracterizou as ações voltadas para todos os indivíduos, independente de sua condição de saúde, como forma de os educar para a saúde, ou seja, se apoderarem dos conhecimentos necessários à diferenciação entre comportamentos saudáveis e comportamentos nocivos. Admitiu no nível primordial que o processo educativo em saúde deveria ocorrer buscando os saberes dos indivíduos, mas deveria ser facilitado pelo Estado (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2006).

A promoção da saúde deve estar presente nos projetos de governo, com destaque estruturante nas propostas de vigilância à saúde, admitindo a participação da comunidade nos processos decisórios relacionados às ações de saúde, como estratégia central. Assim sendo, há a necessidade de que as ações de saúde sejam capazes de fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos e de que estimulem processos de auto-ajuda, buscando implementar novas práticas de educação em saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008), premissa que passou a ser admitida também no eixo V do PDVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA

SANITÁRIA, 2007), em 2007.

Na Portaria nº. 687 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde, foram estabelecidas como diretrizes, equidade; integralidade das ações; participação social; intersetorialidade das ações; pesquisa em promoção da saúde; comunicação e informação, admitindo como objetivo geral das ações condicionantes do processo saúde-doença, uma concepção ampliada da saúde.

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade 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, p. 17).

Apesar de a Política Nacional do Ministério da Saúde admitir a participação comunitária como estratégia de promoção da saúde, sua linha de ação está voltada para a mudança do comportamento dos indivíduos (citada como habilidade e atitude, na Carta de Ottawa), ao invés da formulação de políticas voltadas para a cidade e os ambientes saudáveis ou para o reforço à ação popular (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Essa linha de ação, que preconizava a mudança de comportamento, parece destoar do conceito de empoderamento<sup>2</sup>, admitido como o incremento do poder das comunidades, a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino – uma estratégia-chave da nova promoção da saúde, a qual procura possibilitar, a cada indivíduo e ao coletivo, a vivência das distintas etapas da vida, lidando com as limitações impostas por eventuais enfermidades, pelo empoderamento psicológico e social/comunitário (CARVALHO, 2004).

O empoderamento psicológico está relacionado com a possibilidade que os indivíduos têm de desenvolver “um sentimento de maior controle sobre a própria vida, [...] e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (CARVALHO, 2004), mas ele é insuficiente para instrumentalizar práticas que logrem a distribuição de poder e de recursos da sociedade, porque há:

[...] uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles se encontram inseridos (CARVALHO, 2004, p. 1090).

Uma das formas de propiciar ou facilitar o empoderamento psicológico é a formulação de estratégias de promoção para fortalecer a auto-estima e o desenvolvimento de mecanismos

---

2 A palavra empoderamento tem sua origem no verbete da língua inglesa *empowerment* (CARVALHO, 2004).

de auto-ajuda e de solidariedade, por meio de práticas educativas, as quais contribuem para a formação da consciência sanitária. Nessas práticas educativas, empregam-se métodos pedagógicos sistematizados, permanentes, com técnicas focais e de *marketing* social, buscando a manutenção da harmonia social e a criação de relações saudáveis do indivíduo com seu meio externo (CARVALHO, 2004). Com isso, o empoderamento psicológico pode se transformar em um mecanismo de regulação e de controle social, dando a falsa impressão de aumento de poder (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O empoderamento comunitário/social, por sua vez, pode ser considerado como um processo que conduz à legitimação de grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, tem a possibilidade de remover barreiras limitantes de uma vida saudável, atuando conjuntamente com o empoderamento psicológico. O empoderamento comunitário/social possibilita processos que procuram promover a participação social voltada para o aumento do controle sobre a vida, por parte dos indivíduos e da comunidade, a melhoria da qualidade de vida, a eficácia política e maior justiça social (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Assim posto, o empoderamento comunitário/social é um elemento-chave para a politização das estratégias de promoção à saúde e exige uma educação para a saúde voltada para o diálogo, objetivando a superação de métodos que reforçam o exercício de poder sobre o outro, para o exercício de poder com o outro, através da criação de espaços dialógicos. Nessa ótica, para que a promoção à saúde ocorra com empoderamento comunitário/social é necessária a divisão de poder – nem o usuário do setor saúde é um receptor passivo do que lhe é dito, nem o profissional de saúde é um simples repassador de informações; eles partilham poder na divisão de saberes distintos, mas complementares e essenciais para a promoção à saúde (CARVALHO, 2004; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O empoderamento é um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição de poder, levando a um acúmulo e a um desacúmulo de poder, nas esferas pessoal, social, política e intersubjetiva, na dependência do compartilhamento de conhecimentos, da ampliação da consciência crítica e da participação dos cidadãos na gestão e na condução do poder público, o que gera tensão (CARVALHO, 2004; MENDES, 2008). Se a gestão for autoritária, a participação das pessoas pode ser usada para legitimar ou cooptar, buscando consenso para que se aceitem as decisões políticas, mesmo que sejam em detrimento da promoção à saúde. Se os compromissos forem democráticos, há a possibilidade de criação de condições para ruptura dessa lógica, fazendo emergir a participação comunitária com empoderamento comunitário/social (MENDES, 2008).



A Carta de Ottawa sinalizou a importância da participação comunitária como estratégia de promoção da saúde, o reforço da ação comunitária na fixação de prioridades e nas decisões, implicando em um acesso contínuo a informações e oportunidades de aprendizagem e tomou como centro do processo o empoderamento. Significa que o desenvolvimento das comunidades deve se dar por sistemas flexíveis de reforço da participação popular, por empoderamento comunitário, que inclui a experiência subjetiva, psicológica, e a realidade objetiva de condições estruturais modificáveis pela redistribuição de recursos (CARVALHO, 2004).

Como o empoderamento social, faz-se a partir das práticas de educação em saúde e da comunicação, na perspectiva da promoção da saúde, ele requer a reorientação das práticas de vigilância à saúde. Por isso, O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007), partindo das proposições da promoção da saúde, argumentam que a vigilância sanitária, enquanto co-responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção, contribui para o reforço da consciência sanitária por intermédio da informação e da comunicação.

No entanto, 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 em vigilância sanitária, é necessário considerar as concepções tradicional, voltada para a educação formal, rígida, detentora de verdades apriorísticas e técnicas, e a pedagogia dialógica, crítica e reflexiva, que valoriza o saber do outro.

### **3.2 A educação para promoção em saúde**

O trabalhador da saúde, tal como o da vigilância sanitária, desempenha um papel educativo baseado na compreensão de que o trabalho em saúde exige reflexão e ação, ambas com o objetivo de alcançar a transformação da realidade, componentes básicos para o trabalho educativo, especialmente quando o objetivo são as atividades de prevenção e promoção da saúde, levando em consideração a concepção de educação mais adequada para o trabalho educativo em saúde (AERTS et al., 2004).

A compreensão de educação como um ato normativo, no qual a prescrição (ato de indicar o que deve ser feito e o modo de fazê-lo) e a instrumentalização (ato de ensinar ou repassar uma técnica ou ainda treinar o manuseio de ferramentas para o trabalho)

predominam, reduzindo o sujeito a objeto passivo da intervenção educativa, encontra correspondência em uma compreensão limitada de saúde. Em outras palavras, esta concepção de educação reduz o trabalhador da saúde a um mero reprodutor de normas; e a população atendida, a um simples depósito de informações. Outra concepção sobre educação é reconhecê-la como um processo que não tem como objetivo adaptar o homem às condições econômicas, sociais e políticas em que vive, e, sim, possibilitar que este homem se perceba como autor social, podendo alterar essa sociedade (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2007).

Morosini, Fonseca e Pereira (2007) destacam que educar é comunicar e que o trabalhador da saúde que educa, comunicando de fato, estabelece um processo bidirecional em que os atores da comunicação invertem os papéis ao longo da informação. De um lado, o trabalhador de saúde repassa seu conhecimento, adquirido no exercício profissional, e a população recebe essa informação, e, por outro lado, a população comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e o trabalhador, com quem dialoga, o absorve. Dessa forma, os discursos são repetidamente traduzidos e retraduzidos, permitindo a compreensão e a apreensão das informações pelos dois atores, com igual clareza.

No livro *Pedagogia da Autonomia*, Paulo Freire, alerta: “*Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção*” (FREIRE, 2005, p. 47). Essa concepção de Paulo Freire condiz com as tendências progressistas da pedagogia crítico-social que “[...] *parte de análises críticas das realidades sociais e sustentam implicitamente as finalidades sociopolíticas da educação*” (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2007, p. 22).

As teorias progressistas ou críticas têm em comum o posicionamento em favor de uma educação emancipadora, que visa à construção de um cidadão questionador, crítico e ativo. Assim, a educação tem um componente ético e que precisa promover a idéia de que a solidariedade é necessária para a construção de um mundo melhor, menos violento, portanto, mais saudável (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2007). No entanto, essas teorias se contrapõem ao conceito de saúde-doença centrado apenas nos aspectos biológicos, o que se constitui em um dificultador da educação para a saúde.

Desde o século XVIII, construiu-se uma forma de olhar a saúde e a doença que se baseia exclusivamente na explicação científica das profissões da área de saúde, portanto centrada na teoria mecanicista, que, reforçada nos cursos de graduação e de formação técnica, passa a ser admitida como o modelo ideal (STOTO, 2008).

No entanto saúde não é só a ausência da doença; é também consequência das condições de vida, incluindo alimentação, moradia, salário, participação nas decisões, educação, paz e justiça social. Os países reconhecem que não é suficiente ter bons hospitais e fornecer medicação adequada à população; é necessário garantir-lhe qualidade de vida (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Em outras palavras, é necessário considerar o interdiscurso entre o ponto de vista dos profissionais de saúde e a concepção popular de saúde, baseada no senso comum e na religiosidade da maioria das pessoas que adoecem e sofrem, visto que os problemas de saúde, ao provocarem a desorganização da vida, despertam questionamentos a respeito do adoecer, como “Por que adoeci? O que eu fiz para ter e merecer isso”? Os profissionais de saúde não são capazes de responder tais indagações. Foram treinados para o questionamento mecanicista e a questão de sentido somente pode ser respondida com base em referências culturais, quase sempre religiosas (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Nesse sentido, David (2001, p. 43) argumenta que:

Precisamos entender as práticas espirituais ou religiosas como um elemento que está incorporado às formas populares de enfrentamento dos problemas, sobretudo os de saúde. Não é raro que, nas comunidades, as pessoas busquem os espaços de expressão religiosa nos momentos de dificuldade de uma família ou pessoa. Mesmo pessoas de inserções religiosas diferentes podem vencer as barreiras dos dogmas de cada religião e estabelecer processos solidários de suporte espiritual para aqueles que estão sofrendo.

Esse argumento facilita compreender a complexidade como as pessoas das classes populares percebem e explicam os problemas de saúde, entremeando-os nas concepções de mundo, de vida e de morte, de justiça social, de ambiente saudável, de felicidade e bem-estar e transcendência. Essa concepção popular se apresenta como um mosaico, em que os fragmentos de experiências e saberes diversos são usados como recursos de enfrentamento dos problemas, conforme a ocasião, as possibilidades existentes e o que se acredita ser melhor (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Todavia, a leitura popular do adoecer é percebida pelos profissionais de saúde como “simplória” ou “ignorante”; não reconhecem outra forma de saber sobre saúde. A forma de expressão das pessoas que não tiveram acesso à educação formal não pode ser interpretada como ignorância ou fruto da pobreza, pois seria desconhecer suas reais potencialidades e sujeitá-las à ordem social dominante (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Ao longo dos anos, a educação hegemônica em saúde tem sido um instrumento de saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde, com

baixa atuação na promoção da saúde de forma mais ampla. Como forma alternativa a essa política dominante, só recentemente muitos profissionais têm trabalhado com a educação popular, como um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas nos serviços de saúde, valorizando o saber do outro e entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil estava subordinada aos interesses das elites políticas e econômicas, e prestava-se à imposição de normas e comportamentos por elas adotados. Com a revolução de 1964, o governo militar criou, contraditoriamente, condições para a emergência de uma série de experiências em educação em saúde, expandindo-as aos serviços médicos privados, principalmente hospitais, nos quais as ações de educação em saúde não tinham espaço significativo. Com o esvaziamento dos partidos políticos e sindicatos, em decorrência da repressão política e militar, a Igreja Católica possibilitou o engajamento de intelectuais a esse movimento, constituindo a educação popular sistematizada por Paulo Freire, como método que permeava a relação entre intelectuais e classes populares (VASCONCELOS, 2004).

Com a mudança de regime, novas formas de organização política aumentaram a aproximação dos intelectuais com as classes populares, configurando iniciativas na busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o acadêmico, como também impulsionaram os profissionais de saúde a buscar outra forma de organização das ações, mais integradas à dinâmica social local, talvez para fugir das práticas mercantilizadas e tornadas rotina dos serviços que desconsideravam o cidadão e o viam apenas como doentes (CECCIM, 2005).

As primeiras experiências de serviços comunitários de saúde surgiram desvinculadas do Estado, por iniciativa de movimentos sociais emergentes, como o Movimento Popular de Saúde (MOPS), da zona leste da cidade de São Paulo. Essa foi a experiência mais divulgada porque conseguiu aglutinar centenas de experiências de educação popular baseadas nas trocas de conhecimento entre os atores envolvidos. A participação dos profissionais de saúde nessas experiências significou uma ruptura com a tradição normativa e autoritária da educação em saúde e inaugurou uma nova maneira de pensar promoção e prevenção de saúde (VASCONCELOS, 2004).

Essas vivências de educação popular em saúde desnudaram um fosso cultural entre os serviços de saúde e a população e, no período de 1975 a 1985, compuseram o ideário do Movimento da Reforma Sanitária, contribuindo para as proposições da VIII Conferência

Nacional de Saúde ocorrida em 1986. Apesar disso prevaleciam o modelo biomédico na atenção da saúde e a separação dos serviços de saúde e a população (STOTZ; DAVID; UN, 2005).

O grande dificultador para o processo de construção e consolidação Sistema Único de Saúde e a difusão da educação popular, enquanto instrumento de promoção e prevenção em saúde foi uma democratização “pactuada pelo alto”, entre os militares e os políticos, consubstanciada na eleição indireta para o primeiro governo civil (1985), como imposição das alianças políticas que sustentavam a instituição (STOTZ; DAVID; UN, 2005).

As experiências de educação popular e a conscientização dela derivada, favoreceram o surgimento da Educação Popular em Saúde, como movimento social, o que motivou, em 1991, a realização do I Encontro Nacional de Educação em Saúde no qual foi criada a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, a qual, em 1998, passou a denominação de Rede de Educação Popular em Saúde. A importância dessa Rede foi a conscientização de profissionais de saúde de que as relações educativas nos serviços de saúde exigiam práticas de educação popular (STOTZ; DAVID; UN, 2005).

A unidade de propósitos dos participantes do movimento consiste em trazer, para o campo da saúde, a contribuição do pensamento freiriano, expressa numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população. É importante ressaltar, na identidade do pensamento de Paulo Freire e a dos participantes do movimento de educação popular e saúde, a convergência de ideologias aparentemente díspares, quais sejam, o cristianismo, o humanismo e socialismo (STOTZ; DAVID; UN, 2005, p. 5).

Apesar do movimento social, representado pela Rede de Educação Popular em Saúde, a política oficial do Ministério da Saúde, até o final da década de 1990, enfatizava atividades de massa, como forma de garantir “maior impacto” das ações, em concordância com o Programa de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (IEC), financiado predominantemente pelo Banco Mundial, relegando a educação popular em saúde ao grupo das ações “alternativas” (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Em Pernambuco, foi integrada ao Projeto Nordeste a estruturação das ações de educação popular em saúde e dos núcleos de educação popular, cuja atuação representou um começo para implantação dessa política na região com bons resultados, apesar do pequeno número de profissionais capacitados. Ações como esta fizeram com que o Ministério da Saúde criasse o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGETS), no qual foi estruturada a Coordenação de Educação Popular, com incentivo aos movimentos e práticas de educação

popular à saúde de todo o país. Essas experiências ganharam visibilidade a partir da criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), da divulgação de literatura sobre o tema e da criação de um grupo de trabalho pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

É interessante ressaltar que a resistência que o Ministério da Saúde demonstrou em aceitar a educação popular em saúde, já era evidente na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, na qual a única referência ao termo educação está incorporada implicitamente na “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e de atividades preventivas” (BRASIL, 1990, p. 18055), refletindo uma dificuldade governamental em conceituar a saúde de forma mais ampla e considerar a educação como um instrumento para a garantia de melhores condições de saúde, assim excluindo-a do campo de atuação do SUS. Apesar disso e como contra-senso, a educação em saúde e demais ações de promoção da saúde são descritas como parte integrante de todos os programas ministeriais (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Mesmo diante do sucesso da educação em saúde da referência dela nos programas de governo e nas diretrizes de saúde do Ministério, na prática de promoção em saúde, as ações educativas são insipientes; as atividades de educação em saúde são realizadas, muitas vezes, de acordo com o interesse individual dos profissionais ou em virtude do programa da ocasião ou da epidemia em vigência, sem garantir sua continuidade junto à comunidade, estimulando autonomia e conscientização (CARVALHO, 2004; CECCIM, 2005; PELICIONI; PELICIONI, 2007). Poucos são os relatos de experiências de educação popular em saúde nos serviços, frequentemente atribuídos à falta de apoio das gestões municipais e estaduais, que em alguns casos se configura de forma concreta quando não viabilizam condições mínimas para as atividades educativas, como espaço físico, equipamentos, materiais educativos, audiovisuais e de apoio, demonstrando a priorização tecnológica ou técnica, em detrimento das necessidades sociais que alicerçam e alavancam o SUS (CECCIM, 2005; PIOVESAN et al., 2005).

As práticas de educação em saúde permitiram estabelecer comparações entre modelos, os quais serão denominados, nesta dissertação, de perspectivas para melhor exprimir um conjunto de características pelas quais as propostas educacionais podem ser aplicadas às ações em saúde. As perspectivas hegemônica e dialógica, relevantes para a presente pesquisa, foram sistematizadas por Alves (2004) e estão apresentadas no Quadro 1, no qual devem ser ressaltados a concepção de doença e os objetivos da prática educativa, primordialmente.

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. Ela propõe a constituição de sujeitos para a transformação de condições de vida e saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida; considera a produção social no processo saúde doença, assim como tem o enfoque na promoção da saúde, características em que difere da perspectiva hegemônica.

Características	Perspectiva hegemônica	Perspectiva dialógica
Concepção de saúde	Ausência de doença	Produção social do processo saúde-doença
Concepção de educação	Ato de depósitos de conhecimentos e valores	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com ou outros
Concepção de homem: Usuários Profissionais	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objetos da prática educativa  Detentor do saber técnico-científico com status de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas  Detentor de uma saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo com o saber popular
Enfoque da prática educativa	Centrado na doença	Centrado no sujeito, a que se destina a prática educativa
Enfoque em saúde	Estritamente preventivista	Enfoque promocional
Objetivos da prática educativa	Redução dos riscos; prevenção das doenças e agravos à saúde	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida
Espaços educativos	Falta de unidade entre prática educativa e as demais práticas em saúde; contextos formais como os grupos educativos	Integração entre assistência e educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa, palestras, folhetos, cartazes, etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão
Ponto de partida	Conhecimento científico, diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos dos problemas de vida, sujeitos da prática educativa	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e co-responsabilidade no diagnóstico

**Quadro 1 – Características diferenciais entre as perspectivas hegemônica e dialógica da educação em saúde**

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

Oliveira (2005) também apresenta duas perspectivas de educação em saúde. A perspectiva tradicional, voltada para prevenção das doenças, baseia-se na persuasão dos indivíduos como forma de adoção de modelos de vida saudável ou comportamentos considerados pelos profissionais como adequados para a saúde. Em contraposição, a concepção de educação radical caracteriza-se por estimular a consciência crítica dos sujeitos e promover a saúde no sentido positivo através de quatro estágios: fomentar a reflexão sobre aspectos da realidade pessoal; estimular a busca e reflexão coletiva das causas dessa realidade; examinar as implicações dessa realidade e, por fim, desenvolver um plano de ação dessa realidade (OLIVEIRA, 2005).

Voltando a atenção da educação em saúde para a promoção da saúde e admitindo que essa promoção deva ser feita com a participação comunitária, é necessário que se conceitue o objetivo dessa participação.

No entender de Pelicioni e Pelicioni (2007, p. 325), a construção da participação comunitária se inicia:

[...] quando várias pessoas resolvem compartilhar suas necessidades, aspirações e experiências, com o objetivo de melhorar suas condições de vida e, para tanto, se encontram, se organizam, definem prioridades, estabelecem tarefa, determinam metas e estratégias de acordo com os recursos existentes, aí incluídos os financeiros, materiais, técnicos e humanos, e aqueles que poderão ser obtidos por parceria.

Dessa forma, a perspectiva de educação radical de Oliveira (2005), que parte dos mesmos princípios que a perspectiva dialógica de Alves (2004), parece mais adequada à criação da consciência sanitária, ou seja, da construção de valores voltados para a qualidade de vida, para a promoção da saúde, enquanto processo.

Buscaram-se na literatura artigos ou relatos de experiências que se contrapusessem ao argumento de Pelicioni e Pelicioni (2007) quanto ao processo de construção da participação comunitária para a promoção em saúde, adotando como premissa que a perspectiva educacional tradicional ou hegemônica poderia permitir essa construção, já que os instrutores detinham o saber técnico-científico e poderiam melhor direcionar o olhar da população para um estilo saudável de vida. É interessante notar que poucos são os estudos dedicados a essa questão voltada para a Vigilância Sanitária e todos empregaram a perspectiva dialógica. Essa constatação parece ser uma evidência de que a educação em saúde, erigida com base no direito e na responsabilidade dos munícipes de participar da promoção como atores ativos, a partir de decisões que considerem viáveis, pode ser o instrumento que se tem buscado na Vigilância Sanitária para uma condição de vida mais humana e mais saudável.



Na presente dissertação, dois atores estão envolvidos: a população em geral, para a qual a educação, aqui denominada educação em saúde, tem por objetivo a construção da consciência sanitária, e os profissionais de vigilância sanitária, cujas atividades de educação merecem algumas considerações.

Após a graduação ou a formação técnica dos profissionais em saúde, há a necessidade de permitir ao indivíduo o desenvolvimento ou a revisão de novos critérios ou capacidades que lhes possibilitem resolver problemas de ordem prática, no desempenho de suas funções. Grande parte dessa aprendizagem, historicamente, tem sido feita por meio de atividades que reproduzem a perspectiva escolar, de sala de aula, centradas na relação isolada professor ou instrutor-aluno, sem a interação social com o ambiente, perspectiva esta denominada educação continuada, na qual se emprega a perspectiva hegemônica. Nessa perspectiva, o conhecimento é fragmentado, tecnicista e isolado da realidade dos alunos, porque é padronizado (LOPES et al., 2007).

Na Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde, o modelo de educação continuada é assim descrito (BRASIL, 2009, p. 41):

[...] O modelo pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real do trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. [...] É praxe, posteriormente, organizar uma “cascata” de encontros, das equipes centrais até os grupos de nível operativo, por intermédio de multiplicadores. A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas de trabalho.

A educação continuada tem como características ainda ser uma estratégia descontínua de capacitações, que ocorrem periodicamente, porém sem sequência constante, e desconsiderar a perspectiva de equipe de trabalho e os diversos grupos envolvidos, embora todos, e cada um dos treinandos, tenham ideias, noções e compreensões acerca das ações de saúde e dos processos de enfrentamento de problemas (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005).

Com a modificação do sistema de saúde, os debates foram evidenciando a necessidade de alterar o método educacional dos profissionais para que sua atuação estivesse mais voltada para as comunidades e a sociedade em geral (PELICIONI, PELICIONI, 2007). Baseado no enfoque Freiriano de construção da intimidade cultural, além da necessidade de atender às mudanças organizacionais, foi construída a educação permanente de profissionais em saúde, a qual tem como pressupostos: incorporar o ensino e o aprendizado ao contexto real em que ocorrem as práticas sociais e laborais; problematizar o próprio fazer profissional; colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de

ação, ao invés de receptores, favorecendo uma estrutura de interação e, por fim, ampliar os espaços educativos para fora sala de aula, para os espaços comunitários e sociais (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005).

A educação permanente obedece ao método dialógico, na medida em que deve ser concebida como uma contínua aprendizagem, cuja duração se confunde com a vida profissional; está presente em todos os momentos da carreira e embasa suas ações nas necessidades da população, reconhecendo a possibilidade de participação de todos os sujeitos sociais (LOPES et al., 2007; MASSAROLI; SAUPE, 2005).

O envolvimento das pessoas na construção de políticas de saúde possibilita mudanças de práticas no campo da saúde coletiva com reformulação de modelos de atenção. Deve-se considerar que a atuação da Vigilância Sanitária precisa estimular ações educativas com desenvolvimento de consciência sanitária para a promoção da saúde.

### **3.3 A vigilância Sanitária: elementos conceituais e históricos**

A Vigilância Sanitária constitui a forma de pensar e tratar os efeitos sobre a saúde humana e ambiental relacionados a produtos, serviços, tecnologias e intervenções de diversas naturezas no meio ambiente e é a mais antiga face da Saúde Pública. Desde a antiguidade, vem tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade que geram ameaças à saúde e à vida derivados dos mais diversos modos de produção de vida social (COSTA, 2001).

O controle sanitário tem origem no conjunto de medidas que as sociedades, no decorrer do tempo, estabelecem visando impedir ou diminuir riscos e danos à saúde da coletividade. Neste sentido, o controle sanitário se põe, desde a origem, na lógica da racionalidade de ordenação normativa do que ameaça a vida em sociedade e, desse modo, adquire características de controle da vida social (COSTA, 1999, p. 78).

Costa e Rozenfeld (2005) referem que uma das principais características das sociedades modernas é o consumo sempre crescente de mercadorias, bens e serviços, incluídos os produtos de interesse sanitário, tecnologias médicas e serviços. Esse consumo está distante das reais necessidades das pessoas. Não se baseia em escolhas livres e conscientes, mas em um sistema de necessidades, determinado pela organização social, decorrente do modo de produção capitalista, cujo móvel é o lucro. Para tanto, cria-se o imperativo de produzir e de vender, em escala crescente, não apenas produtos que aprimoram o bem-estar dos homens, mas também velhos produtos “maquiados” ou novos produtos elaborados para atender fictícias necessidades, ou necessidades artificialmente criadas. Um

complexo sistema de propaganda alimenta as necessidades, num processo coletivo que aprisiona as vontades individuais e estimula incessantemente o consumo.

A ideologia do consumo transforma as coisas e as pessoas em objetos de compra, mascaram as diferenças entre os vários segmentos da sociedade e simula a igualdade entre todos. Na dinâmica contraditória deste processo, são gerados muitos danos à saúde do consumidor e da coletividade, assim como ao meio ambiente (COSTA; ROZENFELD, 2005).

Na verdade, contudo, nem todo o enfrentamento dessas questões é de competência exclusiva da Vigilância Sanitária, assim como nem todas as ações de interesse para a saúde podem ser encontradas na esfera de atuação do setor saúde. A evidência de tal afirmação tem como base o reconhecimento, inclusive constitucional, de que as condições de saúde estão vinculadas às políticas sociais e econômicas implementadas e ao acesso às ações e serviços destinados, não apenas a sua recuperação, mas, também, a sua proteção e promoção (DALLARI, 2008).

A Vigilância Sanitária, enquanto conjunto de ações de proteção à saúde dos indivíduos, foi um processo construído historicamente na sociedade moderna, em resposta a numerosos casos de graves prejuízos à saúde coletiva e verdadeiros desastres com elevado número de mortes ou seqüelas relacionadas ao consumo de produtos e serviços, que buscavam satisfazer as exigências e necessidades da população. Essa construção se fez pela identificação de novas fontes de risco à saúde, a partir dos desenvolvimentos do conhecimento das ciências, que permitiram identificar a necessidade de regulamentação e controle sanitário, especialmente nas primeiras décadas do século XX (LUCCHESI, 2006).

A criação de órgãos e mecanismos de implementação e controle da produção e da comercialização de bens e serviços com potencial risco à saúde pública respeitou as construções sociais de cada país, para que estivessem adequados aos sistemas produtivos, à realidade social e às culturas, mas também respondessem positivamente à intensificação da circulação de pessoas e bens. Por esse motivo, cabe resgatar brevemente a história da Vigilância Sanitária no Brasil.

### 3.3.1 Vigilância Sanitária no Brasil

Em 1808, com a chegada da família real portuguesa, ocorreram profundas mudanças relacionadas com a inserção do Brasil nas transformações da ordem capitalista e mercantilista mundial, exigindo a organização sanitária e o início de transformações no saber e nas práticas

sanitárias. Com a incorporação do Brasil nas rotas comerciais inglesas, intensificou-se o fluxo de embarcações e a circulação de passageiros e de mercadorias, aumentando assim, a necessidade de controle sanitário com os objetivos de prevenir a disseminação de doenças epidêmicas e facilitar a aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional (COSTA; ROZENFELD, 2005).

Com o Regimento da Provedoria, em 1810, iniciou-se um novo tipo de prática, baseada no modelo da polícia médica, modelo difundido na Europa, estabelecendo o controle sanitário dos portos, controle de alimentos, inspeção de matadouros e açougues, boticas, drogas e medicamento (BRASIL, 2005).

Após a Independência, decretou-se a municipalização dos serviços de saúde com as Câmaras Municipais passando a organizar seus Regimentos. Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia, uma importante aliada do Estado que colaborou com a elaboração do Código de Posturas do Rio de Janeiro, o qual estabelecia normas para o exercício de diversas atividades de interesse sanitário, como a prática da licença no controle de fábricas (COSTA; ROZENFELD, 2005).

A partir do processo de descentralização dos serviços, a organização sanitária passou por reformas e pela ampliação de suas funções sem estruturação técnica, financeira e administrativa dos Estados e Municípios, para que esses assumissem suas competências. Em decorrência dessas precariedades, em 1849, com o surgimento de epidemias, revogou-se a lei que autorizava a municipalização, retornando-se ao modelo centralizador dos órgãos (BRASIL, 2005).

Nesse cenário, a formação da nação brasileira, desde a Colônia, se caracterizou por imensas desigualdades sociais e pela edição de muitas leis e normas, sem observância das mesmas, contribuindo para a manutenção de um quadro sanitário negativo para a maioria da população. Os sistemas de saúde estavam direcionados para a doença, sem efetivas medidas de prevenção e promoção da saúde (COSTA; ROZENFELD, 2005).

Com o surgimento da República, deu-se o início da organização das administrações sanitárias estaduais e a constituição de órgãos de Vigilância Sanitária nas Unidades da Federação (LUCCHESI, 2006).

No entanto a persistência de graves problemas sanitários, como algumas epidemias, provocou constantes pressões internacionais, com comprometimento do comércio portuário e ameaça às classes dominantes e ao acúmulo de capital, do que resultou a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1897, transformada no Departamento Nacional de Saúde Pública

(DNSP) pelo Decreto-Lei nº. 3.987, em 1920. Seguiu-se a edição do Decreto nº. 16.300, em 31 de dezembro de 1923, que estabeleceu o Regulamento Sanitário Federal, no qual foram definidas as competências do DNSP e normatizadas diversas atividades de interesse sanitário. Com relação ao controle sanitário de produtos, iniciou-se a instituição de multas e penas de prisão (COSTA; ROZENFELD, 2005).

É importante ressaltar que a essa época, a expressão Vigilância Sanitária foi incorporada pelo Regulamento, pois já era empregada sem distinção para o controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, assim como de estabelecimentos (LUCCHESE, 2006).

As décadas de 1930 e 1940 representaram importantes momentos para a conformação da Vigilância Sanitária no Brasil. Em 1931, sancionou-se a legislação moderna de medicamentos, em consonância com o projeto de desenvolvimento industrial, contendo um acordo de Patentes. No início da década de 1940, surgiu o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, mantendo-se a Vigilância de Portos, Aeroportos e Fronteiras como serviço separado (COSTA, 2001).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, pela Lei nº. 1.920/53, e, no ano seguinte, criou-se o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos para realizar análises e estabelecer padrões. Em 1961, a área de alimentos passou a ser objeto de controle em consonância com o *Codex Alimentarius Internacional*, que reúne normas de controle sanitário sobre riscos à saúde relacionados ao consumo desses produtos (COSTA; ROZENFELD, 2005).

Nos anos que antecederam o regime militar, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde (1962 e 1963), nas quais ressurgiram na pauta do governo as propostas de municipalização e descentralização. Durante a ditadura, deu-se o “milagre econômico” denominação que conduziu o país ao pensamento desenvolvimentista, provocando a expansão da produção de consumo de bens e serviços. Em resposta às demandas do mercado internacional, foram regulamentadas importantes áreas como as instituições de assistência médico-social, produtos cosméticos e higiene e a atividade hemoterápica, bem como a vigilância de portos e fronteiras e saúde dos imigrantes. No final desse período, consolidou-se o conceito de vigilância no controle de doenças transmissíveis e o termo Vigilância Sanitária foi restringido ao conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras. Na década de 1970, esse conceito foi ampliando, incorporando o controle de produtos e serviços de interesse da saúde

(COSTA; ROZENFELD, 2005).

Diante de crises e reformas na saúde, surgiu a problemática no campo dos medicamentos a partir de denúncias sobre a indústria farmacêutica, que culminaram com a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito do Consumidor. O Congresso Nacional, em 1976, pela Lei nº. 6.360/76, denominada Lei de Vigilância Sanitária, normatizou as operações de produção e comercialização de medicamentos, como também reconheceu o conceito de medicamento, mudando a concepção de controle (COSTA, 2001).

A Lei nº. 6.437/77, ainda em vigor, normatizou o processo administrativo sanitário, atualizando as disposições penais e administrativas e estabelecendo os tipos de infrações sanitárias na área da Vigilância. Com o Decreto Lei nº. 79.056/76, o Ministério da Saúde passou a ter uma nova estrutura, na qual cabia à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) o controle sanitário (COSTA; ROZENFELD, 2005).

A década de 1980 politicamente se caracterizou pelo movimento de redemocratização do país, e, do ponto de vista de saúde pública, por dois marcos históricos. Enquanto a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, forneceu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal de 1988 definiu o Brasil como um Estado Democrático de Direito e proclamou a saúde, direito de todos e dever do Estado (COSTA, 2001).

Conforme Costa e Rozenfeld (2005, p. 15), antes da Constituição Federal, o Ministério da Saúde definia a Vigilância Sanitária como:

[...] um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar, a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde.

A Lei Federal nº. 8.080/90, denominada de Lei Orgânica da Saúde que organiza o Sistema Único de Saúde, destacou a abrangência das ações de Vigilância Sanitária, ao defini-la como *“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 interesses da saúde”*. Diferente da legislação anterior, de caráter burocrático e normativo, essa definição introduziu o conceito de risco e conferiu um caráter mais completo ao conjunto de ações, situando-as na esfera da produção. Ademais, atribui-se à Vigilância o papel de coordenar a Rede Nacional de Laboratórios para a Qualidade em Saúde (COSTA; ROZENFELD, 2005).

Na década de 1990, houve um retrocesso significativo da saúde em meio ao avanço do projeto neoliberal. Os mercados se reorganizaram no processo de globalização econômica com

a implantação do Mercado Comum do Cone Sul, o Mercosul, o que demandou ações mais complexas e abrangentes da Vigilância Sanitária, mas, ao mesmo tempo, acompanhou-se da desmaterialização de direitos sociais consagrados na Constituição. As políticas públicas se voltaram para o setor econômico, relegando as questões sociais e enfraquecendo os mecanismos de participação e controle social. Ocorreram escândalos, especialmente nas áreas de medicamentos e serviços, revelando a fragilidade da Vigilância Sanitária, a insustentabilidade do modelo burocrático-cartorial e a situação na área, face aos riscos à saúde perpetrados pelo mercado de consumo (COSTA, 2001).

Apesar disso, para Costa e Rozenfeld (2005), é possível afirmar que, nesse período, a visão de Vigilância tornou-se mais consistente, como ação de cidadania fundamentada na Epidemiologia e no enfoque de risco.

No percurso histórico, houve marcos normativos que merecem destaque, como a Lei nº. 8.078/90, que estabeleceu normas de proteção e defesa do consumidor; o Decreto nº 793/93 (BRASIL, 1993a), que determinou a obrigatoriedade do emprego da denominação genérica de medicamentos; e a Portaria nº. 1.428/93, que aprovou as diretrizes e regulamentos para a vigilância de alimentos (BRASIL, 1993b).

Em 1990, no governo Collor, em resposta a suspeitas de corrupção através de um esquema de aprovação rápida de petições, houve uma reformulação geral na SNVS/MS na busca de eficiência administrativa, por meio de simplificação da organização, transformando-se em Sistema de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Com o diagnóstico sobre a insuficiência do nível federal e a necessidade de reestruturar e ampliar a SNVS/MS surgiram as primeiras idéias sobre a possibilidade de organizar as ações de Vigilância Sanitária em um sistema nacional (LUCCHESI, 2006).

Em 1993, foram retomadas as ideias de organizar as ações de Vigilância Sanitária em um sistema nacional. Em 1994, foi editada a Portaria nº. 1.565/94 que criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 1994). Em 30 de dezembro de 1998, foi aprovada a Medida Provisória nº. 1.791, (BRASIL, 1998) que definiu o SNVS e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em substituição à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, do que resultou a Lei nº. 9.782/99 (BRASIL, 1999).

No entanto, apesar de todas as modificações de ordem administrativa, foi a realização da I Conferência Nacional de Vigilância, em 2001, que possibilitou o espaço de análise do arranjo entre os três níveis de governo, sob a denominação de Sistema Nacional de Vigilância

Sanitária (SNVS) (SOLLA; COSTA, 2007).

O SNVS previa a descentralização das ações do SUS tal como das ações de vigilância sanitária, mas estas guardam algumas peculiaridades, especialmente no que diz respeito ao “[...] fato de ser atribuição de governo, ou seja, de ser atividade restrita ao setor público” e requerer a manutenção de determinadas competências em um órgão central, tais como o registro de produtos e parte das ações em áreas de fronteira, portos e aeroportos, devido à natureza de seus objetos de cuidado, que circulam em todo o território nacional e internacional (COSTA, 2004).

A partir de 1993, iniciou-se o processo de negociação entre os gestores das três esferas de governo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em todos os estados brasileiros e, no mesmo ano, ocorreram as primeiras ações para a Municipalização da Vigilância Sanitária na Cidade do Recife.

### 3.3.2 Municipalização da Vigilância Sanitária do Brasil

No final do ano de 1994, foram municipalizadas as ações de Alimentos e Meio Ambiente e, ao final de 1995 foram repassadas as ações de Serviços de Controle de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde das atividades formais e informais, incluindo eventos do calendário festivo da cidade, assim como os serviços de limpeza pública.

Em 1995, na medida em que a Vigilância Sanitária foi se estruturando, foram municipalizados os processos de vigilância voltados para os serviços de interesse à saúde, relativos a rede de hotelaria, consultórios médicos e clínicas, escolas de 1º grau, assim como o controle da comercialização e distribuição de produtos de higiene, químicos e saneantes para uso humano e veterinário.

Atualmente, a Vigilância Sanitária está subordinada à Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DIEVS) e se subdivide em: a) Gerência de Controle de Alimentos, b) Gerência de Serviços de Saúde e Medicamentos e c) Gerência de Processos Sanitários. Nos Distritos Sanitários, a Coordenação de Vigilância Sanitária está subordinada a Gerência de Vigilância à Saúde, que, por sua vez, se subordina à Gerência do Distrito Sanitário.

Com a ampliação do universo a ser fiscalizado, a municipalização permitiu melhor controle das ações básicas de vigilância sanitária e sua adequação às condições sociais e culturais do Município. A gestão Municipal em Vigilância Sanitária, por ser tema recente na agenda de saúde, tem suscitado debates em torno da necessidade de um novo modelo de



atuação na perspectiva de cumprir integralmente sua função de proteger e promover a saúde da população (SOLLA; COSTA, 2007).

Nesse contexto de reestruturação da Vigilância Sanitária, configurou-se um processo de transição capaz de potencializar o pleno exercício de cidadania e de controle social da saúde, de acordo com a Constituição e o Sistema Único de Saúde (LUCCHESI, 2006). Significa dizer que, ao longo do tempo, vem se ampliando o debate e a compreensão de que a efetividade das ações requer mudanças no modelo de atenção à saúde como um todo e também no “modelo de atenção” em vigilância sanitária (TEIXEIRA; COSTA, 2008).

Apesar disso, no modelo criado para regular as ações produção-consumo desenvolvidas pela Vigilância Sanitária no Brasil, sua ação fiscalizadora foi mais evidenciada como poder de polícia. As reduções das práticas da Vigilância ao próprio poder de polícia e à fiscalização têm produzido sérias distorções. A fiscalização é uma função essencial é intransferível do Estado, mas reduzir a ação da Vigilância à mesma é simplificar o longo processo histórico de construção do seu objeto e limitar seu alcance na transformação nas condições de saúde (COSTA; ROZENFELD, 2005).

A Vigilância Sanitária é uma das expressões mais avançadas do direito à saúde e da busca por sua efetivação, em virtude de sua ampla abrangência pelo direito à saúde e por sua intensa repercussão na vida prática, afetando a dignidade da pessoa humana e relacionando-se com a garantia dos direitos fundamentais. Incube a ela a normatização de procedimentos, promoção de ações educativas, bem como o controle e a fiscalização para assegurar a garantia do direito à saúde para todos, sem privilégios ou discriminações, ou seja, suas ações transcendem em muito ao simples poder de polícia (DALLARI, 2001).

Segundo Lucchese (2006), a Vigilância Sanitária ocupa um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano das pessoas, mas ainda há um grande espaço precariamente explorado do ponto de vista das ações educativas, tanto no que se refere ao entendimento dos riscos à saúde envolvidos nos atos e nas ações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos da cidadania.

A necessidade de dar resposta à enorme demanda oriunda do setor produtivo tem dificultado avançar na estruturação de um modelo de organização capaz de produzir saúde e de atender as necessidades de saúde da população, a preservação do meio ambiente e os interesses do mercado.

Em 2007, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, construído com o objetivo de fortalecer e consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária propôs cinco eixos diretores, em consonância com o SUS. No quinto eixo, admitiu a necessidade da construção da consciência sanitária por meio de mobilização, participação e controle social. Reconheceu que as ações da Vigilância Sanitária devem ultrapassar os limites da simples fiscalização, do poder de polícia, para promover ações educativas e de comunicação destinadas a conscientização da sociedade quanto ao consumo de produtos e a utilização de serviços com impacto na saúde, respeitadas as diversidades culturais, regionais e sociais (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Em outras palavras, o PDVISA admitiu que:

A produção de saúde resulta de fatores sociais, econômicos e também é resultado do funcionamento dos próprios serviços de saúde. No entanto, cada pessoa ou cada agrupamento também interfere de modo ativo na produção de saúde ou de doença. Assim, um elemento central a esse novo paradigma seria a sustentação teórica de modelos de atenção voltados para reconhecer e para construir esse papel ativo dos usuários na produção da própria saúde ou doença. O trabalho das equipes e das organizações deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de pensar em contexto social e cultural, e isso poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto durante as de saúde coletiva: enfim, caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre as próprias vidas (CAMPOS, 2007a, p. 107).

Há a necessidade de desenvolver ações que sejam capazes de envolver o saber técnico, mas que também garantam espaços de envolvimento das pessoas, na perspectiva de reformulação de modelo de atenção centrada em regras. A Saúde Pública deve estimular a co-produção de sujeitos, com capacidade de análise e co-gestão das próprias vidas e das instituições (CAMPOS, 2007a).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Desenho do estudo**

A investigação adotou como estratégica metodológica um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, empregando como técnicas de pesquisa, análise documental e aplicação de entrevista semi-estruturada.

Ao desenvolver a proposta de investigação e no desenrolar de suas etapas, reconheceu-se a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para cumprir os objetivos do trabalho, entendendo que qualquer pesquisa social, na qual se pretenda um aprofundamento maior da realidade, não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo (MINAYO, 2004).

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado na Vigilância Sanitária do Recife (VISA), órgão da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, responsável pelas atividades de cadastramento dos estabelecimentos; inspeção sanitária; licenciamento dos estabelecimentos; atendimento a denúncias; elaboração de relatórios técnicos; análise de projetos; doação; programas especiais de inspeção; coleta de amostras para controle de qualidade; avaliação quantitativa e qualitativa das ações; educação sanitária e assessoria jurídica.

### **4.3 Período**

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevista, entre os meses de agosto e novembro de 2009, enquanto que a coleta de dados secundários compreendeu o período de 2006 a 2009.

#### 4.4 Sujeitos do estudo

Para identificação dos “informantes-chaves” envolvidos na Vigilância Sanitária do Recife, foi confeccionada listagem dos gerentes e técnicos de nível superior e médio que atuavam no Nível Central e nos Distritos Sanitários, a partir dos dados da Diretoria de Gestão do Trabalho, segundo alocação na estrutura organizacional da VISA.

Numa abordagem quantitativa, definida a população, o critério de representatividade numérica foi aquele que possibilitou a generalização dos conceitos que se queria testar, mas, por se tratar de pesquisa qualitativa procedeu-se conforme assinala 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”*.

Considerou-se como amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004), admitindo como critérios para a amostragem: a) definição clara do grupo social mais relevante para as entrevistas; b) não esgotamento enquanto não houve o delineamento do quadro empírico da pesquisa; c) previsão de um processo de inclusão progressiva, encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria, embora a amostra inicialmente tenha sido desenhada como possibilidade; d) previsão de uma triangulação, isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, foram multiplicadas as tentativas de abordagem.

A amostragem foi do tipo intencional e por conveniência. Admitiram-se com unidades de amostra os documentos e os participantes que melhor respondiam às perguntas da investigação, cujas respostas permitiam conhecer e interpretar o fenômeno estudado (SANTOS, 2006).

Integraram a amostra:

- Oito gestores incluindo gerentes e supervisores;
- Onze técnicos da Vigilância Sanitária do Nível Central e dos Distritos Sanitários.

A alocação profissional dos participantes dessa pesquisa não foi detalhada em respeito ao que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa, quanto à preservação do sigilo de identidade de participantes de pesquisa envolvendo seres humanos.

## 4.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Admitindo triangulação, termo usado nas abordagens qualitativas para se referir ao emprego concomitante de várias técnicas de abordagem e de várias modalidades de análise, provenientes de diferentes informantes e pontos de vista de observação, visando à verificação e validação da pesquisa, adotou-se essa estratégia, pela possibilidade de conferir maior rigor, extensão e profundidade à investigação (MINAYO, 2004).

Os instrumentos de pesquisa foram entrevista semi-estruturada e pesquisa documental. Adicionalmente, em cada momento do trabalho de campo, em cada vivência com a equipe dentro ou fora do serviço da Vigilância Sanitária, foi trabalhada a simultaneidade entre a geração, a coleta e análise da informação.

### 4.5.1 Entrevista semi-estruturada

Foram realizadas entrevistas individuais obedecendo a um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), para exploração dos temas centrais de interesse:

- Missão da Vigilância Sanitária;
- Compreensão sobre promoção da saúde;
- Compreensão sobre educação em saúde;
- Como a educação em saúde pode contribuir para a promoção da saúde;
- Ações de educação em saúde desenvolvidas pela Vigilância Sanitária;
- Obstáculos para o desenvolvimento da educação em saúde;
- Estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde.

As entrevistas procuraram identificar a percepção de técnicos e gestores acerca do papel da VISA, e os principais obstáculos e estratégias facilitadoras para o desenvolvimento das ações de educação e promoção da saúde.

O entrevistador leu as perguntas abertas para o informante, às quais acrescentou outras de esclarecimento, bem como questões que julgou pertinentes ao longo da entrevista. As respostas foram gravadas para registro do diálogo com os participantes e, posteriormente, transcritas para a análise de conteúdo.

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2004). A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários, referentes a fatos, idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 262).

#### 4.5.2 Pesquisa documental

Na pesquisa documental, buscaram-se informações em documentos institucionais contendo informações de que natureza: oficial; explicitando a filosofia dos processos em análise; os relatórios das etapas e o desenvolvimento do trabalho (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), seguindo os mesmo passos da pesquisa bibliográfica, porém empregando fontes muito mais diversificadas e dispersas (GIL, 1996).

Foram incluídos os documentos escritos: Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão Municipal e Planos de Ação da Vigilância Sanitária (ANEXOS C, D, E). Estes documentos subsidiaram caracterizar as ações desenvolvidas pela VISA, com ênfase nas ações de educação em saúde.

A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiro, há de se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. Outra vantagem da pesquisa documental está em seu custo. Como a análise dos documentos, em muitos casos, além da capacidade do pesquisador, exige apenas disponibilidade de tempo, o custo da pesquisa torna-se significativamente baixo quando comparado com o de outras pesquisas (GIL, 1996).

#### 4.6 Processamento e análise dos dados

Segundo Bardin (2009), o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é representado pela análise de conteúdo, definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação 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 (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44).

A operacionalização dessa técnica consistiu de três etapas. A primeira etapa foi a pré-análise das respostas dos entrevistados e dos documentos institucionais, com o olhar para os objetivos e pressupostos formulados. A segunda etapa foi a exploração do material, que compreendeu codificação detalhada, classificação e agregação das respostas às entrevistas transcritas e dos documentos selecionados, estabelecendo categorias de análise, com temas específicos, visando responder aos objetivos propostos.

As categorias de análise das entrevistas foram relacionadas aos temas utilizados no roteiro de entrevista semi-estruturada e, para os documentos, empregaram-se as categorias de ações e atividades desenvolvidas no período de 2006 a 2009. A última etapa da análise do conteúdo consistiu no tratamento dos resultados obtidos e em sua interpretação. Nesta etapa, os resultados brutos foram submetidos a tratamento que permitiu encontrar sentido a partir de referenciais teóricos. Sua interpretação foi discutida, obtendo-se conclusões.

#### **4.7 Considerações Éticas**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) (ANEXO A).

O direito de sigilo de identidade dos participantes da pesquisa foi garantido, atribuindo-se a cada participante a identificação por meio de letras. A participação dos sujeitos ocorreu de forma voluntária e sua anuência concretizou-se pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), após lhes terem sido explicitados os objetivos da pesquisa e garantida a confidencialidade de sua identidade.

O acesso aos documentos relacionados à Vigilância Sanitária foi autorizado na Carta de Anuência da Diretoria de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da estrutura organizacional e das ações desenvolvidas pela VISA

#### 5.1.1 Estrutura organizacional

Do ponto de vista organizacional, a VISA é uma gerência da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, cujas gerências e supervisões distribuem-se no Nível Central e em seis Distritos Sanitários (Figura 1).

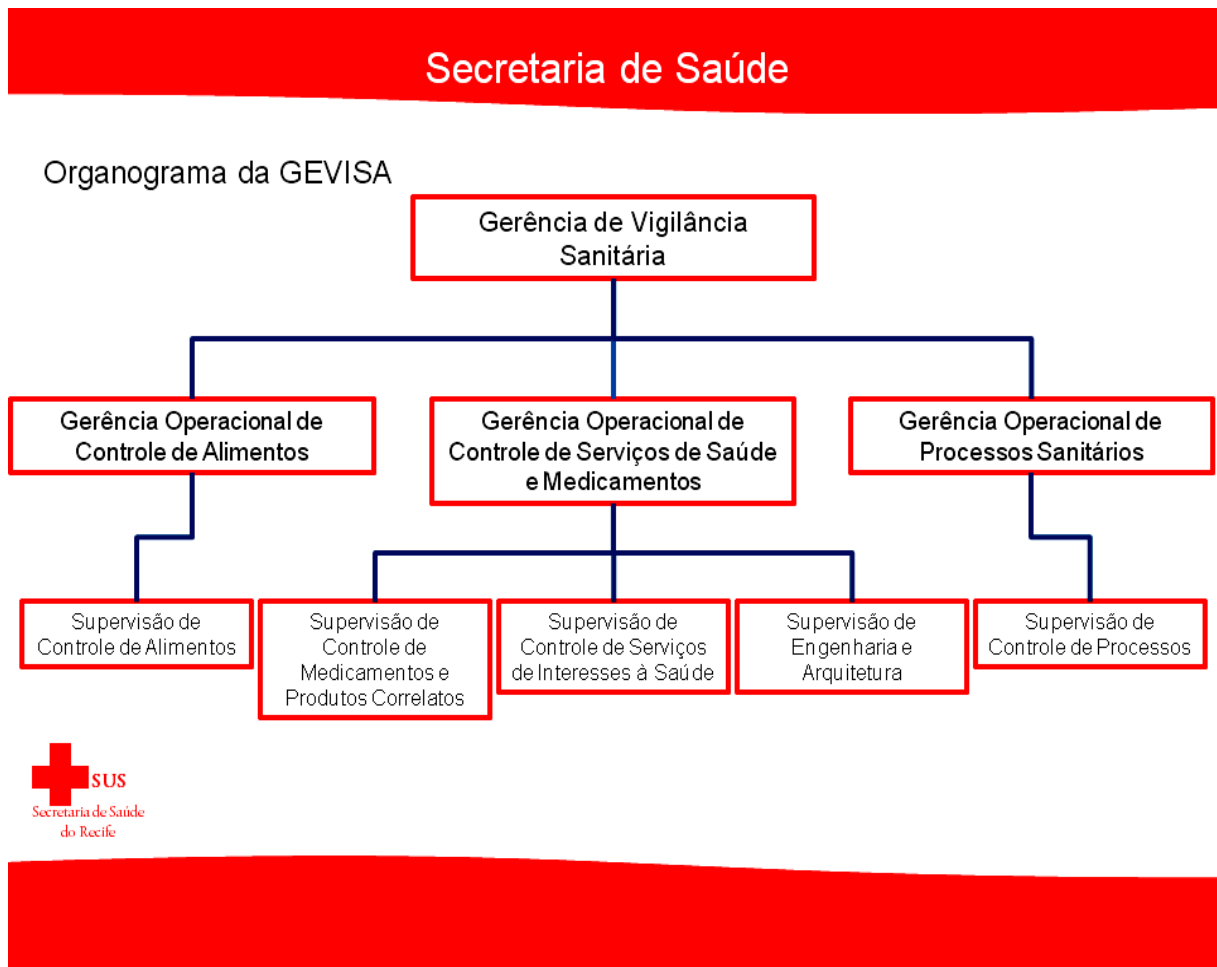
À Gerência de Vigilância Sanitária estão subordinadas três Gerências Operacionais. A Gerência Operacional de Controle de Alimentos está constituída pela Supervisão de Controle de Alimentos, que tem responsabilidade sobre estabelecimentos comerciais com atividades formais que envolvem alimentos e atividades informais nas quais estão compreendidos vendedores ambulantes de alimentos, comércio de sucos e de coco verde e eventos do calendário festivo e cultural da Cidade, nos quais há a comercialização de alimentos;

A Gerência Operacional de Controle de Serviços de Saúde e Medicamentos é a mais abrangente das três, pois lhe cabe o controle de:

- a) produção, comercialização ou distribuição de produtos químicos, medicamentos e correlatos, destinados ao uso humano ou animal, a ser exercido pela Supervisão de Controle de Medicamentos e produtos correlatos;
- b) serviços de interesse à saúde, integrados por estabelecimentos, que incluem serviços de hotelaria, instituições de ensino para crianças, estabelecimentos de prestação de serviço para saúde humana e animal, serviços voltados para o embelezamento e veículos de transporte de pacientes vivos ou mortos, exercido pela Supervisão de Controle de Serviços de Interesse à Saúde;
- c) construções e reformas de instalações em serviços de saúde, obedecendo às Diretrizes Sanitárias, sob a responsabilidade da Supervisão de Engenharia e Arquitetura.

A Gerência Operacional de Processos Sanitários tem por responsabilidade o controle e a supervisão de estabelecimentos comerciais, públicos ou privados, cuja atividade interfere direta ou indiretamente sobre o meio ambiente (Figura 1).





**Figura 1 – Organograma da Gerência de Vigilância Sanitária da Prefeitura do Recife**  
FONTE: Adaptado de Prefeitura do Recife (2009)

### 5.1.2 Análise do Plano Municipal de Saúde com ênfase na Vigilância Sanitária

Inicialmente, cabe detalhar o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, para, posteriormente, enfatizar as proposições, metas e atividades desenvolvidas especificamente na Vigilância Sanitária.

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009, norteado pelo perfil epidemiológico municipal, pela estrutura da rede e pelas necessidades da população recifense, tinha como objetivo principal “*garantir uma atenção integral e de qualidade para a população recifense, buscando o cumprimento dos princípios do SUS*” (RECIFE, 2005, p. 51), admitindo como proposições e metas, a atenção à saúde, a vigilância à saúde, a gestão do Sistema Municipal de Saúde e a gestão de trabalho.

A atenção à saúde estava composta por atividades de atenção básica, atenção especializada e assistência farmacêutica. Na atenção básica, estavam previstas medidas eficazes de promoção à saúde, prevenção, cura e reabilitação de agravos, vinculando uma assistência contínua e coordenada, integrada em cada território, distrito e em todo o município. Para a atenção especializada, planejou-se a articulação com a atenção básica, num processo descentralizado e resolutivo. Quanto à assistência farmacêutica, para atingir o uso racional de medicamentos especialmente na atenção básica, o Plano previu a implementação de uma política com base na definição de um modelo com protocolos padronizados, otimizando processos de aquisição, dispensação, controle, avaliação, custeio, cujo desempenho poderia ser avaliado por indicadores de assistência farmacêutica.

A proposição relativa à vigilância à saúde contemplava a vigilância de doenças, agravos e eventos vitais, vigilância de endemias e de doenças crônicas não transmissíveis, sempre admitindo a implementação das ações já existentes e a implantação de políticas intersetoriais voltadas para grupos populacionais específicos. Embora o controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituísse uma meta da vigilância à saúde, associava o fortalecimento das ações de prevenção e redução dessas, com prioridade nas populações de maior vulnerabilidade, mas incluía a atenção a saúde ao estabelecer como meta a ampliação do acesso à rede para pessoas com DST, HTLV e HIV/AIDS.

Ainda na proposição de vigilância à saúde, o Plano estabelecia como meta o fortalecimento da política municipal de saúde do trabalhador e implementação de ações direcionadas ao atendimento especializado, à vigilância sobre os ambientes de trabalho, ao incentivo a práticas educativas e à assistência integral aos trabalhadores, vitimados por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Previa também o controle de riscos à saúde, integrando outras áreas da Secretaria de Saúde e as demais esferas de governo e da sociedade civil, para implementação da descentralização das ações, para o fortalecimento do Programa de Saúde Ambiental e das Vigilâncias Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador, referindo-se então à Vigilância Sanitária.

Na gestão do sistema municipal de saúde, as proposições estavam voltadas para o aprimoramento dos instrumentos de gestão do sistema de saúde, para obtenção de informações estratégicas empregadas na tomada de decisões, no planejamento das ações, no controle social e na avaliação das políticas implantadas, contemplando gestão territorial do sistema, regulação assistencial e uma política municipal de informação e informática em saúde.

A quarta e última proposta do Plano Municipal dizia respeito à gestão do trabalho, buscando consolidá-la no SUS, sob a perspectiva do trabalho em equipe e integralidade da atenção à saúde. Para tanto tinha como metas a valorização dos trabalhadores com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, o fortalecimento das relações do trabalho, o desenvolvimento profissional e uma atuação solidária, humanizada e de qualidade. Integravam essa proposta, o desenvolvimento profissional, a valorização profissional, a mesa setorial permanente de negociação e as condições de trabalho.

É importante ressaltar que o desenvolvimento profissional incluía tanto uma política de formação/qualificação para o SUS, por meio de educação continuada em saúde, quanto o fortalecimento de relações interinstitucionais, integrando ensino-serviço pelo envolvimento de estruturas de gestão, instituições de ensino, serviços de atenção à saúde e de controle social.

A valorização profissional tinha como foco as questões de ordem administrativa relacionadas ao vínculo empregatício com a Prefeitura e a discussão da lógica da remuneração variável de produtividade, baseada na hierarquização da Rede e em parâmetros de impacto epidemiológico, como também o plano de cargos, carreira e vencimentos. Esse plano considerava a articulação do planejamento institucional com o programa de qualificação profissional, num processo pedagógico, participativo, integrador e solidário.

Toda a gestão do trabalho previa um fórum de discussão e pactuação entre gestores e trabalhadores, para estabelecer relações de trabalho democráticas com a resolução de conflitos, dificuldades, limites e possibilidades da gestão do sistema, assim como a garantia de condições adequadas de trabalho para todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.

Exposto o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, em linhas gerais, cabe analisar mais detalhadamente as proposições voltadas especificamente para as ações de Vigilância Sanitária, incluídas no item de Vigilância à Saúde e subitem de controle de riscos à saúde.

Dentre as 87 proposições e respectivas metas do Plano, apenas três (de números 35, 36 e 37) estavam voltadas à Vigilância Sanitária (Quadro 2). A proposição de número 35 considerava o início do processo de municipalização das ações de Vigilância Sanitária sobre unidades de saúde de média e alta complexidade e adotava como metas inspecionar as unidades de saúde da rede privada, de acordo com o perfil acordado com a Secretaria de Saúde do Estado e, progressivamente, a rede estadual municipalizada.

A proposição de número 36 previa a implementação da Vigilância Sanitária sobre medicamentos, estabelecendo como meta a inspeção sistemática das distribuidoras de

medicamentos, além da realização de ações em farmácias e almoxarifado do Sistema de Saúde do território do Recife, enquanto que a proposição de número 37 programava promover a integração da Vigilância Sanitária com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, admitindo como metas a incorporação da detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador(a) às práticas da Vigilância Sanitária, garantindo às entidades sindicais acompanhar as inspeções nos locais do trabalho (Quadro 2).

Proposições	Metas
35. Iniciar o processo de municipalização das ações de <b>Vigilância Sanitária</b> sobre unidades de saúde de média e alta complexidade	1. Inspeccionar as unidades de saúde da rede privada de acordo com o perfil acordado com a Secretaria de Saúde do Estado 2. Inspeccionar progressivamente a rede estadual municipalizada
36. Implementar a Vigilância Sanitária sobre medicamentos	Inspeccionar de forma sistemática as distribuidoras de medicamentos, além das ações nas farmácias e almoxarifado do Sistema de Saúde do território
37. Promover a integração da Vigilância Sanitária com a Vigilância em Saúde do Trabalhador	Incorporar às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador(a), garantindo às entidades sindicais acompanhar as inspeções nos locais do trabalho

**Quadro 2 – Plano Municipal de Saúde relativo à Vigilância Sanitária**

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da Prefeitura do Recife (2005)

Da análise do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 observou-se que os projetos priorizaram a assistência à saúde, uma vez que, para o controle de risco à saúde, enunciou um reduzido número de propostas, com atividades voltadas principalmente para a inspeção sanitária, não incluindo ações de educação em saúde.

### 5.1 3 Análise dos Planos de Ação da Vigilância Sanitária do período 2006-2009

No Quadro 3, estão apresentadas as atividades e metas previstas para a Vigilância Sanitária, para o ano de 2006.

Observou-se que foram previstos o início das inspeções em unidades de saúde de média e alta complexidade, assim como atenção para os problemas referentes à saúde do trabalhador, durante as inspeções sanitárias aos ambientes de trabalho, como forma de integração de trabalho voltado para a saúde, ações para as quais houve o detalhamento das respectivas metas. Adicionalmente, constavam do Plano de Ação a realização de capacitações, assim como a municipalização da vigilância sanitária em medicamentos, indústria de cosméticos e indústria de alimentos, ações anteriormente sob responsabilidade estadual. Foi também prevista a atribuição aos Distritos Sanitários de algumas ações de vigilância sanitária

exercidas pela Gerência (GEVISA), denominada genericamente de Nível Central, ou seja, descentralização de ações do Nível Central para os Distritos. Outra ação prevista foi a realização do 2º Curso de Especialização em Vigilância Sanitária destinado a técnicos e gestores.

Dentre todas as ações previstas, apenas a minoria tinha metas descritas para o ano de 2006, não contemplando atividade direcionada a educação em saúde, prevista para 2007.

Ações previstas para 2006	Metas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciar inspeções em unidades de saúde de média e alta complexidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inspecionar 13 unidades de saúde da rede privada, conveniadas ao SUS</li> <li>Incorporar após municipalização, na rotina da Vigilância Sanitária, as 04 unidades da rede estadual</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à Saúde do Trabalhador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar uma oficina para integrar as ações da VISA àquelas da Saúde do Trabalhador</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar capacitações</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implantar vigilância sanitária em medicamentos</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Receber as ações da Vigilância Sanitária Estadual em relação às indústrias de cosméticos</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Descentralizar algumas ações da Vigilância Sanitária do Nível Central para os Distritos Sanitários</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o 2º Curso de Especialização em Vigilância Sanitária</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Municipalização de 100% das indústrias de alimentos</li> </ul>	

**Quadro 3 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2006**

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2006)

No ano de 2007, o Plano de Ação foi estruturado com base no organograma da Gerência de Vigilância Sanitária, permitindo observar, para a Gerência Operacional de Controle de Serviços de Interesse à Saúde e Medicamentos como também para a de Controle de Alimentos, a predominância de ações voltadas para a municipalização do controle desses serviços, assim como a distritalização das inspeções. À Gerência Operacional de Controle de Serviços de Interesse à Saúde estavam previstas ações em clínicas com internamento, hospitais-residência, farmácias de manipulação, em funerárias, consultórios, empresas com atividade de controle de pragas, comércio de cola e thinner e óticas, e à segunda Gerência, caberiam tais atividades voltadas a indústrias de alimentos, bebidas e cosméticos tal como para o comércio varejista de cosméticos, saneantes e suplementos alimentares. Para viabilização das ações, constava prover a capacitação para os profissionais dos Distritos

Sanitários exercendo a função de inspetores sanitários, tal como para técnicos da Gerência de Controle de Alimentos.

Para a Gerência da VISA, as ações e respectivas metas tiveram como foco a implantação de um sistema de educação permanente para seus profissionais, abordando gerenciamento de resíduos, biossegurança, saúde do trabalhador, investigação de surto e humanização/postura profissional, como também a realização de inspeção em saúde do trabalhador no setor regulado pela legislação sanitária federal, estadual ou municipal.

Considerando todas as ações previstas no Plano para 2007, a maioria esteve voltada para a educação continuada em saúde, com o objetivo de capacitar profissionais da VISA para o desenvolvimento das atividades que derivaram do próprio processo de municipalização das ações de vigilância sanitária. Não se observou a provisão de qualquer atividade de educação em saúde tendo por alvo o comércio regulado pela VISA e a população em geral (Quadro 4).

Ações previstas para 2007	Metas
<i>Gerência Operacional de Controle de Serviços de Interesse à Saúde e Medicamentos</i>	
Municipalização da vigilância sanitária em clínicas com internamento até 30 leitos	Realizar inspeções em 100% das clínicas
Municipalização da vigilância sanitária em hospitais-residência (Home Cares)	Realizar inspeções em 100% das empresas que prestam esse tipo de serviço
Municipalização da vigilância sanitária em farmácias de manipulação	Realizar inspeções em 100% das farmácias de manipulação
<b>Distritalização das inspeções em funerárias com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	Distritalização das inspeções em 100% das funerárias
<b>Distritalização das inspeções em consultórios com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	Distritalização das inspeções em 100% dos consultórios
<b>Distritalização das inspeções em controladoras de praga com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	Distritalização das inspeções em 100% das controladoras de praga
<b>Distritalização das inspeções em comércio de cola e thinner com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	Distritalização das inspeções em 100% do comércio de cola e thinner
<b>Distritalização das inspeções em óticas com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	Distritalização das inspeções em 100% das óticas
<b>Capacitação dos inspetores dos Distritos Sanitários para absorção das ações destritalizadas</b>	Capacitar 100% dos técnicos dos distritos

**Quadro 4 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2007. (continua)**

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2007)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação continuada em saúde

Ações previstas para 2007	Metas
<i>Gerência Operacional de Processos Sanitários</i>	
Implantação de um gerenciador de filas no Protocolo da Vigilância Sanitária	Gerenciador implantado até o final do primeiro semestre
<b>Capacitação de servidores do Protocolo da Vigilância Sanitária, para atendimento ao público</b>	Equipe capacitada até o final do primeiro semestre
Implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVS), nos distritos	100% dos distritos com SIVS implantado
Modernização e redimensionamento da rede de dados e da rede elétrica do SIVS	100% do SIVS modernizado e redimensionado
Emissão oportuna de licenças sanitárias para os estabelecimentos liberados pelos inspetores sanitários	100% dos estabelecimentos liberados com licenças sanitárias emitidas
<i>Gerência Operacional de Controle de Alimentos e Produtos</i>	
<b>Distritalização das inspeções no comércio varejista de cosméticos, saneantes e suplementos alimentares com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	100% dos estabelecimentos distritalizados
<b>Municipalização das indústrias de bebidas, pipocas, cafés e massas com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b>	Realização de inspeções em 100% das indústrias
<b>Capacitação para técnicos da Gerência de Controle de Alimentos e Produtos em fabricação de cosméticos e indústrias de alimentos e bebidas</b>	100% dos técnicos capacitados
<b>Capacitação para técnicos dos Distritos Sanitários em legislação de suplementos alimentares</b>	100% dos técnicos dos Distritos Sanitários capacitados
<b>Capacitação para os inspetores em rotulagem de alimentos</b>	100% dos inspetores capacitados
Implantação de ações de Promoção da Saúde com enfoque na Vigilância Sanitária em datas comemorativas da Saúde	Profissionais da VISA com participação em todos os eventos do calendário da saúde
<i>Gerência da VISA</i>	
<b>Implantação de um sistema de educação permanente para os profissionais da VISA em: gerenciamento de resíduos, biossegurança, saúde do trabalhador, investigação de surto, humanização/postura profissional</b>	Realização de 10 cursos no ano de 2007
Realização de inspeção em saúde do trabalhador no setor regulado pela Vigilância Sanitária	100% dos técnicos da VISA realizando inspeção em Saúde do Trabalhador

**Quadro 4– Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2007. (conclusão)**

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2007)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação continuada em saúde

Em 2008, o Plano de Ação perdeu a estruturação baseada no organograma da Gerência de Vigilância Sanitária; reforçou os processos de municipalização e distritalização da vigilância sanitária, assim como aumentou sua abrangência, pois previu a monitorização de limpadoras de fossa, terreiros de religiões de matriz africana, escolas e creches municipais, mercados públicos, abatedouros, laboratórios clínicos e postos de coleta de material biológico, instituições de longa permanência para idosos e clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria. Além disso, foi previsto o desenvolvimento de atividades de divulgação da VISA, para fazer com que a população conhecesse as ações e a importância da vigilância sanitária no contexto da saúde.

Foi neste Plano de Ação que se observou, diferente dos anteriores, a referência ao início dos estudos para implantação do Núcleo de Educação em Saúde, assim como o desencadeamento da formação de agentes mirins de vigilância sanitária, denominados no Plano de “inspetores mirins”. Apesar deste destaque, a minoria das ações previstas contemplou a educação continuada em saúde envolvendo técnicos da VISA (Quadro 5).

Ações previstas para 2008	Meta
Distritalizar as ações em: comércio varejista de cosméticos; limpadora de fossas e controladora de pragas, realizadas atualmente pelo Nível Central	Distritalizar 30% das ações de comércio varejista de cosméticos, limpadora de fossas e controladora de pragas
<b>Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA</b>	- 66 inspetores e quatro Conselheiros Municipais de Saúde inscritos no Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária/2008 - Dois cursos por semestre
Implantar de forma sistemática a prática de discussões sobre o tema Vigilância Sanitária, nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde	70% dos Conselheiros envolvidos
Implantar as ações do Vigilância de Produtos Pós-comercializados e Pós-uso – Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Cosmetovigilância (VIGIPOS)	50% das ações do VIGIPOS realizadas pela VISA Recife
Desenvolver estratégias de divulgação da VISA	Política de divulgação da VISA implantada até dezembro 2008
Desenvolver ações integradas com a coordenação DST/AIDS em terreiro de religiões de matriz africana	Realizar três ações integradas em um ano

**Quadro 5 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2008**

(continua)

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2008)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde



Ações previstas para 2008	Meta
Construção do mapa de risco para a VISA	Riscos de VISA mapeados e minimizados até dezembro/08
<b>Implantar o Projeto “Inspetores Mirins”</b>	- 60 “Inspetores mirins”, desenvolvendo atividades de divulgação das ações preventivas de VISA até dezembro 2008 - <b>100% dos Inspetores Mirins capacitados</b>
Monitorar a qualidade da água e alimentos consumidos nas escolas e creches municipais	- Coletar uma amostra a cada semestre para análise bromatológica - <b>Realizar duas capacitações no ano de 2008</b>
Monitorar a Rede Municipal de Saúde	-100% da rede inspecionada - Coletar uma amostra a cada semestre para análise microbiológica e anual para físico-químico
Reduzir a sub-notificação dos casos de monitoramento das doenças diarreicas agudas (MMDA) e doenças transmitidas por alimentos (DTA) na rede municipal de saúde	- 100% dos profissionais do bairro selecionados notificando os casos - Banco de dados funcionando até dezembro/08
Melhorar as condições higiênico-sanitárias de cantinas de escolas particulares	- 100% das cantinas das escolas monitoradas - Análise bromatológica de uma amostra de alimento coletado a cada semestre/ cantina
Melhorar as condições higiênico-sanitárias de serviços de alimentação	- 50% dos serviços de alimentação cadastrados e monitorados - Análise bromatológica de uma amostra de alimento coletado por ano
Monitorar a qualidade higiênico-sanitária dos mercados públicos	Coletar uma amostra de água e alimento no ano de 2008 - <b>Realizar duas capacitações até dezembro/2008</b> - Realizar quatro reuniões no ano de 2008
Possibilitar a legalização dos pequenos fabricantes de saneantes, conforme legislação vigente	70% dos estabelecimentos inspecionados e regularizados
Ampliar a ação da VISA no monitoramento da qualidade dos serviços e condições higiênico-sanitárias dos abatedouros do Recife	- 35% dos abatedouros fiscalizados - Normas elaboradas até setembro/2008 - Roteiro de visita elaborado até setembro/2008
Ampliar a ação da VISA no monitoramento da qualidade dos serviços laboratórios clínicos e postos de coleta	- 50% dos laboratórios e postos de coleta cadastrados, inspecionados - Coletar uma amostra a cada semestre para análise microbiológica e anual, para análise físico-química
Ampliar a ação da VISA no monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria	- 100% das clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria cadastradas, inspecionadas e monitoradas
Instituir espaços de discussão permanente com os Conselhos de Classe e Academias	- 70% dos Conselhos de Classe e Academias participando das reuniões  Realizar uma reunião a cada semestre

**Quadro 5 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2008**

**(continuação)**

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2008)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde

Ações previstas para 2008	Meta
Minimizar os riscos à saúde dos idosos nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI)	- Realizar duas oficinas anuais - Protocolo implantado até dezembro/2008 - 100% das ILPI monitoradas
<b>Implantar Núcleo de Educação Sanitária na VISA</b>	<b>Núcleo implantado até dezembro 2008</b>

**Quadro 5 – Plano de Ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2008 (conclusão)**

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2008)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde

No Quadro 6, estão expressas as ações planejadas para o ano de 2009 e suas respectivas metas, observando-se um número maior de ações voltadas para a educação continuada em saúde, buscando o aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA, que se caracterizaram por garantia de vagas na III Jornada Norte-Nordeste de VISA, reservando vagas também para Conselheiro Municipal de Saúde, curso de processamento de artigos e superfícies, investigação de surto, direito sanitário, atualização em boas práticas de fabricação e comércio de saneantes, inspeção em gerenciamento de resíduos sólidos e líquidos em serviços de saúde, inspeção em laboratório de análises clínicas, citopatologia e anatomia patológica, atualização de avaliação em estabelecimentos de radiodiagnóstico, inspeção em banco de células e tecidos germinativos e em biossegurança.

Além dessas ações, também houve a inclusão de ações planejadas de educação em saúde, em relação aos planos de ação do período de 2006 a 2008, as quais incluíram implantação de ações educativas nas escolas, capacitação de manipuladores de alimentos, responsáveis pelo fabrico de saneantes e de técnicos em bacteriologia. Foram explicitadas ações de educação também para os conselheiros municipais de saúde sobre temas em vigilância sanitária. Cumpre ressaltar que tais ações eram planejadas para se constituírem em palestras, portanto adotando a perspectiva tradicional de educação, restrita à transmissão de informações (Quadro 6).

Pode-se observar claramente o planejamento de melhor organização de informações, com maior agilidade para a VISA, identificada pela proposta de ampliação da rede de informática, aquisição de equipamentos eletro-eletrônicos de comunicação, como também a atualização dos cadastramentos de empresas reguladas pela VISA e digitação de dados dos Distritos Sanitários (Quadro 6).

Ações previstas para 2009	Metas
<i>Ação: Distritalizar as ações em: limpadoras de fossas e comércio varejista de cosméticos</i>	
Realizar diagnóstico dos Distritos Sanitários, quanto aos recursos físicos, humanos, e necessidade de capacitação Planejar a distritalização Capacitar inspetores para a implantação das práticas distritalizadas	Distritalizar limpadoras de fossa para o Distrito Sanitário VI e comércio varejista de cosméticos para o Distrito Sanitário I, até dezembro/2009
<i>Ação: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA</i>	
<b>Garantir 23 vagas na III Jornada Norte-Nordeste de VISA – Maranhão/2009 reservando três vagas para o Conselho Municipal de Saúde</b>	20 inspetores Sanitários e três Conselheiros Municipal de Saúde inscritos na III Jornada
<b>Curso de Processamento de artigos e superfícies</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<b>Cursos de Investigação de Surto</b>	Garantir 70 vagas para os inspetores sanitários
<i>Ação: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA</i>	
<b>Curso de Direito Sanitário</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<b>Curso de atualização em boas práticas de fabricação e comércio de saneantes</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<b>Curso de inspeção em gerenciamento de resíduos sólidos e líquidos em serviços de saúde</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<i>Ação: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA</i>	
<b>Curso de inspeção em Laboratório de Análises Clínicas, Citopatologia e Anatomia Patológica</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<b>Curso de atualização de avaliação em estabelecimentos de radiodiagnóstico</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<b>Curso de inspeção em banco de células e tecidos germinativos</b>	
<i>Ação: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA</i>	
Inspeção em produtos químicos sob controle da Polícia Federal	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<b>Curso em biossegurança</b>	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários
<i>Ação: Implementar de forma sistemática temas relevantes da Vigilância Sanitária para os conselheiros municipais de saúde</i>	
<b>Oferecer cursos sobre temas em VISA para os conselheiros municipais de saúde</b>	Participação de 35 conselheiros
<i>Ação: Consolidar as ações do Vigilância de Produtos Pós-Comercializados e Pós-Uso – Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Cosmetovigilância; Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária; Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária; Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados</i>	
Realizar as ações de análise e investigação do Programa de Vigilância de Produtos Pós-Comercializados e Pós-Uso – Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Cosmetovigilância	Vigilância de Produtos Pós-Comercializados e Pós-Uso – Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Cosmetovigilância implantado

**Quadro 6 – Plano de ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2009****(continua)**

LEGENDAS: MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos; SBAC/PE – Regional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; CETESB/SP – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2009)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde

Ações previstas para 2009	Metas
<i>Ação: Consolidar a construção do mapa de risco para a VISA/ Recife</i>	
Finalizar digitação dos dados de cada Distrito Sanitário	Mapa construído até dezembro 2009
<i>Ação: Monitorar a qualidade da água e alimentos consumidos nas Escolas e Creches municipais</i>	
Coletar amostras de água para análise bromatológica	226 Escolas municipais monitoradas até dezembro 2009
<b>Implantar ações educativas nas escolas</b>	64 creches municipais monitoradas até dezembro 2009
<b>Capacitar os manipuladores de alimentos</b>	
<i>Ação: Monitorar a Rede Municipal de Saúde</i>	
Participar do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde Monitorar a qualidade da água de consumo das unidades e gerenciamento de resíduos de saúde Monitorar instalações e equipamentos das unidades	Três hospitais municipais monitorados
<i>Ação: Ampliar a notificação dos casos de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas e Doenças Transmitidas por Alimentos na rede municipal de saúde</i>	
Realizar reuniões sistemáticas com profissionais da assistência básica à saúde, Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Realizar uma reunião/semestre
<i>Ação: Monitorar as condições higiênico-sanitárias de cantinas de escolas particulares</i>	
Atualizar o cadastramento Inspeccionar as cantinas de escolas particulares Realizar coleta de água e alimentos considerados de risco, para análise bromatológica	88 cantinas de escolas particulares monitoradas até dezembro 2009
<i>Ação: Monitorar condições higiênico-sanitárias de Serviços de Alimentação (Buffet, restaurantes)</i>	
Atualizar o cadastramento Inspeccionar os serviços de alimentação Realizar coleta dos alimentos considerados de risco em <i>buffet</i>	50% dos serviços de alimentação cadastrados e monitorados
<i>Ação: Monitorar a qualidade higiênico-sanitária dos Mercados Públicos</i>	
Inspeccionar mercados públicos Coletar amostras de água e alimentos considerados de risco para análise laboratorial bromatológica Selecionar 10 mercados públicos para capacitação	27 mercados públicos monitorados

**Quadro 6 – Plano de ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2009****(continuação)**

LEGENDAS: MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos; SBAC/PE – Regional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; CETESB/SP – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2009)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde

Ações previstas para 2009	Meta
<i>Ação: Monitorar pequenos fabricantes de saneantes, conforme legislação vigente</i>	
Atualizar cadastramento	
<b>Capacitar cinquenta responsáveis pelo fabrico</b>	50 pequenos fabricantes monitorados
Estimular sistema de cooperativa ou associações	
<i>Ação: Monitorar a qualidade dos serviços laboratórios clínicos e postos de coleta</i>	
Atualizar o cadastramento	
Inspeccionar os laboratórios clínicos e postos de coleta	207 laboratórios monitorados
<i>Ação: Monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria</i>	
Atualizar cadastramento	
Inspeccionar os serviços	103 clínicas monitoradas
Elaborar normas técnicas	
<i>Ação: Potencializar os espaços de discussão permanente com os Conselhos de Classe e representantes dos cursos de graduação da área da saúde</i>	
Realizar reuniões com os representantes	Sete Conselhos de Classe e Academia participando das reuniões
<i>Ação: Monitorar as instituições de longa permanência para idosos</i>	
Realizar reuniões de sensibilização com profissionais da assistência ao idoso Institucionalizado Inspeccionar estabelecimentos	Realizar duas reuniões até dezembro/2009
<i>Ação: Implantar sistema de intercomunicação pela rede Internet</i>	
Adquirir rádio transmissor e demais equipamentos e acessórios necessários para expansão da capacidade e velocidade do sistema de intercomunicação pela rede <i>Internet</i>	Expandir potencial da rede (capacidade e velocidade) para todo o prédio do Julião Paulo até dezembro de 2009
<i>Ação: Implantar sistema em rede nos Distritos Sanitários</i>	
Adquirir equipamentos e acessórios necessários para implantar o sistema em rede	Seis Distritos Sanitários funcionando em rede até dezembro de 2009
<i>Ação: Implementar as ações de VISA</i>	
Adquirir material eletro-eletrônico para ações da VISA	Aquisição de: 32 computadores fixos; 32 <i>palmtop</i> ; 14 impressoras; 20 máquinas fotográficas digitais; um freezer; sete aparelhos de fax; um Sistema de Posicionamento Global; locação de quatro veículos utilitários; nove cadeiras; sete pirômetros; cinco armários tipo fichário em MDF; 10 <i>pen drive</i> de 8 Gb; seis aparelhos de ar condicionado; um <i>splinter</i>

**Quadro 6– Plano de ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2009****(continuação)**

LEGENDAS: MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos; SBAC/PE – Regional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; CETESB/SP – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2009)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde

Ações previstas para 2009	Metas
<i>Ação: Implementar as ações de VISA no combate a dengue</i>	
Consolidar na prática diária, orientações para o setor regulado quanto às medidas de combate a dengue	104 inspetores sanitários realizando orientações
<i>Ação: Desenvolver ações integradas com a Coordenação Municipal de Saúde Negra e representantes de terreiro de religiões de matriz africana</i>	
Realizar reuniões com a Coordenação Municipal de Saúde Negra e representantes de terreiro de religiões de matriz africana	Realizar uma reunião até dez/2009
<i>Ação: Capacitar técnicos do laboratório municipal e química</i>	
<b>Curso de atualização e capacitação em bacteriologia/Regional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas</b>	Três técnicos capacitados

**Quadro 6– Plano de ação de Vigilância Sanitária para o ano de 2009 (conclusão)**

LEGENDAS: MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos; SBAC/PE – Regional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; CETESB/SP – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo

FONTE: Adaptado do Plano de Ação da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2009)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação em saúde

Dois aspectos puderam ser observados na análise documental. O primeiro aspecto esteve afeito à própria estrutura do plano de ação, que iniciou contemplando ações enunciadas sequencialmente, seguindo-se, em 2007, sua estruturação segundo o organograma da VISA, para, em 2008 e 2009, abandonar a relação com o organograma institucional.

O segundo aspecto a ser destacado foi a reduzida referência a atividades envolvendo educação em saúde. Houve a preocupação com o programa de educação continuada em saúde para os funcionários da VISA, representada por capacitações de inspetores e funcionários administrativos, assim como participação em eventos técnico-científicos, porém uma frequência bem menor de ações de educação em saúde, além do que estas foram predominantemente planejadas na perspectiva tradicional; restringiram-se a palestras em escolas e creches, distribuição de cartazes, *folders* e cartilhas educativas e reuniões de sensibilização com educadores da rede pública municipal.

Assim, nos quatro anos analisados, observou-se a busca do cumprimento de metas de fiscalização, as quais foram se tornando mais abrangentes, dado o avanço no processo de municipalização e descentralização das ações de vigilância sanitária.

#### 5.1.4 Relatórios de Gestão de 2006 a 2008

A análise dos Relatórios de Gestão do período de 2006 a 2008 possibilitou identificar a priorização de inspeção/fiscalização, com destaque para a municipalização das indústrias de

alimentos e a descentralização de algumas ações do Nível Central para os Distritos Sanitários, como também da educação continuada em saúde, não sendo executadas as atividades de educação em saúde.

Detalhando essa análise, observou-se que, em 2006, as atividades realizadas incluíram o cumprimento da inspeção de 13 unidades de saúde da rede privada conveniada ao SUS, além de oficina e formação de grupos de trabalho para definir competências, planejar as ações, melhorando, assim, a integração entre VISA e Saúde do Trabalhador.

Dentre as ações previstas no Plano de Ação sem especificação da meta, apenas aquela relativa à educação continuada, foi relatada no Relatório de Gestão, constando da conclusão do 2º Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, com a qualificação de 42 técnicos.

A análise do Relatório apontou, dessa forma, para a manutenção e o reforço das ações voltadas ao poder de polícia, legalmente constituído, associado em menor escala à educação continuada dos profissionais da VISA (Quadro 7).

Ação proposta para 2006	Metas	Situação em dezembro de 2006
Consolidar e aperfeiçoar as ações de Vigilância Sanitária	1. Iniciar inspeções em unidades de saúde de média e alta complexidade 1.1 Inspeccionar 13 unidades de saúde da rede privada conveniada ao SUS	1.1 Inspeccionadas as 13 unidades de saúde previstas
	2. Incorporar às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador 2.1 Realizar uma oficina para integrar as ações de vigilância em saúde do trabalhador	2.1 Realizada oficina e formados grupos de trabalho para definir competências, planejar as ações, melhorando, assim, a integração entre VISA e Saúde do Trabalhador
	3. Qualificar os profissionais da VISA 3.1 Realizar o 2º Curso de Especialização em VISA	<b>3.1 Concluído o 2º Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, com a qualificação de 42 técnicos</b>

**Quadro 7 – Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2006**

FONTE: Adaptado do Relatório de Gestão da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2006)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação continuada em saúde

No Quadro 8, estão expressas as ações constantes do Relatório de Gestão do ano de 2007, distribuídas em três categorias, segundo as situações verificadas quanto às metas terem sido total ou parcialmente alcançadas ou, ainda, não alcançadas. Dentre as atividades realizadas, houve predomínio de ações voltadas para a educação continuada em saúde sob forma de capacitações ou realização de cursos com temas específicos para o desenvolvimento das atividades das equipes. Também se identificou maior frequência de atividades de educação continuada dentre aquelas que não realizadas, voltadas para a inspeção do comércio e da

indústria de cosméticos e saneantes, como das indústrias de alimentos e bebidas. Ao considerar as metas parcialmente alcançadas, constatou-se equilíbrio entre a atividade de educação continuada, representada pela capacitação das equipes dos Distritos Sanitários, e aquelas referentes à distritalização de inspeção.

A comparação entre o Plano de Ação e o Relatório de Gestão possibilitou identificar estruturas distintas, pois, enquanto o primeiro estabeleceu ações e metas segundo o organograma da VISA, o Relatório não foi assim concebido. No entanto, ao analisar as atividades do Relatório segundo a estrutura do Plano de Ação, percebeu-se que mais frequentemente as atividades planejadas não foram realizadas ou sua realização foi parcial, especialmente as voltadas para educação continuada em saúde sob forma de capacitação. É importante ressaltar que, dentre as atividades não realizadas, esteve aquela referente à implantação de ações de promoção à saúde, com enfoque na vigilância sanitária em datas comemorativas da saúde.

Ações realizadas em 2007	Ações não alcançadas	Ações parcialmente alcançadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitação dos servidores do Protocolo da Vigilância Sanitária para atendimento ao público</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitação dos técnicos dos DS para iniciar inspeções no comércio atacadista e varejista de cosméticos e saneantes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ações de distritalização das inspeções em funerárias com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitação dos técnicos dos Distritos Sanitários em Legislação de suplementos alimentares</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitação dos técnicos do Departamento de Produtos em Fabricação de Cosméticos e Indústria de Alimentos e Bebidas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distritalização das inspeções nos consultórios odontológicos dos Distritos Sanitários</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Realização de cursos de gerenciamento de resíduos, biossegurança, saúde do trabalhador, investigação de surto e humanização/postura</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitação dos inspetores em rotulagem de alimentos</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualificação dos profissionais da Vigilância à Saúde em Cursos de Pós-graduação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção em distribuidora de medicamentos do território</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipalização da vigilância sanitária em hospitais-residência (<i>Home-Care</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária nos Distritos Sanitários</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipalização da vigilância sanitária em hospitais-residência (<i>Home-Care</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária nos Distritos Sanitários</li> </ul>	

**Quadro 8– Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2007**

FONTE: Adaptado do Relatório de Gestão da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2007)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação continuada em saúde



No Quadro 9, estão apresentadas as atividades não realizadas e desenvolvidas parcial ou totalmente no ano de 2008. Dentre as atividades cuja meta foi considerada totalmente alcançada, cabe comentar que, apesar de no Relatório de Gestão constar a elaboração de projeto de implantação do Núcleo de Educação Sanitária, esta atividade não poderia ser considerada como alcançada visto que no Plano de Ação foi planejada a implantação desse Núcleo.

Dentre as atividades parcialmente alcançadas, predominou a educação continuada em saúde, exceção feita à implantação do Projeto Jovens Inspectores, denominado “Projeto Inspectores Mirins” no Plano de Ação, o qual merece destaque por se tratar de educação em saúde (Quadro 9).

Comparando o Relatório de Gestão com o Plano de Ação do ano de 2008, observou-se que a maioria das ações foi realizada e estava voltada para atividades de inspeção sanitária, como monitoramento das condições higiênico-sanitárias do setor regulado, em detrimento daquelas direcionadas à educação em saúde, ainda mais quando se considera que nem uma delas foi totalmente alcançada.

Mesmo assim, parece importante ressaltar que o ano de 2008 sinalizou aumento das atividades de educação em saúde, quando comparado aos dois anos anteriores.

Ações realizadas em 2008	Ações não alcançadas	Ações parcialmente alcançadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilização de Conselheiros Municipais de Saúde para implantar discussões sobre as ações da VISA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implantação das ações do VIGIPOS (Sistema Nacional de Notificação e Investigação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Ações de distritalização das inspeções em funerárias com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadastro e monitoramento das cantinas de escolas particulares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação de uma Política de Divulgação da VISA até dezembro de 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distritalização das inspeções nos consultórios odontológicos dos distritos sanitários</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoramento da qualidade da água das escolas e creches municipais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aperfeiçoamento da notificação de MDDA e DTA na rede de saúde municipal até dezembro de 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Realização de capacitações para inspetores sanitários a cada dois meses durante o ano</b></li> </ul>

**Quadro 9 – Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2008**

(continua)

LEGENDAS: MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos

FONTE: Adaptado do Relatório de Gestão da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2008)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação continuada em saúde

Ações realizadas em 2008	Ações não alcançadas	Ações parcialmente alcançadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro e monitoramento dos <i>buffets</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento das ações integradas com a coordenação DST/AIDS em terreiros de religiões de matriz africana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participação dos inspetores Sanitários no Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária/2008 (SIMBRAVISA)</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento da qualidade da água dos mercados municipais</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção de mapa de risco sanitário do Recife até dezembro de 2008</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legalização dos pequenos fabricantes de saneantes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institucionalização de espaços de discussão com os Conselhos de Classe e Academia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento da qualidade dos serviços e condições higiênico-sanitárias dos micro-abatedouros</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implantação do Projeto Jovens Inspectores</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação do monitoramento da qualidade dos serviços laboratórios clínicos e postos de coleta</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação do monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas clínicas</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento das Instituições de longa permanência para idosos</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elaboração de projeto de implantação do Núcleo de Educação Sanitária</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Distritalização das ações de comércio varejista: cosméticos, limpadora de fossas, ótica e controladora de pragas</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monitoramento da Rede Hospitalar</b></li> </ul>		

**Quadro 9 – Relatório de Gestão da Vigilância Sanitária para o ano de 2008**

(conclusão)

LEGENDAS: MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos

FONTE: Adaptado do Relatório de Gestão da VISA da Secretaria de Saúde do Recife (PREFEITURA DO RECIFE, 2008)

NOTA: Trechos grafados em negrito representam itens relativos à educação continuada em saúde

## 5.2 Promoção e educação em saúde na VISA: percepção de técnicos e gestores

Na investigação da percepção de técnicos e gestores acerca do papel da VISA, buscou-se na análise de discurso identificar a forma pela qual a missão da VISA era interpretada, assim como a compreensão desses sujeitos com relação à promoção da saúde e à educação em saúde, na tentativa de detalhar a informação, cotejando o conhecimento dos conceitos e sua aplicabilidade no exercício de vigilância sanitária.

### 5.2.1 Missão da VISA

Entre gestores, constatou-se que a maioria relatou apenas os aspectos legais da VISA, relativos à proteção e passíveis de fiscalização, exemplificados pelas falas a seguir: “A missão da vigilância sanitária como tá definido na própria legislação, né? É reduzir, é minimizar os riscos à saúde da população, acho que essa é a principal missão”<sup>3</sup>.

A Vigilância Sanitária tem a missão de eliminar, diminuir, minimizar os riscos à saúde decorrentes do uso e circulação de bens e serviços, ou seja, é diminuir né? Eliminar qualquer agravo que possa ocorrer à saúde através do consumo ou uso de produtos e de serviços<sup>4</sup>.

Um gestor também reconheceu o aspecto legal do Órgão apresentando compreensão que se assemelhava ao texto da Lei nº 8.080; apontou a educação em saúde como instrumento para a redução dos riscos: “A missão da VISA é minimizar riscos, utilizando a educação em saúde como viés”<sup>5</sup>.

Entre os técnicos, os aspectos atinentes à proteção, que devem ser alvo de inspeção/fiscalização, também foram priorizados mantendo a mesma semelhança dos gestores em relação ao texto da Lei nº 8.080/90, como se observa na fala a seguir. Além disso, embora reconhecessem a educação em saúde como parte da missão da VISA, apresentavam questionamentos, apontando uma percepção mais restrita da missão voltada para a fiscalização:

Apesar de ela ter a missão de educar, ainda é pouco essa discussão d'a gente, até que ponto realmente a gente tem o papel de educar ou outras instituições tem que educar e a gente só têm que ir lá fiscalizar. O cumprimento da missão é parcial por haver condutas diferentes entre os técnicos.<sup>6</sup>

---

3 Fala do gestor A

4 Fala do gestor B

5 Fala do gestor Q

6 Fala do técnico J

Dentre os técnicos, observou-se que esta associação foi feita deixando perceber a perspectiva pedagógica, sendo que alguns técnicos associaram este aspecto à educação em saúde, obedecendo à perspectiva tradicional: “A prioridade é a questão da educação sanitária, eu acho que a gente precisa, antes d’a gente fazer uma inspeção, a gente educar os contribuintes pra que os consumidores não venham sofrer nenhum risco à saúde em relação a questão de higiene sanitária”<sup>7</sup>.

Outros técnicos explicitaram a importância de ações de educação em saúde, com base em uma perspectiva dialógica:

A vigilância sanitária tem um papel educativo. Na minha opinião a vigilância ela tem um fundamento educativo que se trata da sociedade, ele tem que fazer todo um trabalho de conscientização da sociedade pra existência desse serviço para que a sociedade possa interagir junto aos técnicos e com eles ser mais pessoas na fiscalização social [...] <sup>8</sup>

Alguns gestores, como exemplificado a seguir, referiram-se à educação em saúde como a passagem de informações, sem deixar perceber a perspectiva pedagógica adotada: “A principal missão da Vigilância Sanitária é levar à população de um modo geral informações com relação à prevenção de riscos à saúde, tanto da parte do setor regulado quanto da parte da população de um modo geral”<sup>9</sup>.

Sobre o cumprimento da missão, gestores e técnicos relataram ser realizado com dificuldade, dada a escassez primordialmente de recursos humanos para o desempenho da missão, como também a uma diferenciação salarial que parece interferir sobre o exercício da missão: “A VISA não trabalha a prevenção devido a falta de recursos humanos suficiente”<sup>10</sup> e “Quantitativo de técnicos incompatível com a demanda do serviço. Diferenciação salarial entre os técnicos da mesma equipe, em virtude da categoria profissional. Perda de profissionais para outros setores que oferecem melhor remuneração”<sup>11</sup>.

Da análise de discurso, foi possível depreender um predomínio de compreensão da missão da VISA intimamente relacionado ao texto legal que a disciplina, associando a educação à própria fiscalização.

---

7 Fala do técnico M

8 Fala do técnico S

9 Fala do gestor P

10 Fala do gestor F

11 Fala do gestor Q

### 5.2.2 Compreensão sobre promoção da saúde

Ao analisar a compreensão da promoção de saúde nas atividades de vigilância sanitária, os elementos construtivos foram ausência ou presença da referência à promoção e, quando presente, sua associação com a referência de educação em saúde, ressaltando a perspectiva que o entrevistado entendeu ser adequada e viável.

Dentre os gestores, com frequência, ela foi entendida mantendo relação com a qualidade de vida, como nas falas a seguir: “Promoção da Saúde eu entendo que são ações que você vai tá realizando pra evitar a doença não é? E melhorar a qualidade de vida das pessoas com objetivo de que elas não adoecem”<sup>12</sup> e A promoção à saúde é tudo que diz respeito à qualidade de vida, ou seja, quanto mais qualidade de vida a população tiver, mais acesso à promoção [...]<sup>13</sup>

O discurso dos gestores diferiu daquele dos técnicos, que alternaram entre distanciamento do conceito e associação dele à minimização de risco, como exemplificado nas falas a seguir, percebendo-se uma compreensão restrita de promoção relacionada à prevenção e às ações de educação em saúde de forma tradicional: “Promover saúde é conhecer os riscos e prevenir através de palestras educativas, treinamentos e capacitações”<sup>14</sup>.

Mas assim, promoção tá muito no que eu vejo relacionado com a prevenção, é você orientar a população, é você fiscalizar, é você minimizar riscos, intervir em determinadas situações pra que esses riscos sejam minimizados. Promoção é educação, é orientação, é atuação, dependente da situação.<sup>15</sup>

A perspectiva tradicional de educação em saúde pode ser percebida, ainda que como referência indireta, representada pelas falas de “divulgação, propagação direta”, “promoção é educação”, “[...] prevenir através de palestras educativas, treinamentos e capacitações”, como expresso:

Eu compreendo que seria qualquer meio, mecanismos que viesse diminuir os riscos exatamente contrários à saúde pública e dessa forma você estaria fazendo essa promoção, além do mais eu também entendo como promoção da saúde qualquer outro mecanismo que seja de divulgação, propagação direta.<sup>16</sup>

---

12 Fala do gestor A

13 Fala do gestor B

14 Fala do técnico L

15 Fala do técnico I

16 Fala do técnico S

Nesse aspecto, foi observado que o entendimento dos entrevistados era variado e, por vezes, destoante do conceito de promoção da saúde.

### 5.2.3 Compreensão sobre educação em saúde

Com relação à educação em saúde, consideraram-se elementos principais a referência de educação na vigilância sanitária, assim como a perspectiva que o entrevistado entendeu ser mais adequada para essa caracterização.

Observou-se que, entre os entrevistados, alguns não expressaram qualquer conceito de educação em saúde. Dentre aqueles que fizeram referência a essa categoria de análise, predominou a perspectiva tradicional de educação, primordialmente desenvolvida durante o processo de inspeção. Esta afirmação pode ser constatada nas falas dos gestores a seguir.

Educação em saúde, eu entendo que é uma das principais ações que devem ser desenvolvidas por todo mundo que trabalha em saúde pública não é? Educação em Saúde se faz o tempo todo. Educação em saúde através da orientação durante a inspeção. Educação em saúde não se faz só em sala de aula<sup>17</sup>.

Educação é a base de tudo. Fazer educação em saúde com cartilhas, com panfletos, com palestras, com conferências. A questão da educação em saúde, até porque nós somos um órgão de prevenção e prevenção é com educação, tanto educar pras pessoas terem uma melhor qualidade de vida, lazer, trabalho, físico, e a gente faz isso muito, muito, muito pouco, pra não dizer nada eu digo muito pouco, precisa melhorar demais<sup>18</sup>.

Entre os técnicos, constatou-se que, ao falarem em educação, referiam-se à educação continuada em saúde com ênfase na perspectiva tradicional.

Ela contribui através da capacitação técnica, do avanço do conhecimento dos técnicos que atuam na saúde [...]. A contribuição para a Promoção da saúde se dá através da capacitação técnica dos profissionais com a identificação do risco à saúde buscando evitar, diminuir ou minimizar.<sup>19</sup>

A partir do momento que a gente conhece as metas, conhece os problemas, a gente tem o diagnóstico, a gente pode sentar junto, por exemplo, na questão na educação, e tentar mudar alguns vícios, alguns hábitos que às vezes direciona para a ocorrência de alguns agravos, minimizá-los pelo menos e tentar sair quebrando essas arestas e promover saúde.<sup>20</sup>

---

17 Fala do gestor A

18 Fala do gestor G

19 Fala do técnico D

20 Fala do técnico L

Foi nessa categoria que alguns técnicos apontaram para a perspectiva dialógica de educação em saúde.

[...] é a idéia de você repassar, conhecer, ter conhecimento. Educação em saúde seria no sentido das pessoas entenderem o que é um processo de saúde doença, o que é um processo, o que é medicação, até que ponto a medicação [...]. É entender os aspectos que permeiam ele não adoecer. Educação em saúde seria promover palestra, vídeo, debate, oficina, o que fosse pra que essa propagação, esse entendimento da saúde fosse feito pela população.<sup>21</sup>

Adotar a Educação Popular com as comunidades promovendo discussões com a relação à saúde. Eu acho que tem que envolver a vigilância sanitária, a vigilância ambiental, a vigilância à saúde, a questão da assistência mesmo, trabalhar integrado pra que leve essas questões, levando informações e visando a promoção da saúde.<sup>22</sup>

Na análise dos discursos de gestores e técnicos, é importante ressaltar a ausência de referência a ações de educação em saúde e, quando estes termos foram verbalizados, faziam referência à educação continuada em saúde: “A VISA incorpora ações de educação em saúde a partir da capacitação dos técnicos. Educação permanente dos técnicos, através de especialização, mestrado, doutorado, melhorando as inspeções”<sup>23</sup>

A referência de educação em saúde na vigilância sanitária foi frequentemente entendida como integrada à inspeção e associada com a própria educação continuada, na perspectiva tradicional.

#### 5.2.4 Contribuição da educação em saúde para a promoção da saúde

Os elementos mais importantes para análise da forma como a educação em saúde poderia contribuir para a promoção em saúde foram as perspectivas tradicional e dialógica de educação, buscando-se também a identificação de referência a consciência sanitária, empoderamento e reforço da ação comunitária.

---

21 Fala do técnico J

22 Fala do técnico M

23 Fala do gestor Q

Dentre os gestores predominou a referência à perspectiva tradicional de educação em saúde, como se observa nas falas seguintes: “A contribuição para a Promoção da saúde se dá educando e capacitando as pessoas. Você acaba eliminando, você acaba trabalhando na prevenção não é?”<sup>24</sup>.

[...] se eu educo, eu promovo [...]. Então a gente tá promovendo saúde quando a gente consegue transmitir essas questões sanitárias para a população e essa população consegue fazer. É um trabalho preventivo, é um trabalho de educação que faz com que a educação mude hábitos, eu só acredito em educar quando você consegue transformar, se você educa sem transformar ele só escudou, mas, não compreendeu ai a coisa não funciona.<sup>25</sup>

Dentre os técnicos, entretanto, observou-se a referência à perspectiva dialógica exemplificada na fala a seguir.

Bom, trazendo o povo para participar, fazendo a integração, trazendo a população pra participar, e pra que se sensibilize nessa participação, se conscientize e venha trabalhar pra poder se fortalecer, reivindicar essas necessidades como grupo, como comunidade, como pessoa, como usuário. Através da participação da população das discussões em relação à saúde.<sup>26</sup>

Percebeu-se a persistência do entendimento de uma associação entre a perspectiva tradicional e a educação em saúde, com raras referências à perspectiva dialógica.

#### 5.2.5 Ações de educação em saúde desenvolvidas pela vigilância sanitária

Nessa categoria, observou-se que as ações de educação em saúde eram exercidas durante as inspeções/fiscalizações, em palestras e capacitações, na perspectiva tradicional, como deixaram perceber as seguintes falas: “Capacitações e palestras voltadas ao setor de alimentos. Orientações aos estabelecimentos comerciais vinculada a um prazo para cumprimento de exigências”<sup>27</sup>.

Através das inspeções sanitárias. A partir do momento que a gente vai ao estabelecimento e a gente informa à pessoa que está sendo inspecionada os motivos pelos quais ela não deve ter aquela conduta, que é errônea pra aquele momento eu to fazendo meu papel.<sup>28</sup>

---

24 Fala do gestor F

25 Fala do gestor R

26 Fala do técnico M

27 Fala do gestor B

28 Fala do gestor R



As ações de Educação em Saúde são realizadas através das capacitações. Na Secretaria de Saúde existe a educação em saúde, mas o trabalho com a VISA é fragmentado. A questão da metodologia que deve ser aplicada, como você vai atingir o público-alvo e na verdade a gente não tem conhecimento. A gente não consegue atingir o objetivo por causa da metodologia aplicada.<sup>29</sup>

Essa mesma interpretação da educação em saúde incorporada às ações da VISA, também se percebeu entre os técnicos, verbalizada como a realização de oficinas, palestras, educação em saúde nas escolas e no comércio de alimentos: “Ela é realizada diariamente, na inspeção sanitária [...] ela pode ser realizada numa oficina, numa palestra [...].”<sup>30</sup>. “A VISA realiza ações de educação em saúde nas escolas e no comércio de alimentos através das capacitações.”<sup>31</sup>. “Nas nossas inspeções sanitárias a gente tem procurado no momento que gente faz essa inspeção dar uma orientação.”<sup>32</sup>

No entanto alguns técnicos se referiram à perspectiva dialógica de educação em saúde, enfatizando sua opinião com a afirmação de que assim procedendo a sociedade se torna reivindicadora, mais crítica e exige mais atuação da VISA, porque tem a possibilidade de participar das discussões relacionadas à saúde, como se observa nas seguintes falas.

Bom, trazendo o povo para participar, fazendo a integração, trazendo a população pra participar, e pra que se sensibilize nessa participação, se conscientize e venha trabalhar pra poder se fortalecer, reivindicar essas necessidades como grupo, como comunidade, como pessoa, como usuário. Através da participação da população das discussões em relação à saúde<sup>33</sup>.

Então mediante a essa circunstância do que vem a ser esse processo de educação, eu vejo a Vigilância que ela tenta fazer o papel, até porque educando pra ele é benéfico, mas é benéfico não é porque vai diminuir o trabalho dela não. Vai aumentar, vai aumentar porque a sociedade, quando ela se torna mais crítica, ela exige mais atuação, então é benéfico porque a proposta da Vigilância é promover a saúde<sup>34</sup>.

As falas deixaram transparecer uma compreensão que associa fortemente a educação em saúde com o falar sobre saúde, por longo tempo, durante palestras ou capacitações, ou mesmo em períodos mais curtos, durante o processo de fiscalização ou inspeção.

---

29 Fala do gestor F

30 Fala do técnico I

31 Fala do técnico K

32 Fala do técnico L

33 Fala do técnico M

34 Fala do técnico S

### 5.3 Obstáculos e estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde no âmbito da VISA

#### 5.3.1 Obstáculos para a educação em saúde

Dentre os obstáculos que puderam ser apreendidos das falas dos entrevistados, mais frequentemente estiveram a falta de recursos financeiros, tanto para desenvolver ações de vigilância, quanto para a qualificação dos técnicos nas atividades de educação em saúde: “Didática dos técnicos; recursos financeiros; recursos humanos; ausência de parceria do nível central; ausência de um Núcleo de educação em saúde”<sup>35</sup>.

Outros obstáculos foram enunciados por técnicos, relacionados a falta de recursos humanos e transporte.

[...] precisa ter recursos humanos, precisa ter transporte, precisa ter uma série de coisas pra que a gente possa exercer a função, precisa ter treinamento de recursos humanos, a gente precisa está sabendo qual é o seu papel, qual é sua função, qual a sua atribuição pra que isso seja cumprido como deve ser padronizado o que deve ser feito.<sup>36</sup>

Foi na análise dos obstáculos que se identificou a referência da falta de planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas, como também de priorização das ações e garantia de condições de trabalho. “A nossa gestão está um pouco comprometida, a gente não está conseguindo fazer, ter garantias de condições de trabalho pra promover essa parte da promoção da saúde e da proteção da saúde não é?”<sup>37</sup>.

Organização e planejamento das ações como eu já falei a dificuldade é imensa porque a nível de distrito não é organizado nem planejado as ações, é só a nível central e não planeja entre a gente, é só entre eles mesmo. Estrutura organizacional [...] a gente precisa de um núcleo, está faltando um núcleo de educação em saúde.<sup>38</sup>

Bom, eu acho que a Vigilância Sanitária ela tem ao longo dos anos melhorado bastante, tem buscado desenvolver esse tipo de atividade. No entanto, eu acredito que ainda não conseguimos atingir o real objetivo, até porque na Vigilância a promoção à saúde não é meta prioritária de uma gestão.<sup>39</sup>

---

35 Fala do gestor R

36 Fala do técnico I

37 Fala do técnico N

38 Fala do técnico N

39 Fala do gestor E

A falta de recursos humanos também foi associada à baixa qualificação dos técnicos como obstáculo para a educação em saúde na VISA.

As dificuldades para desenvolver ações de Educação em Saúde é o número reduzido de profissionais, a qualificação dos técnicos, a organização e planejamento das ações, a estrutura organizacional e articulação com outros setores. Eu acho que a partir do momento que o gestor público realmente gratificar bem o funcionário, criar o plano de cargos e carreira, incentivar e criar estruturas dentro da prefeitura e dentro da vigilância sanitária, eu acho que isso ai pode deslanchar e a gente fazer um bom trabalho de educação em saúde.<sup>40</sup>

Um dos técnicos, na tentativa de melhor descrever os obstáculos para a educação em saúde, apresentou uma forte argumentação que pareceu derivar da própria perspectiva tradicional de educação, entendendo que os indivíduos submetidos à fiscalização (por ele denominados capacitados) prejudicavam a ação do inspetor, porque não eram capazes de assimilar ou entender o que lhes era repassado; apontava para a necessidade de outras estratégias educativas com a utilização de atividades práticas.

Existe uma dificuldade de entendimento dos capacitados, por causa do nível de formação deles, isso prejudica quando os inspetores vão fiscalizar, pois o que foi repassado durante a capacitação, pouco foi assimilado ou entendido. A vigilância deveria usar mais aulas práticas, o entendimento seria melhor. O conteúdo das capacitações são essencialmente teóricos.<sup>41</sup>

Outro obstáculo que se pode identificar na análise do discurso esteve relacionado à percepção, principalmente dos técnicos, da inexistência de um setor específico para o desenvolvimento das ações de educação em saúde, como pré-requisito indispensável, sob o argumento de que essas ações deveriam ser realizadas por um grupo formado em educação.

Sim, a gente tem muito problema, né? Primeiro por que a gente não tem esse Núcleo de Educação em Saúde. Quando a gente vai desenvolver algum tipo de material educativo, a gente tem dificuldades. Então a gente tem muita dificuldade, tanto na elaboração e confecção de materiais educativos, porque eu acho que acaba não sendo também uma prioridade até da gestão mesmo. [...] a gente tem uma dificuldade assim, muito grande, então por falta de estrutura, por falta de pessoal especializado, as pessoas também da vigilância, elas não são capacitadas pra estar desenvolvendo essas ações.<sup>42</sup>

---

40 Fala do técnico K

41 Fala do técnico O

42 Fala do gestor A

A gente tem uma grande dificuldade com o número de técnicos, de profissionais, a gente teria que ter um grupo formado em educação... Então tem a luta do Núcleo de Educação em Saúde, porque assim, a gente poderia estar formando grupos que trabalhassem [...].<sup>43</sup>

Ainda que gestores e técnicos tenham apontado obstáculos relacionados a aspectos estruturais, de valorização profissional, ou mesmo institucionais, pareceu que a tônica do problema foi considerada a insuficiência de preparo técnico para o exercício das funções de educação em saúde voltadas para a vigilância sanitária.

### 5.3.2 Estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde

Embora gestores e técnicos tivessem sido solicitados a apontar as técnicas que pudessem garantir as ações de educação em saúde, eles reiteraram as dificuldades e priorizaram os aspectos administrativos. Apesar disso, consideraram como prioridade a criação de um núcleo de educação em saúde, com estrutura adequada para formar agentes multiplicadores: “Primeiro seria a criação de um núcleo de educação, onde pudesse haver educação permanente e que uma equipe estivesse desenvolvendo trabalhos, não só trabalhos para a própria população, mas trabalhos científicos [...]”<sup>44</sup>. “A principal é essa, é formar o Núcleo. Ai dentro dessa “formar o Núcleo” teria: formar multiplicadores, adquirir recursos próprios, estrutura adequada pra isso. Acho que o principal seria a implantação do Núcleo”<sup>45</sup>.

A educação em saúde, mesmo relacionada a um núcleo específico, permaneceu sendo mal interpretada, o que se depreendeu pela referência do desenvolvimento de atividades de pesquisa, sem relação com a participação da comunidade.

[...] eu acho que tem que haver um Núcleo de Educação em Saúde dentro da vigilância sanitária, eu não sei se isso é possível, ou dentro da Secretaria de Saúde em que haja técnicos de vigilância sanitária pra estar pensando as ações de vigilância sanitária. Eu acho que a questão das capacitações técnicas em oratória, em didática, elas tem que ocorrer [...].<sup>46</sup>

---

43 Fala do técnico C

44 Falado gestor E

45 Fala do gestor B

46 Fala do gestor R

Núcleo de educação em saúde. Por que não se pensa em técnicos que tenham um diferencial pra a área de educação? Por que não se pensar dentro da vigilância quem são as pessoas que tem o interesse em trabalhar isso, pensar num núcleo estruturado ou pensar num núcleo que reúna algum tipo de pesquisa, alguma coisa assim.<sup>47</sup>

As afirmações de gestores e técnicos não apenas desnudaram a uma compreensão equivocada de educação em saúde, associando-a as atividades de fiscalização/inspeção, além de evidenciarem a sensação de falta de qualificação para tais atividades, do que pode ter derivado a importância atribuída à criação de um núcleo de educação em saúde.

---

47 Fala do técnico J

## 6 DISCUSSÃO

A educação e a saúde são valores que não mais podem ser compreendidos como bens de consumo pessoal apenas, porque esse binômio é essencial para o crescimento social e intelectual dos indivíduos em geral, na medida em que representam um investimento coletivo. Considerando que a missão da VISA é promoção e proteção da saúde das pessoas, parece estar implícita também sua contribuição para as ações de saúde por meio da educação em saúde, pressuposto do qual se partiu ao enunciar os objetivos dessa dissertação.

No entanto, a partir da análise documental e das entrevistas, foi possível identificar que a VISA, no período de 2006 a 2009, não contribuiu para a construção de uma perspectiva de atenção voltado para a promoção da saúde, já que as ações de educação em saúde não apenas foram tímidas, como também, quando realizadas, estiveram restritas à perspectiva hegemônica.

Essa constatação convidou à reflexão de que a falta de qualidade dessas ações pode ter resultado da baixa qualificação dos profissionais da VISA para ensinar, pois que não lhes não foi ensinado aprender a aprender e aprender a ensinar, o que lhes permitira empregar a perspectiva dialógica de educação em saúde para os cidadãos, a construção do conhecimento em saúde, com base em seu arsenal de verdades e vivências.

Duarte e Teixeira (2009), ao abordarem os aspectos teórico-práticos do processo de trabalho e das estruturas que definem a formação dos profissionais de vigilância sanitária, enfatizam que, devido à abrangência dessa atividade, os trabalhadores são forçados a exercer os papéis de público alvo dos órgãos formadores, nas capacitações de educação continuada, e de sujeitos mantenedores dos serviços de saúde num trabalho vivo em ato, que se configura nas inspeções e fiscalizações, mas não têm sido capacitados para se aproximar de grupos da sociedade e praticar o diálogo para ensinar numa perspectiva dialógica. O modo de organização de seu trabalho, numa lógica hierarquizada e tecnicista, não lhes permite tempo suficiente para encetar mudanças nas relações, na organização e no processo de trabalho técnico em vigilância sanitária.

É preciso compreender em que medida o processo real de trabalho e o contexto das relações de trabalho da VISA têm permitido a construção de promoção de saúde. Paralelamente ao aspecto histórico da construção da vigilância sanitária, enquanto poder de polícia para proteção da saúde dos munícipes, no Recife, que requer um dispêndio grande de

tempo, vivencia-se a municipalização da vigilância sanitária. Essa municipalização tem exigido maior tempo dedicado à educação continuada, para viabilizar o processo, tal como se pode observar da análise documental. Por outro lado, da análise das entrevistas, depreendeu-se ainda a falta de profissionais e de planejamento para desenvolver ações de educação em saúde.

Para analisar a forma como a estrutura organizacional da Vigilância Sanitária da Cidade do Recife contempla ações voltadas para a educação em saúde, pareceu adequado trazer em primeiro lugar a análise documental, posto que ela reflete, pelo menos parcialmente, a cronologia histórica da construção da vigilância sanitária, não apenas como um conjunto de atividades, mas como um processo social, que pode ser interpretada como a promoção da saúde, sob a vigilância do poder constituído.

O organograma deixou perceber que essa estrutura é verticalizada, portanto hierarquizada, voltada para sua missão, definida na Lei Orgânica 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (ANEXO F), estabelecendo os aspectos legais atinentes à vigilância sanitária, conferindo-lhe poder de polícia, o que não assegura, por si só, a compreensão social de sua importância para a saúde pública e manutenção da qualidade de vida das pessoas. No entanto nesse organograma não havia um setor voltado para educação em saúde, fazendo entender que essa atividade deveria permear as atividades referentes ao controle de alimentos, de serviços de saúde e medicamentos e aos processos sanitários.

Da análise das entrevistas, pode-se identificar que os gestores e técnicos pareceram apontar a necessidade de um Núcleo de Educação em Saúde, para viabilizar essa atividade. Admitiam que essa mudança organizacional poderia permitir a criação de um espaço físico adequado, com material educativo e alocação de recursos humanos qualificados para o desempenho dessas atividades.

Pode-se argumentar que a criação do Núcleo de Educação em Saúde poderia atuar como um fator de facilitação para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde, mas o êxito estaria condicionado predominantemente à perspectiva educacional a ser adotada, porque a participação popular, essencial a essa educação enquanto processo de construção, compreende múltiplas ações, nas quais diferentes forças sociais influenciam a formulação, a execução e a fiscalização da saúde. Não bastará a presença de profissionais qualificados para ensinar, se não houver empoderamento da sociedade e admissão de que as classes populares podem construir conhecimento (VALLA, 2001).

Tal como referido por Piovesan et al. (2005), da análise do Plano Municipal de Saúde do período de 2006 a 2009, foi possível depreender que a Vigilância Sanitária ainda não tem uma transparência correspondente a sua importância social, provavelmente pelo curso histórico de sua construção, como um órgão fundamental para a proteção e promoção da saúde.

Essa afirmativa derivou da constatação de priorização da assistência à saúde nos projetos, posto que na descrição do projeto Controle de Risco à Saúde do Plano Municipal de Saúde 2006 2009, havia um reduzido número de propostas com atividades voltadas para a inspeção sanitária, e as ações de educação em saúde não foram incluídas no plano relativo a atividades de Vigilância Sanitária, apesar de o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007) prever a integração da educação em saúde nas atividades de vigilância. Esta exclusão pode indicar a baixa inserção da VISA na construção do plano, o desconhecimento da potencialidade das suas ações na promoção da saúde ou início da municipalização das ações.

Analogamente ao que se observou no Plano Municipal de Saúde, assim também as ações planejadas para a Vigilância Sanitária, em 2006, priorizaram o poder de polícia, determinando que para essas ações de fiscalização houvesse a parceria com os setores de medicamentos e de saúde do trabalhador. Sem dúvida, a Vigilância Sanitária é o órgão responsável pelo cumprimento da letra da lei como forma de proteção aos munícipes e prevenção de danos e agravos a sua saúde, o que não significa que a participação comunitária não deva ser incentivada.

Sua integração pelo processo de educação em saúde poderá permitir o surgimento da consciência sanitária, ensejando condições para cada vez menos essa educação seja feita pelos poderes constituídos, na medida em que se agrega e se insere definitivamente nos saberes e nas verdades da população.

No entanto, ao observar que a educação em saúde para formação de técnicos em Vigilância Sanitária deu-se em moldes tradicionais hegemônicos, então a integração de saberes pareceu não ter sido incorporada ainda pelo poder constituído, embora o próprio Ministério da Saúde tenha reconhecido a força e o valor da educação dialógica na formação da consciência sanitária (BRASIL, 2009; LOPES et al., 2007).

Com relação à percepção dos técnicos e gestores da VISA sobre o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde, da análise dos discursos e dos documentos,



identificou-se a priorização das atividades relacionadas ao poder de polícia, praticamente restringindo o âmbito da Vigilância Sanitária a elas, em detrimento da educação em saúde como estratégia para promoção de saúde. Nos discursos, observou-se que técnicos e gestores da VISA perceberam educação em saúde sob dois enfoques. No primeiro, essa atividade ocorria no momento da fiscalização ou inspeção sanitária, sob a forma de orientação para embasar o cumprimento de exigências legais. No segundo enfoque, havia uma associação entre educação em saúde e as atividades de capacitação e treinamento para o setor regulado.

Cumprido ressaltar que qualquer que tenha sido a atividade desenvolvida por esses atores, houve uma referência clara e marcante do predomínio da perspectiva hegemônica de educação em saúde, constatação que suscitou duas considerações.

A primeira consideração foi enunciada por Costa e Rozenfeld (2005) ao alertarem que reduzir a ação da vigilância sanitária ao poder de polícia e à fiscalização é limitar seu alcance na transformação das condições de saúde, afirmação que é ainda mais relevante após o PDVISA, que buscou estabelecer uma nova dinâmica e um novo olhar a suas ações ao atribuir promoção e proteção à saúde à Vigilância Sanitária (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007).

A segunda consideração refere-se a uma relação entre a percepção de técnicos e gestores no que diz respeito à educação em saúde e seu processo de formação profissional. Amâncio Filho (2004), referindo-se aos dilemas e desafios da formação profissional em saúde, pontua que por não ter sido estruturada, durante anos, com o olhar nas necessidades sociais e admitir que o discurso de saúde deveria prevalecer sobre os saberes da população, contribuiu dificultando os avanços para uma política de saúde de promoção.

Esse viés, que pode ter derivado do próprio processo de formação de gestores e técnicos da Vigilância Sanitária, foi percebido na análise de discurso pela reiterada referência a uma perspectiva de educação em saúde hegemônica e dificultadora (STOTZ, DAVID, BORNSTEIN, 2007). Tanto assim que um dos técnicos chegou a verbalizar que a falta de compreensão das pessoas durante a inspeção em relação às explicações atua como um fator dificultador para que “*elas mudem de comportamento*”. O discurso de alguns gestores e técnicos parece permitir que se afirme que a população foi vista como desprovida de conhecimentos, cabendo-lhe introjetar informações consideradas verdadeiras, de domínio técnico, para que com isso os destituídos de saber mudem seus comportamentos (ALVES, 2004).

A formação profissional de gestores e técnicos da VISA deu-se obedecendo à perspectiva tradicional de ensino, ou seja, hegemônica, tal como a educação durante o exercício profissional, que se configurou como uma educação continuada, portanto tecnicista e afastada do contexto social em que suas ações eram desenvolvidas. Se o modelo de graduação e de aprimoramento de conhecimentos tinha essa base, pareceu coerente a leitura desses atores, principalmente considerando que, nos Planos de Ação, as atividades de treinamento eram previstas sob forma de capacitações e, nos Relatórios de Gestão, configuraram-se como tal.

Para que gestores e técnicos possam modificar sua percepção, será necessária a adoção da perspectiva dialógica, a qual respalda a educação em saúde, enquanto construção social que envolve diversos saberes, como também respalda a educação permanente, concebida como uma construção contínua com a participação de todos os sujeitos sociais para refletir sobre as práticas, os problemas e as soluções (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005; LOPES et al., 2007).

Albuquerque e Stotz (2004), discorrendo sobre educação em saúde, consideraram que a educação hegemônica permite baixa atuação na promoção da saúde, na medida em que responsabiliza os indivíduos pela redução dos riscos à saúde, mas parece adequado estender tal afirmação para a educação continuada, posto que ambas adotam a mesma perspectiva educacional.

A promoção da saúde, enquanto processo social, exige uma consciência sanitária que não pode ser imposta; necessariamente deve ser construída (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004). Assim, da mesma forma que a educação em saúde obteve êxito ao romper com a tradição normativa e autoritária da educação, adotando as práticas de educação popular à saúde, parece coerente admitir que a mudança do modelo de educação continuada para educação permanente dos profissionais poderá inaugurar uma fase com maior chance de desencadear a consciência sanitária na população.

É importante ressaltar que o próprio Ministério da Saúde, apesar da resistência demonstrada durante anos, mesmo em face dos resultados das experiências com educação popular à saúde, atualmente preconiza que a educação dos profissionais deve ter o modelo de educação permanente, portanto numa perspectiva dialógica (BRASIL, 2009).

Nessa problemática, é necessário fazer uma ressalva. Alguns técnicos deixaram perceber a leitura da educação em saúde na perspectiva dialógica, verbalizando “*trazendo a população para participar, (...) para que se sensibilizem, (...) se conscientizem, (...) para*

*poder se fortalecer, reivindicar suas necessidades como grupo, como comunidade, pessoa, usuário*” ou “(...) *a sociedade, quando se torna mais crítica, ela exige mais atuação, então é benéfico, porque a proposta da Vigilância é promover a saúde*”. Associado a essas informações coletadas durante a pesquisa, no dia-a-dia, temos identificado a referência de alguns gestores à contribuição que a VISA poderia dar à sociedade se considerasse o saber da população. Sem dúvida, foram afirmações pontuais, mas parecem sinalizar o despertar que pode contribuir para uma mudança importante na VISA.

Ao identificar que a VISA, no período em estudo, não promoveu educação em saúde na perspectiva dialógica, cumpre discutir as estratégias facilitadoras e os principais obstáculos que gestores e técnicos enunciaram em seus discursos, numa tentativa de melhor compreender esse fenômeno e o processo a ele subjacente.

Ainda que gestores e técnicos da VISA tenham sido questionados sobre estratégias facilitadoras para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de educação sem saúde, empregando-se para isso o plural, a análise dos discursos permitiu identificar a criação do Núcleo de Educação em Saúde como estratégia única.

Essa constatação pareceu remeter novamente a sensação de incapacidade para educar devido a ter sido treinado por educação continuada, portanto com pouca familiaridade com a perspectiva dialógica. Pode-se supor que as referências a “(...) *uma equipe estivesse desenvolvendo trabalhos para a própria população (...)*”, ou “(...) *técnicos que tenham um diferencial para a área de educação (...)*” estejam relacionadas a admitir que tais técnicos estariam capacitados a adotar perspectivas educacionais mais adequadas à educação em saúde, o que significaria a dissociação entre as atividades de inspeção sanitária e de educação em saúde. Essa dissociação pode estar sendo o resultado da não valorização do saber popular, mesmo no momento da fiscalização/ inspeção, ditada até pela perspectiva hegemônica na qual são realizadas as capacitações para os atores da VISA.

A análise de discurso corroborou os achados de Duarte e Teixeira (2009) relativos à fragilidade das estruturas do fazer e do pensar dos profissionais de Vigilância Sanitária, que adotaram dois comportamentos. De um lado, desconheciam sua importância e responsabilidade na construção da participação social, consubstanciada na consciência sanitária, por meio do diálogo nas comunidades para buscar as soluções mais adequadas e transformar o munícipe em ator da vigilância sanitária. Por outro lado, apoiaram sua fragilidade nas deficiências do processo de trabalho, que dificultavam o desenvolvimento das ações de poder de polícia.

A observação desses comportamentos se fez com base na constatação de que, dentre os obstáculos apontados para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, estiveram falta de transporte, falta de recursos financeiros e de recursos humanos, considerados essenciais para o exercício da função.

Por outro lado, apesar da ênfase dada por gestores e funcionários à educação continuada em saúde, previstas nos Planos de Ação e constantes nos Relatórios de Gestão como atividades desenvolvidas em até 100% da meta, nos discursos, se observou a qualificação profissional como obstáculo. Isso convida necessariamente a enunciar uma nova questão que merece aprofundamento em estudos posteriores: apesar de diversas atividades de educação continuada, é provável que o próprio modelo esteja atuando como fator dificultador para que gestores e técnicos se sintam capazes de realizar a integração entre conhecimentos teóricos e sua prática profissional, em benefício da população sob a forma de educação em saúde, na perspectiva dialógica.

Gestores e técnicos da Vigilância Sanitária pareceram demonstrar, no interdiscurso, sua retirada do cenário da promoção de saúde e da educação em saúde, ao atribuírem aos profissionais do Núcleo de Educação em Saúde a responsabilidade dessa educação. Ceccim (2005) aponta a necessidade de impulsionar os profissionais de saúde a buscar proximidade com a dinâmica social local, num processo de troca de conhecimento entre os atores envolvidos. Vasconcelos (2004) já fazia essa afirmação ao julgar necessária a ruptura de uma tradição normativa, autoritária da educação em saúde, para outra voltada ao social.

## 7 CONCLUSÕES

Os resultados da presente pesquisa permitiram concluir que não houve contribuição da Vigilância Sanitária para a construção da promoção da saúde, uma vez que as ações de educação em saúde foram incipientes e estiveram restritas à perspectiva hegemônica de educação.

A estrutura organizacional, vigente à época da pesquisa, não contemplava especificamente um Setor para educação em saúde, considerando que essas ações estariam diluídas nas atividades das Gerências e das Supervisões correspondentes.

Da análise documental, concluiu-se ter havido prioridade das ações de fiscalização e inspeção, em detrimento daquelas voltadas para educação em saúde as quais, quando planejadas ou realizadas, mantiveram obediência à perspectiva hegemônica e se constituíram em palestras em escolas e capacitações para o setor regulado.

A partir da análise dos discursos de técnicos e gestores da VISA, identificou-se que a percepção acerca do papel da VISA enfatizou as ações contidas na legislação pertinente, reconhecendo as ações de educação em saúde, como estratégias de promoção da saúde na perspectiva hegemônica.

Uma única estratégia foi apontada para o desenvolvimento da educação em saúde na VISA, a qual consistiu na criação do Núcleo de Educação em Saúde, dando a entender nos discursos que esta atuaria como facilitador para promoção da saúde, enquanto que os fatores dificultadores foram múltiplos e contemplaram deficiências estruturais, assim como insuficiência de quantidade e de qualificação dos recursos humanos.

Os resultados permitiram concluir haver 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.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Face aos resultados da presente dissertação e à vivência pessoal em vigilância sanitária, foi possível identificar quatro aspectos que estão a merecer atenção, apontando para caminhos que poderão facilitar a efetividade das ações de educação em saúde da VISA do Recife. São eles: a formação profissional, a comunicação, a perspectiva dialógica para educação em saúde e as interações da VISA com outros setores.

Esses aspectos se imbricam numa rede com a qual parece ser possível tecer a educação em saúde com empoderamento. Por esse motivo, nossas recomendações englobam todos os aspectos na tentativa de propor uma perspectiva nova de atuação da vigilância sanitária, para além dos muros do poder de polícia, daí a importância de incluir a comunicação nessas recomendações.

Para que a VISA busque o sucesso na educação em saúde como estratégia de promoção da saúde, há que romper os muros que a separam das comunidades e dos demais setores com os quais têm uma interface de ação. Para que isso aconteça, é necessário trabalhar a comunicação com essas comunidades, o que exige que maior atenção para o desenvolvimento de educação permanente em técnicas de comunicação numa perspectiva dialógica para os profissionais da VISA. Em relação aos demais setores, há que chamá-los para esses diálogos, admitindo que a intersetorialidade pode ajudar na construção da perspectiva dialógica.

Operacionalmente falando, poderia se instituir a realização de fóruns, como ambientes preparatórios para trabalhar a educação em saúde, envolvendo técnicos e gestores da vigilância sanitária, assim como de membros dos setores com interface com a vigilância sanitária, tendo por moderadores membros da Academia, que poderiam contemplar todos esses atores com conhecimentos facilitadores, dirimindo dúvidas e trazendo luz a assuntos polêmicos.

Outra recomendação seria a utilização da Estratégia de Saúde da Família, tomando como referencial os agentes comunitários de saúde como porta-vozes de vigilância sanitária. Esse passo seria constituído por fóruns e debates envolvendo os profissionais da VISA e agentes comunitários de saúde, para discussão de vigilância sanitária nas comunidades.

A escuta da população, as considerações a serem feitas e as decisões pactuadas poderiam atuar como facilitadores para o empoderamento da população, por um lado, como

também para a quebra de paradigmas dos técnicos e gestores da VISA.

Não se trata de desconstruir o poder de polícia da vigilância sanitária, mas de construir um diálogo com valorização dos saberes de todos os atores protagonistas da promoção da saúde.

Essa sistemática poderia despertar nos técnicos e nos gestores da VISA a leitura dos interdiscursos, onde podem estar os pontos-chave para uma educação em saúde que pudesse ser incorporada pela população, traduzida em uma linguagem que lhes seja familiar e facilmente integrada em sua rotina diária.

Essa recomendação traz, necessariamente, consigo uma outra, que se refere também à operacionalização. A análise de discursos deixou perceber que a educação em saúde requer pessoas, portanto há que contemplar a VISA com aumento de recursos humanos, para tecer uma rede semelhante àquela que configurou e possibilitou a implantação do Programa de Saúde da Família.

Recomenda-se o aumento dos recursos humanos e, proporcionalmente, de transporte e recursos financeiros destinados à vigilância sanitária, para que esta atividade possa ser incorporada às atividades de saúde, entendida como um processo contínuo, para o qual é fundamental uma presença constante, com visibilidade para a população.

As duas recomendações também buscam corrigir a injustiça histórica que cerceia as ações de vigilância sanitária, de restringir e associar essas atividades exclusivamente à punição, sentido que popularmente se associa à vigilância. Se a população entender vigilância como conduta de promoção e proteção da saúde, então teremos uma rede de cuidados de saúde efetivamente integrada.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ALVES, G. G.; LA SALVIA, M. W. et al. Health promotion: convergence between the principles of health surveillance and socially responsible schools. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, 2004.

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

ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos**: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família. 2004. 192 p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. 1. ed. Brasília, DF, 2007. 56p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 2009. 287p.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Basic epidemiology**. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção à Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_%saude\\_nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_%saude_nv.pdf). Acesso em: 20 jan. 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.428/MS de 26 de novembro de 1993**. Aprova na forma dos textos anexos, o Regulamento Técnico para Inspeção Sanitária de Alimentos – COD-100ª 001.991, as Diretrizes para o Estabelecimento de Boas Práticas de Produção e de Prestação de Serviços na Área de Alimentos – COD-100 a 002.0001 e o Regulamento Técnico para o Estabelecimento de Padrão de Identidade e Qualidade (PIQ's) para Serviços e Produtos na Área de Alimentos – COD 100 a 003.0001 e COD – 100 a 004.0001. DOU de 02/12/1993. Brasília, DF, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1565/MS/GM 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.260/GM de 23 de novembro de 2005**. Aprova a Resolução nº. 34/05 do Grupo Comum (GMC) intitulada “Glossário de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Portos de Fronteira” Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2009. 64p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 793 de 5 de abril de 1993**. Altera os Decretos nºs. 74.170 de 19 de junho de 1974 e 79.094 de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente as Leis nºs. 5.991 de 17 de janeiro de 1973 e 6.360 de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília (DF), 1993a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº. 9.782 de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília (DF), 1999.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória 1.791 de 30 de dezembro de 1998**. Convertida na Lei 9.782 de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília (DF), 1998.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. cap. 1. p. 15-38.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e o modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007a. cap. 3. p. 103-121.

CAMPOS, G. W. S. Saúde coletiva e o método Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007b. cap. 1. p. 21-35.

CARVALHO, S. R. The multiple meanings of empowerment in the health promotion proposal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir da perspectiva crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

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.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária proteção e defesa da saúde**. 2. ed. aum. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância Sanitária de Medicamentos, 2004. 496p.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária, saúde e cidadania. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. (Org.). **Cadernos de Saúde**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. cap. 1. p. 13-27.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. 4. ed.. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1. p. 15-40.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**, 2005. cap. 2., p. 39-54.

DALLARI, D. A. Vigilância Sanitária, direito e cidadania. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília, DF. **Caderno de textos**. Brasília, DF: ANVISA, 2001. p. 109-127.

DALLARI, S. G. D. Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: desvendando o enigma**. 1. ed.. Salvador: EDUFBA, 2008. cap. 2. p. 45-52.

DAVID, H. M. S. L. **Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

DUARTE, A. J. C.; TEIXEIRA, M. O. **Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária.** In: **Anais do VII Encontro Nacional do Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente.** Florianópolis, v. 7. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1., 1986, Ottawa.. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1986.

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, DC, 1996. 557p.

LEFÈVRE, F.; MARQUES, M. C. C.; LEFÈVRE, A. M. C.; et al. Representação social da Vigilância Sanitária pela população do município de Águas de Lindóia: análise da percepção de alguns riscos relevantes. **Revisa**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2005.

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

LUCCHESI, G. A vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De SETA, M. H. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária.** 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. cap. 2. p. 33-47.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde.** 2005. Disponível em: <<http://abennacional.org.br>>. Acesso em: 22 out. 2009. Acesso em: 20/06/2010.

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 Editora e Gráfica, 2008. cap. 13.

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

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262. 1993.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação e saúde na prática do agente comunitário. In: MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. cap. 1. p. 13-34.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde no *locus* saúde da família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

PIOVESAN, M. F.; PADRÃO, M. V. V.; DUMONT, M. U.; et al. Sanitary surveillance: a proposal for analysing local environments. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

RECIFE. Prefeitura Diretoria de Planejamento e Gestão. **Plano de Ação para 2005**. Recife, 2005 1p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Diretoria de Planejamento e Gestão. **Plano de Ação para 2006**. Recife, PE, 2006. 1p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Diretoria de Planejamento e Gestão. **Plano de Ação para 2007**. Recife, PE, 2007. 1p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Diretoria de Planejamento e Gestão. **Plano de Ação para 2008**. Recife, PE, 2008. 3p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Diretoria de Planejamento e Gestão. **Plano de Ação para 2009**. Recife, PE, 2009. 13p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. **Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS**. Recife, PE, 2005. 102p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Gerência de Vigilância Sanitária. **Municipalização e distritalização das ações de Vigilância Sanitária**. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2009. p. 4-11.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. **Relatório de Gestão para 2006**. Recife, PE, 2006. 1p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. **Relatório de Gestão para 2007**. Recife, PE, 2007. 3p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. **Relatório de Gestão para 2008**. Recife, PE, 2008. 4p.

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

SANTOS, M. J. F. S. Tema 2: Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. In: NAVARRETE, M. L. V.; et al. **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud**. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2006. p. 31-52.

SIGERIST, H. E. **Medicine and human welfare**. United States of America: Yale University Press, 1941. 148p.

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

STOTO, M. A. Public health surveillance in the twenty-first century: achieving population health goals while protecting individual's privacy and confidentiality. **Georgetown Law Journal**, Washington, DC, v. 96, p. 703-719, 2008.

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.; DAVID, H. M. S. L.; UN, J. A. W. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juíz de Fora, v. 8, n. 1, p. 9-30, 2005.

SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. Health promotion. In: SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. **Health care in Canada**. Ottawa: CPHA, 1992. p. 161-181.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: desvendando o enigma**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. cap. 10. p. 149-164.

VALLA, V. V. **Controle social ou controle público?** I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Cadernos de Textos. Eixo III, 2001. 10p.

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.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 635-688.

## APÊNDICE A – Roteiro guia das entrevistas

Título do Projeto: Análise das Ações de Educação em Saúde Na Vigilância Sanitária da Cidade do Recife

### TEMA 01 - Missão da VISA

- Na sua opinião, qual é a missão da VISA?
- Como você avalia o cumprimento desta missão?

### TEMA 02 - Compreensão sobre promoção da saúde

- O que você compreende sobre promoção da saúde?

### TEMA 03 - Compreensão sobre educação em saúde

- Qual é o seu entendimento sobre a educação em saúde?

### TEMA 04 - Como a educação em saúde pode contribuir para a promoção da saúde

- Na sua opinião, como a educação em saúde pode contribuir para a promoção à saúde? De que forma se dá esta contribuição?

### TEMA 05 – Ações de educação em saúde desenvolvidas pela Vigilância Sanitária

- A Vigilância Sanitária realiza ações de educação em saúde? Quais são essas ações? Como são realizadas? Exemplos.

### TEMA 06 - Obstáculos que dificultam o desenvolvimento da educação em saúde

- Você identifica alguma dificuldade para o desenvolvimento das ações de educação em saúde? Quais? (qualificação dos técnicos, organização e planejamento das ações, estrutura organizacional, articulação com outros setores)?

### TEMA 07 - Estratégias facilitadoras para o desenvolvimento da educação em saúde

- Na sua opinião, quais as estratégias que devem ser adotadas para garantir as ações de educação em saúde?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: **ANÁLISE DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA CIDADE DO RECIFE.**

**Instituição Proponente:** CPqAM/FIOCRUZ

**Pesquisador:** Marcos Roberto Andrade de Melo

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa acima citada, que tem como objetivo analisar como as ações educação em saúde desenvolvida pela Vigilância Sanitária (VISA) tem contribuído para a construção da promoção da saúde na cidade do Recife.

Sua participação não é obrigatória se fará por meio de uma entrevista. Sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição proponente, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os riscos relacionados com a sua participação na pesquisa podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, no entanto, estando resguardada a identidade / participação.

Os benefícios relacionados com a participação são no sentido de contribuir com informações ricas e significativas para o conhecimento dos aspectos relacionados às dimensões do estudo. Assim, a partir da percepção de distintos atores que compõem a Vigilância Sanitária será possível um melhor entendimento acerca das ações desenvolvidas na perspectiva de estimular a reflexão que aposte na valorização dos saberes com a participação efetiva dos trabalhadores e usuários como estratégia de reorganização do modelo de atenção em saúde.

Para a realização da entrevista serão feitas algumas perguntas, na qual você poderá



livremente responder e ainda incluir aspectos que ache pertinentes de serem colocados. Caso você concorde, toda a conversa será gravada em um MP3 e posteriormente transcrita.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com Marcos Roberto Andrade de Melo, no endereço: Rua Major Codeceira, Edifício Julião Paulo da Silva, Santo Amaro -Recife - Telefones (81) 34131297 e (81) 9921-8016.

Declaro que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Nome do/a participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009.

*Departamento de Saúde Coletiva - NESC*

Campus da UFPE - Av. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária - Recife-PE - Brasil CEP: 50670-420

Fone: 0 XX 81 21012603 - Fax: 0 XX 81 2101-2614

E-mail: [nesc@cpqam.fiocruz.br](mailto:nesc@cpqam.fiocruz.br) - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

## ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética



**Título do Projeto:** Análise das ações de educação em saúde na vigilância sanitária da cidade de Recife.

**Pesquisador responsável:** Marcos Roberto Andrade de Melo

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 22/07/2009

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 36/09

**Registro no CAAE:** 0034.0.095.000-09

### PARECER Nº 36/2009

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 10 de agosto de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 10 de agosto de 2009.


*Giselle Campozano Jouve*  
  
 Giselle Campozano Jouve  
 Farmacêutica  
 Coordenadora  
 Mat. SAUPE 0463376  
 CPqAm / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 10/08/2010

## ANEXO B – Carta de Anuência

<b>CI</b>	 PREFEITURA DO RECIFE Secretaria de Saúde	<b>Origem</b>	<b>Destino</b>
		Gerência de Desenvolvimento de Pessoas	DGVS
<b>Nº 236 / 2009</b>		<b>Resumo do assunto:</b> Apresentação de Estudante para Pesquisa	
			<b>Data:</b> 23/07/2009

Senhor(a) Diretor(a),

Informamos que o mestrando em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz, **Marcos Roberto Andrade de Melo**, está autorizado por esta Diretoria a desenvolver o projeto de pesquisa, nessa diretoria, sob o título “**Análise das Ações de Educação em Saúde na Vigilância Sanitária da Cidade do Recife**”.

Solicitamos agendamento com o estudante para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Atenciosamente,

  
**Célia Borges**  
 Gerente de Desenvolvimento de Pessoas

Célia M. Borges da Silva Santana  
 Gerente de Desenvolvimento de Pessoas  
 DGGT/SS Matr. 86.168-5

ANEXO C – Plano Municipal de Saúde

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **2006-2009**

**Recife Saudável:**

**Inclusão Social e Qualidade no SUS**

**RECIFE-PE**

**2005**

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009  
 CONTROLE DE RISCOS À SAÚDE  
 VIGILÂNCIA À SAÚDE

PROPOSIÇÕES	METAS
35. Iniciar o processo de municipalização das ações de <b>Vigilância Sanitária</b> sobre unidades de saúde de média e alta complexidade.	1. Inspeccionar as unidades de saúde da rede privada de acordo com o perfil acordado com a Secretaria de Saúde do Estado; 2. Inspeccionar progressivamente a rede estadual municipalizada.
36. Implementar a Vigilância Sanitária sobre medicamentos.	Inspeccionar de forma sistemática as distribuidoras de medicamentos, além das ações nas farmácias e almoxarifado do Sistema de Saúde do território.
37. Promover a integração da Vigilância Sanitária com a Vigilância em Saúde do Trabalhador.	Incorporar às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador (a), garantindo as entidades sindicais acompanhar as inspeções nos locais do trabalho.

## ANEXO D – Planos de ação de 2006 a 2009

## PLANO DE AÇÃO 2006

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO  
QUADRO DE METAS

LINHA DE AÇÃO: Atenção à Saúde

PROGRAMA: Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Atenção à Saúde

PROJETO/ATIVIDADE Controle de Riscos à Saúde

AÇÃO	METAS PROPOSTAS (PPA; PMS e Planilhão)	SITUAÇÃO ATÉ AGOSTO/2006	PREVISÃO ATÉ DEZEMBRO/2006	METAS PARA 2007
Iniciar inspeções em unidades de saúde de média e alta complexidade	1. Inspeccionar 13 unidades de saúde da rede privada conveniadas ao SUS	1. Foram inspeccionadas 13 unidades de saúde		
	2. Incorporar, após municipalização, na rotina da VS as 04 unidades da rede estadual	2. Não realizado. Sem previsão		
Incorporar às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador	1. Realizar uma oficina para integrar as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador	1. Realizada a programação da oficina	1. Realizar uma oficina para integrar as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, nos dias 04 e 05 de outubro	
Realizar capacitações				1. Realizar 01 capacitação para os técnicos dos DS para iniciar inspeções no comércio atacadista e varejista de cosméticos e saneantes
Implantar VS em medicamentos				2. Inspeccionar 25 distribuidoras de medicamentos do território.
Receber as ações da VS Estadual em relação as indústrias de cosméticos			2. Distritalizar para os 06 DS as Clínicas Veterinárias, Pet Shop e Comércio de Produtos Veterinários	3. Absorver do Estado 100% das indústrias de cosméticos que com o processo de licença inicial ou renovação vencidos e que não foram inspeccionadas pela VISA estadual
Descentralizar algumas ações da VS do Nível Central para os DS				4. Repassar para os DS II, IV e V as ações de interesse a saúde de baixa complexidade
				5. Descentralizar para os 06 DS as inspeções no comércio atacadista e varejista de cosméticos e saneantes
Realizar o 2º Curso de Especialização em VS			3. Capacitação de 42 técnicos da VS	
Municipalização de 100% das Indústrias de Alimentos			4. Realizar 1 inspeção anual em 100% das indústrias	

**PLANO DE AÇÃO 2007**

**PROGRAMA:** Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Atenção à Saúde

**PROJETOS/ATIVIDADES:** Controle de Riscos à Saúde

<b>GERÊNCIA OPERACIONAL DE CONTROLE DE SERVIÇOS DE INTERESSE À SAÚDE E MEDICAMENTOS - GOSMED</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>METAS</b>
Municipalização da vigilância sanitária em clínicas com internamento até 30 leitos	Realizar inspeções em 100% das clínicas
Municipalização da vigilância sanitária em hospitais-residência (Home Cares)	Realizar inspeções em 100% das empresas que prestam esse tipo de serviço
Municipalização da vigilância sanitária em farmácias de manipulação	Realizar inspeções em 100% das farmácias de manipulação
Distritalização das inspeções em funerárias com capacitação das equipe dos DS.	Distritalização das inspeções em 100% das funerárias
Distritalização das inspeções em consultórios com capacitação das equipe dos DS.	Distritalização das inspeções em 100% dos consultórios
Distritalização das inspeções em controladoras de praga com capacitação das equipe dos DS.	Distritalização das inspeções em 100% das controladoras de praga
Distritalização das inspeções em comércio de cola e thiner com capacitação das equipe dos DS.	Distritalização das inspeções em 100% do comércio de cola e thiner
Distritalização das inspeções em óticas com capacitação das equipe dos DS.	Distritalização das inspeções em 100% das óticas
Capacitação dos inspetores dos distritos para absorção das ações distritalizadas	Capacitar 100% dos técnicos dos distritos
<b>GERÊNCIA OPERACIONAL DE PROCESSOS SANITÁRIOS - GOPS</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>METAS</b>
Implantação de um gerenciador de filas no Protocolo da Vigilância Sanitária	Gerenciador implantado até o final do primeiro semestre
Capacitação de servidores do Protocolo da Vigilância Sanitária, para atendimento ao público	Equipe capacitada até o final do primeiro semestre
Implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – SIVS - nos distritos	100% dos distritos com SIVS implantado
Modernização e redimensionamento da rede de dados e da rede elétrica do SIVS	100% do SIVS modernizado e redimensionado
Emissão oportuna de licenças sanitárias para os estabelecimentos liberados pelos inspetores sanitários	100% dos estabelecimentos liberados com licenças sanitárias emitidas
<b>GERÊNCIA OPERACIONAL DE CONTROLE DE ALIMENTOS E PRODUTOS - GOCA</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>METAS</b>
Distritalização das inspeções no comércio varejista de cosméticos, saneantes e suplementos alimentares com capacitação das equipe dos DS.	100% dos estabelecimentos distritalizados
Municipalização das indústrias de bebidas, pipocas, cafés e massas com capacitação das equipe dos DS.	Realização de inspeções em 100% das indústrias
Capacitação para técnicos do Departamento em fabricação de cosméticos e indústrias de alimentos e bebidas	100% dos técnicos capacitados
Capacitação para técnicos dos Distritos Sanitários em Legislação de suplementos alimentares	100% dos técnicos dos Distritos Sanitários capacitados
Capacitação para os inspetores em rotulagem de alimentos	100% dos inspetores capacitados
Implantação de ações de Promoção da Saúde com enfoque na Vigilância Sanitária em datas comemorativas da Saúde	Profissionais da VISA com participação em todos os eventos do calendário da Saúde

<b>GERÊNCIA DA VISA</b>	
Implantação de um sistema de educação permanente para os profissionais da VISA em: Gerenciamento de Resíduos, Biossegurança, Saúde do Trabalhador, Investigação de Surto, Humanização/Postura Profissional	Realização de 10 cursos no ano de 2007
Realização de inspeção em Saúde do Trabalhador no Setor Regulado pelos profissionais da VISA	100% dos técnicos da VISA realizando inspeção em Saúde do Trabalhador



**PLANO DE AÇÃO 2008**

<b>AÇÃO</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>META</b>
Distritalizar as ações em: comércio varejista de cosméticos; limpadora de fossas e controladora de pragas - realizadas atualmente pelo NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar diagnóstico de cada DS, quanto aos recursos físicos, humanos, e necessidade de capacitação</li> <li>- Planejar a distritalização</li> <li>- Capacitar inspetores para a implantação das práticas distritalizadas</li> </ul>	Distritalizar 30% das ações de comércio varejista de cosméticos, limpadora de fossas e controladora de pragas
Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir 70 vagas no SIMBRAVISA/2008, reservando três vagas para três segmentos do CMS</li> <li>- Realizar cursos de capacitação para os inspetores sanitários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 66 inspetores e 04 Conselheiros Municipais de Saúde inscritos no SIMBRAVISA/08</li> <li>- 02 cursos por semestre</li> </ul>
Implantar de forma sistemática a prática de discussões sobre o tema “Vigilância Sanitária” nas reuniões do CMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar estratégias de participação e controle social nas ações da Visa</li> <li>- Sensibilizar os CMS, sobre a importância do tema “VISA” nas discussões do Conselho</li> </ul>	70% dos Conselheiros envolvidos
Implantar as ações do VIGIPOS	Participação dos técnicos que irão realizar as ações de análise e investigação do VIGIPOS	50% das ações do VIGIPOS realizadas pela VISA Recife
Desenvolver Estratégias de Divulgação da VISA/Recife	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar a proposta de implantação;</li> <li>- Realizar reuniões de Sensibilização com educadores;</li> <li>- Elaborar cartazes, folders e cartilhas educativas;</li> <li>- Criar um “mascote” através de um concurso com alunos das escolas</li> </ul>	Política de Divulgação da VISA implantada até dezembro 2008
Desenvolver ações integradas com a coordenação DST/AIDS em terreiro de religiões de matriz africana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar das reuniões coordenadas pela DST</li> <li>- Realizar sensibilização em Biossegurança com representantes dos terreiros.</li> </ul>	Realizar 03 ações integradas em 1 ano
Construção do mapa de risco para a VISA/ Recife	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar reuniões com os técnicos que construiram o mapa de risco epidemiológico do Recife para desenvolver ações de VISA</li> </ul>	Riscos de VISA mapeados e minimizados até dezembro/08
Implantar o Projeto “Inspetores Mirins”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar os educadores da rede pública municipal para o desenvolvimento do Projeto com vistas à seleção de alunos para desempenhar o papel de Inspetores Mirins em VISA</li> <li>- Capacitar os alunos selecionados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 “Inspetores mirins” desenvolvendo atividades de divulgação das ações preventivas de VISA até dezembro 2008</li> <li>- 100% dos Inspetores Mirins capacitados</li> </ul>

<b>AÇÃO</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>META</b>
Monitorar a qualidade da água e alimentos consumidos nas Escolas e Creches Municipais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coletar amostras de água para análise bromatológica;</li> <li>- Confeccionar cartilhas e folders;</li> <li>- Implantar ações educativas nas escolas;</li> <li>- Capacitar os manipuladores de alimentos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coletar 01 amostra a cada semestre para análise bromatológica</li> <li>- Realizar duas capacitações no ano de 2008</li> </ul>
Monitorar a Rede Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar efetivamente do PNISS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde;</li> <li>- Monitorar a qualidade da água de consumo das Unidades e gerenciamento de resíduos de saúde;</li> <li>- Monitorar instalações e equipamentos das unidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-100% da rede Inspeccionada</li> <li>- Coletar 01 amostra a cada semestre para análise microbiológica e anual para físico-químico</li> </ul>
Reduzir a sub-notificação dos casos de MDDA e DTA na rede municipal de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selecionar, a partir do mapa de risco os bairros de muito alto-risco para doenças de veiculação hídrica;</li> <li>- Realizar oficinas de sensibilização c/ profissionais da Assistência, PSF e PACS dos bairros selecionados</li> <li>- Criar banco de dados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% dos Profissionais do bairro selecionados notificando os casos</li> <li>- Banco de Dados funcionando até Dezembro/08</li> </ul>
Melhorar as condições higiênico –sanitárias de cantinas de escolas particulares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cadastramento e inspeção das cantinas localizadas em escolas particulares</li> <li>- Realizar coleta dos alimentos considerados de risco, para análise microbiológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% das cantinas das escolas monitoradas</li> <li>- Análise bromatológica de 1 amostra de alimento coletado a cada semestre/ cantina.</li> </ul>
Melhorar as condições higiênico –sanitárias de Serviços de Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar Cadastramento e inspeção;</li> <li>- Realizar coleta dos alimentos considerados de risco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 50% dos Serviços de Alimentação cadastrados e monitorados</li> <li>- Análise Bromatológica de uma amostra de alimento coletado por ano</li> </ul>
Monitorar a qualidade higiênico-sanitária dos Mercados Públicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coletar amostras de água e alimentos considerados de risco para análise laboratorial bromatológica</li> <li>- Capacitar os manipuladores de alimentos</li> <li>- Promover reuniões com os representantes dos permissionários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coletar 01 amostra de água e alimento no ano de 2008</li> <li>- Realizar duas capacitações até dezembro/2008</li> <li>- Realizar 04 reuniões no ano de 2008</li> </ul>
Possibilitar a legalização dos pequenos fabricantes de saneantes, conforme legislação vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapear e cadastrar os pequenos fabricantes</li> <li>- Capacitar responsáveis pelo fabrico</li> <li>- Estimular sistema de cooperativa ou associações</li> <li>- Estipular prazos para que se regularizem junto a ANVISA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>70% dos estabelecimentos inspeccionados e regularizados</li> </ul>
Ampliar a ação da VISA no monitoramento da qualidade dos serviços e condições higiênico-sanitárias dos abatedouros do Recife	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapear todos os abatedouros do Recife.</li> <li>- Elaborar Normatização para o abate e comercialização dos produtos.</li> <li>- Elaborar <i>check list</i> da norma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 35% dos abatedouros fiscalizados</li> <li>- Normas elaboradas até setembro/2008</li> <li>- Roteiro de visita elaborado até setembro/2008</li> </ul>

AÇÃO	ATIVIDADES	META
Ampliar a ação da VISA no monitoramento da qualidade dos serviços laboratórios clínicos e postos de coleta	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar o Cadastramento e inspeção sistemática nos laboratórios clínicos e postos de coleta</li> <li>- Estimular a legalização dos estabelecimentos definindo prazos para adequação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 50% dos laboratórios e postos de coleta cadastrados, inspecionados</li> <li>- Coletar 01 amostra a cada semestre para análise microbiológica e anual para físico-químico</li> </ul>
Ampliar a ação da VISA no monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar busca ativa para atualização de cadastro e inspeção</li> <li>-Estimular a legalização dos estabelecimentos definindo prazos para adequação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% das clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria cadastradas, inspecionadas e monitoradas</li> </ul>
Instituir espaços de discussão permanente com os Conselhos de Classe e Academia	Realizar reuniões com os representantes dos Conselhos de Classe e da Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% dos Conselhos de Classe e Academia participando das reuniões</li> </ul> <p>Realizar uma reunião a cada semestre</p>
Minimizar os riscos à saúde dos idosos nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar oficinas de sensibilização com profissionais da Assistência ao idoso Institucionalizado</li> <li>- Criar o protocolo para identificação de idoso em situação de risco</li> <li>- Inspeccionar sistematicamente as ILPIs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar duas oficinas anuais</li> <li>- Protocolo implantado até dezembro/2008</li> <li>- 100% das ILPI Monitoradas</li> </ul>
Implantar Núcleo de Educação Sanitária na VISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar a proposta de implantação do Núcleo</li> <li>- Iniciar processo de discussão para implantação do Núcleo de educação</li> <li>- Sensibilizar os gestores sobre a importância da implantação do Núcleo</li> </ul>	Núcleo implantado até dezembro 2008

**PLANO DE AÇÃO 2009**

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**

**EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Fortalecimento da gestão**

**AÇÃO: Distritalizar as ações em: limpadoras de fossas e comércio varejista de cosméticos**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Realizar diagnóstico dos DS, quanto aos recursos físicos, humanos, e necessidade de capacitação  Planejar a distritalização  Capacitar inspetores para a implantação das práticas distritalizadas	Distritalizar limpadoras de fossa para o DS VI e comércio varejista de cosméticos para o DS I, até dezembro/2009	Relatórios, Atas das reuniões e capacitações	DVS  VISA/NC  VISA/DS	ANVISA DS	1.775,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**

**EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Gestão de pessoal**

**AÇÃO: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Garantir 23 vagas na III Jornada Norte-Nordeste de VISA – Maranhão/2009 reservando três vagas para o CMS	20 inspetores Sanitários e 03 CMS inscritos na III Jornada	Certificados	SMS DVS VISA/NC VISA/DS	ANVISA	44.620,00
Curso de Processamento de artigos e superfícies	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	ANVISA	6.980,00
Cursos Investigação de Surto	Garantir 70 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS ISA/NC VISA/DS	ANVISA DS LAB. MUN.	3.270,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Gestão de pessoal****AÇÃO: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Curso Direito Sanitário	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	ANVISA DS LAB.MUN	9.725,00
Curso de Atualização em Boas Práticas de Fabricação e Comércio de Saneantes	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	6.980,00
Curso de inspeção em Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Líquidos em Serviços de Saúde	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	6.980,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Gestão de pessoal****AÇÃO: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Curso de inspeção em Laboratório de Análises Clínicas, Citopatologia e Anatomia Patológica	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	ANVISA DS LAB.MUN.	9.725,00
Curso de atualização de Avaliação em Estabelecimentos de Radiodiagnóstico	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS		Sem custo
Curso de Inspeção em Baco de Células e Tecidos germinativos					6.980,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Gestão de pessoal****AÇÃO: Promover aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais da VISA**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Inspeção em Produtos Químicos sob controle da Polícia federal	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	ANVISA DS LAB.MUN	Sem custo
Curso em Biossegurança	Garantir 40 vagas para os inspetores sanitários	Certificados Ata de frequência	SMS/DVS VISA/NC VISA/DS	ANVISA DS LAB.MUN	6.980,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Educação e comunicação em saúde para a população****Ação: Implementar de forma sistemática temas relevantes da Vigilância Sanitária para os conselheiros municipais de saúde**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Oferecer cursos sobre temas em VISA para os conselheiros municipais de saúde.	Participação de 35 conselheiros	Atas de reuniões	DVS VISA/NC VISA/DS	DS CMS	2.155,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Estrutura administrativa e operacional****AÇÃO: Consolidar as ações do VIGIPOS – SINAVISA; NOTIVISA; SNGPC**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Realizar as ações de análise e investigação do VIGIPOS	VIGIPOS implantado	Relatórios das notificações e investigações em VISA	VISA/NC GOPS	ANVISA EMPREL DS	160,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Ações integradas de saúde e ações interssetoriais****AÇÃO: Consolidar a construção do mapa de risco para a VISA/ Recife**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Finalizar digitação dos dados de cada DS	Mapa construído até dezembro 2009	Atas e relatórios das reuniões	DVS VISA/NC VISA/DS	GEPI PSA CEST SMS	780,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar a qualidade da água e alimentos consumidos nas Escolas e Creches municipais**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
- Coletar amostras de água para análise bromatológica - Implantar ações educativas nas escolas - Capacitar os manipuladores de alimentos	226 Escolas municipais monitoradas até dezembro 2009  64 creches municipais monitoradas até dezembro 2009	Resultados das amostras coletadas.  Atas de frequência das capacitações	VISA/NC  VISA/DS  GOCA	Secretaria Municipal de Educação Diretores das Escolas e Creches Municipais Lab. Munic. COMPESA CSURB	38.816,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar a Rede Municipal de Saúde**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
- Participar do PNAS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde; - Monitorar a qualidade da água de consumo das Unidades e gerenciamento de resíduos de saúde; - Monitorar instalações e equipamentos das unidades	03 hospitais municipais monitorados	Termos de notificação  Laudos do Laboratório	VISA/NC  VISA/DS  GOSMED	Lab.Municipal LACEN Diretoria Regulação DGAS DS	1.200,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Ações integrais de saúde e ações intersetoriais****AÇÃO: Ampliar a notificação dos casos de MDDA e DTA na rede municipal de saúde**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Realizar reuniões sistemáticas com profissionais da assistência básica à saúde, PSF e PACS	Realizar 01 reunião/semestre	Ata de frequência das reuniões	VISA/NC VISA/DS GOCA GOSMED GOPS	Diretoria Atenção à Saúde Diretoria Regulação PSA/GEPI/ PSF/DS CMS	Sem custo



**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar as condições higiênico-sanitárias de cantinas de escolas particulares**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Atualizar o cadastramento	88 cantinas de escolas particulares monitoradas até dezembro 2009	Termos de notificação Laudos do laboratório	VISA/NC VISA/DS GOCA	Secretaria de Educação da PCR Sindicato das Escolas Particulares Laboratório Municipal do Recife	10.618,00
Inspecionar as cantinas de escolas particulares					
Realizar coleta de água e alimentos considerados de risco, para análise bromatológica					

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar condições higiênico-sanitárias de Serviços de Alimentação (*Buffet*, restaurantes e similares)**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Atualizar o cadastramento	50% dos Serviços de Alimentação cadastrados e monitorados	Termos de notificação Laudos do laboratório	VISA/NC VISA/DS GOCA	Laboratório Municipal	23.040,00
Inspecionar os serviços de alimentação					
Realizar coleta dos alimentos considerados de risco em <i>Buffet</i> .					

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco**  
**EIXO II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde**  
**AÇÃO: Monitorar a qualidade higiênico-sanitária dos Mercados Públicos**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
<p>Inspecionar mercados públicos</p> <p>Coletar amostras de água e alimentos considerados de risco para análise laboratorial bromatológica</p> <p>Selecionara 10 mercados públicos para capacitação</p>	27 mercados públicos monitorados	Termos de notificação Atas de frequência	VISA/NC VISA/DS  GOCA	Lab.Municipal CSURB COMPESA Programa de Saúde Ambiental	2.940,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco**  
**EIXO II**  
**ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde**  
**AÇÃO: Monitorar pequenos fabricantes de saneantes, conforme legislação vigente**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
<p>Atualizar cadastramento</p> <p>Capacitar cinquenta responsáveis pelo fabrico</p> <p>Estimular sistema de cooperativa ou associações</p>	50 pequenos fabricantes monitorados	Atas de frequência	VISA/NC  VISA/DS  GOCA	ANVISA SMS ASSESSORIA JURÍDICA DA DVS	3.190,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar a qualidade dos serviços laboratórios clínicos e postos de coleta**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Atualizar o Cadastramento Inspeccionar os laboratórios clínicos e postos de coleta.	207 Laboratórios monitorados	Relatórios das inspeções	VISA/NC VISA/DS GOSMED	Lab. Municipal	360,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II****ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas clínicas de radiodiagnóstico, colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Atualizar cadastramento Inspeccionar os serviços Elaborar normas técnicas	103 clínicas monitoradas	Relatórios dos estabelecimentos Cadastrados, Inspeccionadas Licenças liberadas	VISA/NC VISA/DS GOSMED	CRCN – Centro Regional de Ciências Nucleares DEN/UFPE – Departamento de Energia Nuclear da UFPE	480,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – 5 ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Ações intersetoriais****AÇÃO: Potencializar os espaços de discussão permanente com os Conselhos de Classe e representantes dos cursos de graduação da área da saúde**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Realizar reuniões com os representantes	07 Conselhos de Classe e Academia participando das reuniões	Atas de frequência das reuniões	DVS VISA/NC VISA/DS GOCA GOSMED GOPS	Conselhos de Classe Universidades	Sem custo

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO II****ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde****AÇÃO: Monitorar as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Realizar reuniões de sensibilização com profissionais da Assistência ao idoso Institucionalizado Inspeccionar estabelecimentos	Realizar duas reuniões até dezembro/2009	Atas e relatórios das reuniões Relatórios do Monitoramento da situação risco dos idosos	Gerência de Serviços de Saúde e Medicamentos  VISA/NC  Gerência de Alimentos	Delegacia do Idoso/Ministério Público/Secretaria de Direitos Humanos/Recife  DGAS/ Saúde do Idoso  DS/PSF	5.094,50

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Estrutura administrativa e operacional****AÇÃO: Implantar link**

<b>Atividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Meio verificação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Parcerias</b>	<b>Orçamento (R\$)</b>
Adquirir rádio transmissor e demais equipamentos e acessórios necessários para expansão da capacidade e velocidade do link	Expandir potencial da rede (capacidade e velocidade) para todo o prédio do Julião Paulo até dezembro de 2009	Notas de compra	DVS  VISA/NC	Secretaria de Saúde  Diretoria de regulação  EMPREL	120.000,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**  
**EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Estrutura administrativa e operacional**  
**AÇÃO: Implantar sistema em rede nos distritos sanitários**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Adquirir equipamentos e acessórios necessários para implantar o sistema em rede	6 distritos sanitários funcionando em rede até dezembro de 2009	Notas de compra	DVS  VISA/NC	Secretaria de Saúde  Diretoria de regulação  EMPREL	80.000,00

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**  
**EIXO – II ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Estrutura administrativa e operacional**  
**AÇÃO: Implementar as ações de VISA**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Adquirir material eletro eletrônico para ações da VISA	Aquisição de: 32 computadores fixos 32 palmtop 14 impressoras 20 máquinas fotográficas digitais 01 freezer 07 aparelhos de fax 01 GPS Locação de 04 veículos utilitários 09 cadeiras 07 pirômetros 05 Armários tipo fichário em MDF 10 pen drive de 8 Gb 06 aparelhos de ar condicionado 01 splinter	Notas de compra	DVS  VISA/NC	ANVISA  Secretaria de Saúde	242.204,00

**GRUPO II – Ações estratégicas para o gerenciamento de risco****EIXO I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Ações integradas de saúde e ações intersetoriais****AÇÃO: Implementar as ações de VISA no combate a dengue**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Consolidar na prática diária, orientações para o setor regulado quanto as medidas de combate a dengue	104 inspetores sanitários realizando orientações	Termos de notificação, com as orientações realizadas	DVS GVISA	ANVISA SMS ABRASEL ABIH	Sem custo

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Ações integradas de saúde e ações intersetoriais****AÇÃO: Desenvolver ações integradas com a coordenação municipal de saúde negra e representantes de terreiro de religiões de matriz africana**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Orçamento (R\$)
Realizar reuniões com a coordenação municipal de saúde negra e representantes de terreiro de matriz africana.	Realizar 01 reunião até dez/2009	Ata de frequência da reunião	DVS  VISA/NC	Coordenação Municipal de Saúde da População Negra Representantes de terreiros de religiões de matriz africana	Sem custo

**GRUPO I – Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão****EIXO – I ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO: Gestão de pessoal****AÇÃO: Capacitar técnicos do laboratório municipal e química**

Atividades	Meta	Meio verificação	Responsáveis	Parcerias	Recursos financeiros (R\$)
Curso de atualização e capacitação em bacteriologia/SBAC/PE	03 técnicos capacitados  01 técnico	Certificados dos cursos	DVS GVISA	ANVISA	R\$ 5.900,00

**TOTAL: R\$640.952,50**

## ANEXO E – Relatórios de Gestão de 2006 a 2008

RELATÓRIO DE GESTÃO – PPA 2006		
PROGRAMA: 1.217 Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Vigilância à Saúde		
PROJETO-ATIVIDADE: 2.612 Controle de Riscos à Saúde		
<b>AÇÃO</b>	<b>METAS PROPOSTAS PAR 2006</b>	<b>SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2006</b>
<b>Consolidar e aperfeiçoar as ações de Vigilância Sanitária</b>	<b>1. Iniciar inspeções em unidades de saúde de média e alta complexidade</b> 1.1 Inspeccionar 13 unidades de saúde da rede privada conveniada ao SUS	1.1 Inspeccionadas as 13 unidades de saúde previstas
	<b>2. Incorporar às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador</b> 2.1 Realizar uma oficina para integrar as ações de vigilância em saúde do trabalhador	2.1 Realizada oficina e formados grupos de trabalho para definir competências, planejar as ações, melhorando, assim, a integração entre VISA e Saúde do Trabalhador.
	<b>3. Qualificar os profissionais da VS</b> 3.1 Realizar o 2º Curso de Especialização em VISA	3.1 Concluído o 2º Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, com a qualificação de 42 técnicos

## SECRETARIA DE SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO PPA 2007

**PROGRAMA: 1.217 Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Vigilância à Saúde****PROJETO/ATIVIDADE: 2.612 – Controle de Riscos à Saúde****AÇÃO: Consolidar e aperfeiçoar as ações de Vigilância Sanitária**

ATIVIDADE	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	META	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO
Capacitação dos técnicos dos DS para iniciar Inspeções no comércio atacadista e varejista de cosméticos e saneantes.	Nº de capacitações realizadas	VIGILÂNCIA Sanitária (VISA)	01 capacitação	Meta não alcançada	Ação não distritalizada pela carência de RH
Capacitação dos servidores do Protocolo da Vigilância Sanitária, para atendimento ao público.	Proporção de servidores capacitados	VISA	100% dos servidores	Meta alcançada	100% dos servidores capacitados pela Diretoria de Regulação, mediante implantação da Ouvidoria da Saúde.

ATIVIDADE	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	META	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO
Capacitação dos técnicos do Departamento de produtos em fabricação de cosméticos e indústria de alimentos e bebidas.	Proporção de técnicos capacitados	VISA	100% dos técnicos	Meta não alcançada	Ação não municipalizada pela carência de RH
Capacitação dos técnicos dos Distritos Sanitários em Legislação de suplementos alimentares	Proporção de técnicos	VISA	100% dos técnicos	Meta alcançada	Foi capacitado 100% dos técnicos dos distritos



ATIVIDADE	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	META	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO
Capacitação dos inspetores em rotulagem de alimentos	Proporção de inspetores capacitados	VISA	100% dos inspetores	Meta não alcançada	A ANVISA priorizou a capacitação dos técnicos do Estado e reprogramou agenda para 2008.

ATIVIDADE	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	META	SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO
Realização de cursos: -Gerenciamento de Resíduos -Biossegurança -Saúde do Trabalhador -Investigação de Surto - Humanização/Postura Profissional	Nº de cursos realizados  Proporção de inspetores capacitados	VISA	10 cursos  100% dos inspetores da VISA	Meta alcançada	Foram realizados 10 cursos para capacitação de 100% dos inspetores
Qualificação dos profissionais da Vigilância à Saúde em Cursos de Pós-graduação	Proporção de profissionais capacitados	VISA	30% dos profissionais	Meta alcançada	Especialização em Vigilância Sanitária para 81 profissionais, que corresponde a 61,30% dos profissionais.
Inspeção em distribuidoras de medicamentos do território	Nº de distribuidoras de medicamentos	VISA	25 distribuidoras	Meta não alcançada	Ação não municipalizada por falta de pessoas
Distritalização das inspeções em funerárias com capacitação das equipes dos Distritos Sanitários	Proporção de equipes n°. de Distritos	VISA	100% das equipes 6 distritos sanitários	Meta parcialmente alcançada	Distritalização realizada em 100% das equipes dos DS I, III e VI.
Municipalização da vigilância sanitária em hospitais-residência (Home Care).	Proporção de hospitais residência.	VISA	100% dos hospitais residência	Meta alcançada	VISA municipalizada em 100% hospitais-residência

<b>ATIVIDADE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>META</b>	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
Distritalização das inspeções nos consultórios odontológicos dos distritos sanitários	Proporção de consultórios odontológicos  Nº de distritos sanitários	VISA	100% dos consultórios odontológicos  6 distritos sanitários	Meta parcialmente alcançada	Distritalização realizada em 100% dos consultórios dos DS I e VI
Implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – SIVS - nos distritos	Sistema de informação implantado	VISA	Sistema de informação	Meta não alcançada	Pendência de implantação da rede. Reprogramada para 2008
Realização de inspeção em Saúde do Trabalhador em 100% do Setor Regulado (Serviços de Interesse à Saúde) pelos inspetores VISA.	Proporção de serviços inspecionados	VISA	100% dos serviços	Meta alcançada	Inspeção realizada em 100% do Setor Regulado

## SECRETARIA DE SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO 2008

**PROGRAMA 1.217 – Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Vigilância à Saúde**  
**PROJETO/ATIVIDADE 2.725 – Desenvolvimento de ações da Vigilância Sanitária**  
**AÇÃO: Consolidar e aperfeiçoar as ações de Vigilância Sanitária**

ATIVIDADE	INDICADOR	META	DESCRIÇÃO	SIT
Realização de capacitações para inspetores sanitários a cada dois meses durante o ano.	Número de capacitações realizadas	06 capacitações	Foram realizados 04 capacitações em: rotulagem; oficina gestão risco; BPF cosméticos; qualidade do leite.	MPA
Participação dos inspetores Sanitários no SIMBRAVISA (Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária/2008)	Número de inspetores participantes do SIMBRAVISA Número de inspetores participantes do SIMBRAVISA	60 inspetores	Participaram 40 inspetores do SIMBRAVISA	MPA
Sensibilização de Conselheiros Municipais de Saúde para implantar discussões sobre as ações da VISA.	Número de conselheiros municipais de saúde sensibilizados	2 Conselheiros Municipais de Saúde	Curso realizado para 12 conselheiros municipais	MA
Implantação das ações do VIGIPÓS (Sistema Nacional de Notificação e Investigação)	VIGIPÓS implantado	Implantar o VIGIPÓS	EMPREL em consonância com a ANVISA para possibilitar a implantação em 2009.	MNA
Criação de uma Política de Divulgação da VISA até dezembro de 2008	Política de Divulgação da VISA criada	Criar Política de Divulgação da VISA	Este projeto dependia do projeto “Jovens inspetores”, cuja concretização não foi possível.	MNA

ATIVIDADE	INDICADOR	META	DESCRIÇÃO	SIT
Construção de mapa de risco sanitário do Recife até dezembro de 2008	Mapa construído	Construir mapa	Elaborado questionário. Os dados estão sendo inseridos no EPInfo, para consolidação e análise em 2009	MPA
Cadastro e monitoramento das cantinas de escolas particulares do Recife	Número de cantinas de escolas particulares monitoradas	88 cantinas de escolas particulares	Foram monitoradas 88 cantinas de escolas particulares	MA
Monitoramento da qualidade da água das escolas e creches municipais.	Número de escolas e creches municipais monitoradas	226 escolas e 64 creches	Realizado inspeção e coleta de amostras de água para análise bromatológica em 226 escolas e 64 creches	MA
Cadastro e monitoramento dos <i>buffets</i> do Recife	Número de <i>buffets</i> cadastros e monitorados	114 <i>buffets</i>	Todos os 114 <i>buffets</i> foram monitorados	MA
Monitoramento da qualidade da água dos mercados municipais.	Número de mercados monitorados	23 mercados municipais	Realizada inspeção e coleta de amostras de água para análise bromatológica nos 23 mercados	MA
Possibilitar a legalização dos pequenos fabricantes de saneantes, conforme legislação vigente	Número de fabricantes de saneantes legalizados	56 estabelecimentos	Foram cadastrados 56 estabelecimentos e a ação foi reprogramada para 2009.	MA
Monitoramento da qualidade dos serviços e condições higiênicosanitárias dos micro-abatedouros do Recife	Proporção dos micro-abatedouros monitorados	35% dos micro-abatedouros	Ação reprogramada para 2009, através dos seguintes passos: levantamento do número de micro-abatedouros, consolidação da norma técnica.	MA
Ampliação do monitoramento da qualidade dos serviços laboratórios clínicos e postos de coleta	Número laboratórios e postos de coleta cadastrados e inspecionados	207 laboratórios e postos de coleta	Realizado o cadastramento e inspeção nos 207 laboratórios clínicos e postos de coleta	MA
Ampliação do monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas clínicas	Número de clínicas inspecionadas	103 clínicas de radiodiagnóstico colposcopia, citologia, ginecologia e pediatria	Realizada inspeção nas 103 clínicas.	MA

<b>ATIVIDADE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>SIT</b>
Aperfeiçoamento da notificação de MDDA e DTA na rede de saúde municipal até dezembro de 2008	Proporção de profissionais da Assistência, PSF e PACS dos bairros selecionados e sensibilizados para a notificação de MDDA e DTA	100% dos Profissionais do bairro	Ação reprogramada para 2009, que será realizada através de oficinas de sensibilização c/ profissionais da Assistência, PSF e PACS dos bairros selecionados	MNA
Institucionalização de espaços de discussão com os Conselhos de Classe e Academia	Número de conselhos contactados para discussão	08 Conselhos de Classe e Academia	Realizadas reuniões com 04 Conselhos de classe: Medicina, Nutrição, Odontologia e Farmácia	MPA
Monitoramento das ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos)	Número de ILPI monitoradas	32 ILPI	Realizado monitoramento sistemático em 32 ILPI	MA
Elaboração de projeto de implantação do Núcleo de Educação Sanitária	Projeto elaborado	Elaborar projeto até dezembro de 2008	O projeto foi elaborado por uma equipe de inspetores sanitários	MA
Distritalização das ações de comércio varejista: cosméticos; limpadora de fossas, ótica e controladora de pragas	Proporção de ações distritalizadas	30% das ações	Foi distritalizada 30% das atividades, e realizadas inspeções conjuntas entre o nível central e DS	MA
Desenvolvimento das ações integradas com a coordenação DST/AIDS em terreiro de religiões de matriz africana	Número de ações integradas Desenvolvidas	03 ações integradas	Ação reprogramada para 2009, onde serão realizadas reuniões com a Coordenação Municipal de Saúde da População Negra	MNA
Implantação do Projeto Jovens Inspetores	Nº de jovens inspetores sensibilizados e capacitados	42 jovens inspetores	Realizada sensibilização e capacitação de 30 jovens inspetores. Não foi possível a contratação dos alunos devido a mudança da lei de estágio	MPA
Monitoramento da Rede Hospitalar Municipal de Saúde	Número de hospitais da rede municipal de saúde monitorados	03 da rede municipal	Realizada inspeção e monitoramento, e coleta amostra de água para análise Microbiológica nos 03 hospitais	MA

ANEXO F – Diário Oficial da União – nº 182, de 20 de setembro de 1990

Original com Defc:

18056 SEÇÃO I

DIÁRIO OFICIAL

QUINTA-FEIRA, 20 SET 1990

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou 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.

§ 3º - 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, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas as práticas profissionais;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica de listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO III

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar de iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10 - Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos dispõem sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11 - (VETADO)

Art. 12 - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e Órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13 - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacovigilância;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia;
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14 - Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

SEÇÃO I

Das Atribuições Comuns

Art. 15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

Imprensa Nacional  
SIO - Quadra 6, Lote 800 - 70604 - Brasília/DF  
Telefones: (FAX) (61) 321-5225 - Telex: (61) 1296 DMMN BR  
Fax: (61) 325-3296  
CGC/MF: 0039459/0019-12

**CEZAR BADO**  
Diretor-Geral

**NELSON JORGE MONAIAR**  
Diretor de Publicações de Órgãos Oficiais

**DIÁRIO OFICIAL - Seção I**  
Órgão destinado à publicação de atos normativos

**JORGE LUIZ ALENCAR GUERRA**  
Editor

Publicações: os originais devem ser entregues na Seção de Recebimento de Matrizes. Matrizes entregues até às 16 horas serão divulgadas no edição do dia imediato. Retiradas deverão ser feitas por escrito à Diretoria de Publicações de Órgãos Oficiais até o quinto dia útil após sua publicação.

Assinaturas: as assinaturas valem a partir de sua efetivação e não incluem os suplementos, que podem ser adquiridos separadamente.

	Diário Oficial		Diário de Justiça	
	Seção I	Seção II	Seção I	Seção II
Preços				
ASSINATURA TRIMESTRAL	R\$ 1.547,00	R\$ 405,00	R\$ 1.547,00	R\$ 1.547,00
MÚLTIPLA	R\$ 2.455,20	R\$ 1.254,00	R\$ 4.501,20	R\$ 2.455,20

Informações: Seção de Divulgação da Imprensa Nacional (DUCOM/SEDDIV)  
Telefones: (61) 321-5225 - R. 303/720 ou (61) 325-3296  
Horário: 8h às 17:30h e 18:30h às 17:00h.

## Original com Defeito

QUINTA-FEIRA, 20 SET 1990

DIÁRIO OFICIAL

SEÇÃO I

18057

- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizem a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II

## Da Competência

- Art. 16 - A direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:
- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratório de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
- Parágrafo único - A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17 - A direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

- Art. 18 - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:
- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observar o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19 - Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

## CAPÍTULO I

## Do Funcionamento

Art. 20 - Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22 - Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23 - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º - Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º - Excetua-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer fins para a seguridade social.

## CAPÍTULO II

## Da Participação Complementar

Art. 24 - Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo Único - A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25 - Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º - Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º - Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º - (VETADO).

§ 4º - Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

## TÍTULO IV

## Dos Recursos Humanos

Art. 27 - A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único - Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28 - Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º - Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º - O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29 - (VETADO).

Art. 30 - As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V

## Do Financiamento

## CAPÍTULO I

## Dos Recursos

Art. 31 - O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32 - São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO).

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º - Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viçados.

§ 2º - As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde foram arrecadadas.

§ 3º - As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

§ 4º - (VETADO).

§ 5º - As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º - (VETADO).

## CAPÍTULO II

## Da Gestão Financeira

Art. 33 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º - (VETADO).

§ 3º - (VETADO).

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade da programação, aprovação da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34 - As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo Único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único - Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção de despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35 - Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo



número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 20 - Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos nacionais desta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 19 - (VETADO).

§ 40 - (VETADO).

§ 30 - (VETADO).

§ 60 - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36 - O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, óvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 10 - Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 20 - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37 - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes e normas observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38 - Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39 - (VETADO)

§ 10 - (VETADO).

§ 20 - (VETADO).

§ 30 - (VETADO).

§ 40 - (VETADO).

§ 50 - A questão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 60 - Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 70 - (VETADO).

§ 80 - O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneras, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40 - (VETADO).

Art. 41 - As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão com referência de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42 - (VETADO).

Art. 43 - A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44 - (VETADO).

Art. 45 - Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 10 - Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 20 - Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme se dispuser em convênio que, para essa fim, for firmado.

Art. 46 - O Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47 - O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48 - (VETADO).

Art. 49 - (VETADO).

Art. 50 - Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 51 - (VETADO).

Art. 52 - Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta Lei.

Art. 53 - (VETADO).

Art. 54 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55 - São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, em 19 de setembro de 1990; 1690 da Independência e 1020 da República.

FERNANDO COLLOR  
Alceni Guerra

## Atos do Poder Executivo

Medida Provisória nº 226, de 19 de setembro de 1990.

Autoriza o Poder Executivo a abrir ao Orçamento da Seguridade Social da União crédito extraordinário no valor de Cr\$ 130.400.000,00, para os fins que especifica.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 10 Fica o Poder Executivo autorizado a abrir ao Orçamento da Seguridade Social da União (Lei nº 7.999, de 31 de janeiro de 1990), em favor do Ministério da Justiça, crédito extraordinário no valor de Cr\$ 130.400.000,00 (cento e trinta milhões e quatrocentos mil cruzeiros), para atender à programação constante do Anexo I desta Medida Provisória.

Art. 20 Os recursos necessários à execução do disposto no artigo anterior são provenientes do cancelamento da dotação constante do Anexo II desta Medida Provisória e no montante especificado.

Art. 30 O Departamento do Tesouro Nacional do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento colocará, imediatamente, o valor integral deste crédito extraordinário à disposição do Ministério da Justiça.

Art. 40 Fica o Poder Executivo autorizado a abrir créditos adicionais à conta de recursos oriundos de convênios entre órgãos Federais, decorrentes da aplicação desta Medida Provisória, desde que respeitados os objetivos e metas da programação aprovada.

Art. 50 As relações jurídicas decorrentes da Medida Provisória nº 206, de 17 de agosto de 1990, serão disciplinadas pelo Congresso Nacional, nos termos do disposto no parágrafo único do art. 62 da Constituição da República Federativa do Brasil.

Art. 60 Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 70 Revoga-se as disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 1690 da Independência e 1020 da República.

FERNANDO COLLOR  
Bernardo Cabral  
Zélia M. Cardoso de Mello