



**Universidade de Brasília
Centro de Excelência em Turismo - CET**

Pós-graduação Lato Sensu

Curso de Especialização em Qualidade em Alimentos

**“A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO
DISTRITO FEDERAL”**

THALITA ANTONY DE SOUZA LIMA

Brasília-DF
Março/ 2006

**Universidade de Brasília
CET – Centro de Excelência em Turismo**

Curso de Especialização em Qualidade em Alimentos

**“A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO
DISTRITO FEDERAL”**

THALITA ANTONY DE SOUZA LIMA

Wilma Maria Coelho Araújo,
Doutora
Professor Coordenador

Lucianne Cardoso,
Mestre
Professor Orientador

Wilma Maria Coelho Araújo,
Doutora
Professor Examinador

*“Trabalho apresentado em cumprimento às exigências acadêmicas parciais do
curso de pós-graduação lato sensu em Qualidade em Alimentos para a obtenção do
grau de Especialista”*

Brasília – DF
Março/2006

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais que atuam na
vigilância sanitária no Brasil.

EPÍGRAFE

“A educação é aquilo que permanece depois
que tudo o que aprendemos foi esquecido.”
(Burrhus Frederic Skinner)

RESUMO

Neste trabalho avaliou-se a qualificação dos profissionais da vigilância sanitária do Distrito Federal que exercem atividades de poder de polícia administrativa, com enfoque na área de produção de alimentos. Para isso, utilizou-se o conceito de Resende (2003) que define qualificação como o domínio de conhecimentos especializados resultantes da experiência, formação e treinamento requeridos para a execução de determinados trabalhos, ou exercício de profissões, cargos ou atividades específicas. Para a obtenção dos dados necessários, adotou-se como técnica de pesquisa, a documentação indireta por meio de pesquisa bibliográfica e documental e a documentação direta por meio da observação direta extensiva com aplicação de questionário contendo 16 perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha, a 66 profissionais da vigilância sanitária do Distrito Federal. Os resultados mostraram que a qualificação técnica dos recursos humanos da VISA DF precisa ser aprimorada. Apesar de 75% dos profissionais possuírem curso superior, a formação predominante não é na área de saúde. Quanto à pós-graduação, observou-se que a predominância era em nível *lato sensu*, havendo um reduzido número de profissionais em nível *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Por outro lado, verificou-se um elevado tempo de experiência em vigilância sanitária, o que contribui para uma boa atuação profissional. A necessidade de qualificação desses profissionais demanda a concentração de esforços dos partícipes envolvidos, na elaboração de um programa de capacitação completo e eficiente para valorizar a ferramenta mais importante da vigilância sanitária: os recursos humanos. A parceria com centros formadores em saúde e núcleos de estudos em saúde coletiva é parte da estratégia para construir e implementar uma política nacional de desenvolvimento de recursos humanos na VISA sendo indispensável buscar, constantemente, incluir o amplo espectro de atribuições que lhes são outorgadas.

Palavras-chaves: qualificação, vigilância sanitária, Distrito Federal

ABSTRACT

This paper pretended to evaluate the technical qualification of the professionals of Distrito Federal's health surveillance who exercise the police power, hanging in the food production area. For that, it was exert the concept of Resende (2003) who defines qualification as the dominion of specialized knowledge as result of experience, formation and training required to the execution of determined works or professional exercise, posts or specific activities. In order to obtain the necessary information, it was used as technique of research the indirect documentation by bibliographic and documental research and the direct documentation by the extensive direct observation with the application of a questionnaire containing 16 open, closed and multiple choices questions to 66 professionals of Distrito Federal's health surveillance. The results showed that technical qualification of human resources in Distrito Federal's health surveillance needs to be improved. Despite that 75% of the professionals have superior graduation, they are not predominant in the health area. Concerning to pos graduation, it was observed the predomination of *lato sensu* level and a reduced number of professionals with *strictu sensu* level (master and doctor). In the other hand, it was verified a long time experience in health surveillance which contributes to a good professional actuation. The necessity of qualifying these professionals demands concentration of participants' efforts in the elaboration of a complete and efficient program in order to valorize the most important implement of health surveillance: human resources. Partnership with formatting health centers and nucleus of collective health study's is part of the strategy to build and implement a national policy of development of health surveillance' human resources, and it's indispensable to search constantly to include the vast spectrum of attributions that are granted to them.

Key words: qualification, health surveillance, Distrito Federal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivo Geral.....	3
1.2 Objetivos Específicos.....	4
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1 A Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil.....	5
2.1.1 Da Monarquia ao Fim da República Velha (1930).....	5
2.1.2 “Era Vargas” (1930-1964).....	8
2.1.3 Autoritarismo (1964-1984).....	10
2.1.4 Nova República (1985-1988).....	13
2.1.5 Pós-Constituinte	14
2.2 A Vigilância Sanitária no Distrito Federal.....	16
2.3 A Vigilância Sanitária Como Prática do SUS e a Descentralização.....	18
2.4 Competência e Qualificação.....	21
3. METODOLOGIA.....	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5. CONCLUSÃO.....	45
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
7. APÊNDICES.....	50
7.1 APÊNDICE A.....	50
7.2 APÊNDICE B.....	53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Distribuição dos participantes segundo sexo.....	29
FIGURA 2. Distribuição dos participantes segundo a faixa etária.....	30
FIGURA 3. Distribuição dos participantes segundo o tempo de experiência em vigilância sanitária.....	31
FIGURA 4. Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade	33
FIGURA 5. Percentual de participantes que realizaram cursos de atualização.....	35
FIGURA 6. Frequência de promoção de cursos de capacitação pela VISA DF.....	37
FIGURA 7. Modalidades de capacitação adequadas para a qualificação dos profissionais de vigilância sanitária.....	39
FIGURA 8. Avaliação dos participantes sobre seu conhecimento em vigilância sanitária.....	40
FIGURA 9. Adequação dos cursos de capacitação já realizados à realidade do trabalho.....	41

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Temas apontados pelos participantes para serem	42
	abordados em capacitações.....	

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990) e seu artigo 6º, vigilância sanitária é definida como:

“um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir e prevenir os riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

A vigilância sanitária está incluída no âmbito de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS e, portanto, deve ser desenvolvida de acordo com seus princípios. Um desses princípios se refere à descentralização político-administrativa, com direção única para cada esfera de governo, enfatizando a descentralização dos serviços para os municípios.

O Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, realizado no ano de 2004 (ANVISA, 2004) teve como objetivo, conhecer o conjunto de trabalhadores da área de vigilância sanitária em todo país, identificando suas características e especificidades para contribuir com a implementação do Subsistema Nacional de Vigilância Sanitária do Sistema Único de Saúde – SUS. Os resultados obtidos mostraram que, dos 5.560 municípios existentes no país, 4.469 (80,2%) possuem trabalhadores de vigilância sanitária. O número desses profissionais é de 32.135, sendo 15,6% na esfera federal, 17% na esfera estadual e 59,8%, na esfera municipal. Pelos dados expostos, observa-se o incremento da descentralização das ações da vigilância sanitária e a concentração de recursos humanos na esfera municipal, indicando a necessidade de se qualificar técnico-cientificamente os profissionais que atuam nessa área.

Cabe ressaltar que os conceitos de qualificação e competência não são sinônimos. Resende (2003, p. 37) faz a diferenciação de ambos, a seguir:

“Qualificação é o domínio de conhecimentos especializados resultantes da experiência, formação e treinamento, requeridos para a execução de determinados trabalhos, ou exercício de profissões, cargos ou atividades específicas”.

Ou seja, qualificação diz respeito à educação escolar, formação técnica e à experiência profissional. Já o conceito de competência vai além e, conforme descreve o autor, diz respeito à combinação de conhecimentos e comportamentos. Conhecimentos que incluem formação, treinamento, experiência e auto-desenvolvimento. Comportamento que engloba habilidades, interesse e vontade. A competência é, portanto, a aplicação prática desses conhecimentos, aptidões, habilidades, valores, interesse – no todo ou em parte – com obtenção de resultados.

Quanto mais bem qualificadas, mais probabilidades os profissionais têm de serem competentes no exercício de suas atividades. (RESENDE, 2003, p. 37).

Segundo Leite e Roncalli (2003, p.2), as necessidades de conhecimento técnico-científico se colocam como fundamentais, na medida em que, ao lidar com o mercado e tendo que supervisioná-lo, faz-se necessário dominar as técnicas e os conhecimentos que o sustentam. Além disso, o desenvolvimento de recursos humanos em vigilância sanitária, incluindo processos de capacitação, constitui um dos desafios para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (CAMPOS et al, 2001, p.9).

A vigilância sanitária tem, portanto, um enorme obstáculo a vencer: o de qualificar, em tempo coerente com as necessidades, os trabalhadores, para assegurar-lhes empregos de qualidade e garantir o sucesso do processo de modernização produtiva. Esses profissionais precisam estar inclusos em uma política de desenvolvimento e qualificação profissional bem como mecanismos de valorização como planos de cargos, carreiras e salários, em virtude das peculiaridades do trabalho em vigilância sanitária, que impõem limitações quanto ao vínculo empregatício, impedimentos de exercício profissional no setor regulado, vulnerabilidade a pressões de ordem política e econômica e não raramente, agressões físicas aos profissionais.

Diante do exposto, este trabalho se propõe a avaliar a qualificação dos profissionais da vigilância sanitária que exercem as atividades de poder de polícia¹ administrativa, tomando por base o Distrito Federal. Além disso, por se tratar de um campo de atuação muito amplo, optou-se por focar a área de produção de alimentos, a qual vem apresentando grande crescimento nos últimos anos e demanda profissionais cada vez mais capacitados para sua fiscalização.

Sob essa perspectiva e com o objetivo de facilitar a consulta, este trabalho compreende três partes. Primeiramente, é apresentada uma revisão de literatura a respeito da constituição da vigilância sanitária no Brasil e no Distrito Federal, a descentralização das ações de saúde para a esfera municipal e a importância da qualificação dos recursos humanos que atuam na vigilância sanitária, em todas as esferas federativas. A segunda parte diz respeito à metodologia desta pesquisa. Inicia-se com a elaboração do instrumento de pesquisa, sua validação pelo método de análise de juízes e análise semântica, e sua aplicação à amostra selecionada. Na terceira e última etapa são apresentadas a análise, tabulação e discussão dos dados obtidos.

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualificação dos profissionais da vigilância sanitária do Distrito Federal que exercem atividades de poder de polícia administrativa, com enfoque na área de alimentos.

¹ Poder de polícia é a faculdade de que dispõe a administração pública para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade ou do próprio Estado.

1.2 Objetivos Específicos

- a) Conhecer a qualificação dos fiscais da vigilância sanitária do Distrito Federal no que diz respeito à educação escolar, formação técnica e experiência profissional, focando-se na área de alimentos.
- b) Verificar a adequação dos cursos de qualificação realizados por esses profissionais;
- c) Verificar, sob o ponto de vista dos participantes, se a coordenação da vigilância sanitária atua na promoção da qualificação de seus profissionais.
- d) Verificar a fidedignidade do instrumento de pesquisa elaborado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil

2.1.1 Da Monarquia ao Fim da República Velha (1930)

Com relação à história do controle sanitário no Brasil-Colônia, Rozenfeld (2000, p. 23) afirma que sua base era o modelo existente em Portugal, com ênfase na necessidade de se legitimar os ofícios de físico, cirurgião e boticário. As medidas de higiene pública como limpeza das cidades, controle da água e do esgoto, comércio de alimentos, abate de animais e controle das regiões portuárias eram de responsabilidade das Câmaras Municipais. Embora de forma reduzida, desde o século XVI houve ações de fiscalização no Brasil. A fiscalização de alimentos no período colonial tinha como objetivo controlar o estado de conservação, pesos e medidas dos gêneros, na maioria, importados.

A chegada da família real, em 1808, desencadeou uma nova prática sanitária. Houve mudanças relacionadas com a nova inserção do Brasil nas transformações da ordem capitalista mundial e com as necessidades de aumentar a produção, defender a terra e cuidar da saúde da população. Como o Brasil passou a fazer parte das rotas comerciais inglesas e de outras “nações amigas”, intensificou-se o fluxo de embarcações e a circulação de passageiros e mercadorias. Aumentou assim, a necessidade de controle sanitário, para se evitarem as doenças epidêmicas e para se criarem condições de aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional. As atividades sanitárias tinham seu caráter fiscalizador, julgador e punitivo, e as autoridades detinham o poder de tributar, e de arrecadar as taxas sobre os serviços. (ROZENFELD, 2000, p.23; COSTA, 2004, p. 105).

Em virtude da solicitação do Príncipe Regente, que pedira a opinião dos médicos sobre as causas das doenças e os meios de eliminá-las, em 1808 é publicado pelo físico-mor, Dr. Manoel Vieira da Silva, documento que, segundo Pasold (*apud* COSTA, 2004, p. 106), viria a ser considerado a primeira obra sobre higiene pública no país. O documento se refere à importância da legislação de Saúde Pública e atribui as causas das doenças ao ar, ao clima, às águas estagnadas, aos cemitérios, ao mau estado dos alimentos, à circulação de pessoas e mercadorias através do porto e ao exercício da medicina pela falta de bons médicos e excesso de liberdade para o exercício profissional de medicina, cirurgia e farmácia.

Com a Independência, surge uma nova reorganização sanitária. Promulgou-se a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde por um Decreto Imperial, a qual passou a reorganizar as Câmaras Municipais e a estabelecer seus regimentos. Em 1832, com o apoio da sociedade, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro elaborou um Código de Posturas, estabelecendo uma legislação sanitária ampla. O Código estabelecia normas para cemitérios e enterros, doenças contagiosas, pântanos e águas infectadas, matadouros, currais, açougues e gêneros alimentícios e para o exercício da medicina e da farmácia (ROZENFELD, 2000, p.24; COSTA, 2004, p. 107, 108).

Ao final da monarquia, a economia era basicamente agrário-exportadora, movida pelo capital comercial. Na estrutura política, tinha-se um Estado oligárquico, representando os interesses agrários de São Paulo, Minas Gerais (“política café-com-leite”) e do Nordeste (BRAGA & GÓES DE PAULA, 1981 *apud* PAIM, p. 589).

A instalação da República marcou o início da organização das administrações sanitárias estaduais e a constituição de órgãos de Vigilância Sanitária nas Unidades da Federação (ROZENFELD, 2000, p. 25). Nessa época predominavam as doenças transmissíveis como a febre amarela urbana, varíola, tuberculose, sífilis, além das endemias rurais. Os trabalhadores do campo (maior parte da população brasileira) e da cidade, bem como seus familiares não tinham acesso aos serviços de saúde. Diante da doença, o atendimento médico somente era possível para os que podiam pagar ou por intermédio de caridade (PAIM, p. 589). De acordo com a ideologia liberal, o Estado só deveria atuar naquilo que o indivíduo sozinho ou a iniciativa

privada não pudesse fazê-lo. Em princípio, não teria por que intervir na saúde. Entretanto, o aparecimento das indústrias e as precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas propiciaram a emergência de movimentos operários que resultaram em embriões de legislação trabalhista e previdenciária (caixas de aposentadoria e de pensões, incluindo a assistência médica). Apesar da ideologia liberal, o Estado foi reagindo às condições de saúde da população mediante políticas de saúde, normatizando e organizando a produção e a distribuição de serviços (PAIM, p. 589).

Diante da epidemia de febre amarela na capital de República, Oswaldo Cruz foi convidado pelo Governo Rodrigues Alves para ser o Diretor Geral de Saúde Pública, implantando, posteriormente, a vacinação obrigatória contra a varíola. Nessa época passou a vigorar o novo Regulamento dos Serviços Sanitários da União, aprovado pelo Decreto n. 5.156 de 1904, estabelecendo normas controladoras da situação sanitária. (COSTA, 2004, p. 118 e 119). O Decreto previu, pela primeira vez, a elaboração de um Código Sanitário pela União e a instituição, no Distrito Federal, do Juízo dos Feitos de Saúde Pública. A esse órgão incumbiria o julgamento de causas de interesse da saúde pública, tais como, crimes e contravenções de higiene e salubridade públicas e a cobrança de multas e taxas sanitárias (ROZENFELD, 2000, p. 26).

Nas duas primeiras décadas desse século, as ações de Vigilância Sanitária parecem adquirir certa consistência em alguns Estados, como o de São Paulo, com a implantação de ações de controle de medicamentos, estabelecimentos comerciais e alimentos, e a instalação de serviços de controle sanitário de carnes e leite, e de ações destinadas a fixar condições para a mão-de-obra estrangeira e viabilizar o processo de acumulação. Mas se as exportações aumentavam, graças a preços atraentes, as necessidades internas não eram atendidas, e a fome agravou o quadro epidêmico da gripe espanhola em 1918. Assim, entre as reivindicações dos trabalhadores nas greves de 1917 em São Paulo, estava a de obter preços mais baixos na compra de alimentos e a de controlar a falsificação dos mesmos (Ibidem, p. 26).

Na década de vinte, o país experimentou importantes transformações econômicas e políticas. A economia cafeeira atingiu seu auge, acelerou-se o processo de urbanização e de desenvolvimento industrial; as doenças de massa já haviam adquirido importância e a saúde pública crescia como questão social. Um conjunto de fenômenos determinou mudanças na forma de intervenção do Estado na saúde, intervenção que passa a se desenvolver em dois ramos: um modelo de assistência curativa-assistencial, dirigida à força de trabalho indispensável ao processo de acumulação; e um modelo sanitário, campanhista, com um braço encarregado do controle de novos objetos, de importância crescente no processo industrial (ROZENFELD, 2000, p. 26 e 27).

As respostas sociais vieram com a Lei Eloy Chaves, organizando as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensões), e a Reforma Carlos Chagas, implantando novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (PAIM, p. 589). O DNSP estendeu sua ação ao saneamento urbano e, formalmente, ao rural; aos serviços de higiene infantil; à higiene industrial e profissional; à supervisão dos hospitais públicos federais, e à fiscalização dos demais; à propaganda sanitária e ao combate às endemias e epidemias rurais (Ibidem, p. 27).

Assim, nesse período, a organização dos serviços de saúde do Brasil emerge de forma divergente entre a saúde pública e a previdência social, separando as ações de prevenção e controle de doenças, da medicina individual, previdenciária, filantrópica e liberal.

2.1.2 “Era Vargas” (1930-1964)

O ano de 1930 marcou um novo momento na sociedade brasileira, com o rompimento da estrutura de poder da Primeira República e a emergência de um Estado forte, autoritário e centralizador. A autonomia relativa adquirida pelo Estado permitiu mudanças nos seus aparelhos e a ampliação de suas bases sociais. (ROZENFELD, 2000, p. 28).

Verifica-se nesse período, um predomínio das doenças da pobreza (doenças infecciosas e parasitárias, deficiências nutricionais, etc.) e o aparecimento da chamada morbidade moderna (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências) (PAIM, p. 590).

A saúde pública passa a ter a sua institucionalização, na esfera federal, pelo Ministério da Educação e Saúde, enquanto a medicina previdenciária e a saúde ocupacional vinculam-se ao Ministério do Trabalho, recém-criado. Portanto, a organização dos serviços de saúde do Brasil desenvolveu-se de forma trifurcada no âmbito estatal (saúde pública, medicina previdenciária e saúde do trabalhador) e fracionada no setor privado – medicina liberal, hospitais beneficentes ou filantrópicos e lucrativos (empresas médicas) (Ibidem, p. 590).

Após a queda de Getúlio Vargas, em 1945, seguiu-se um intenso movimento de entrada de capitais estrangeiros, inclusive o da indústria químico-farmacêutica e de alimentos (ROZENFELD, 2000, p. 29).

Na área de alimentos ocorreram grandes mudanças. A Lei n. 1.283/50 tornou obrigatória a prévia fiscalização de todos os produtos de origem animal, assim como o registro dos estabelecimentos industriais. Atribuiu-se esse controle ao Ministério da Agricultura, cabendo a Estados e municípios fiscalizar os produtos de circulação restritos aos seus territórios. A Lei n. 1.944/53 tornou obrigatória a iodação do sal de cozinha, com fins de controle do bócio endêmico. Essa foi uma das mais importantes iniciativas na área de alimentos, para controle de uma doença (Ibidem, p. 29).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que manteve em sua estrutura o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM) e o Serviço de Saúde dos Portos. No ano seguinte criou-se o Laboratório Central de Controle de Doenças e Medicamentos (LCCDM) para realizar análises e estabelecer padrões. Em 1961, o LCCDM incorporou a área de alimentos, transformando-se no Laboratório Central de Controle de Doenças, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA). Em 1957, o SNFM se transformou em Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF), incorporando o LCCDMA (Ibidem, p. 29).

Em 1961, ao final do governo Kubitschek, se regulamentou o Código Nacional de Saúde, que atribuiu ao Ministério da Saúde extenso espectro de atuação na regulação de alimentos, estabelecimentos industriais e comerciais, pessoal, veículos, e na distribuição, na propaganda comercial e no controle de resíduos de pesticidas. Desde então, o controle de alimentos industrializados se dividiu entre os Ministérios da Saúde e da Agricultura, gerando-se, muitas vezes, conflitos de competências e indefinições (ROZENFELD, 2000, p. 30).

A partir do começo dos anos 60, a área de alimentos passou a sofrer muita influência do *Codex Alimentarius* internacional, organismo que reúne normas que visam facilitar o comércio internacional de alimentos e fazem avançar o controle sanitário de conjunto de riscos à saúde relacionados com o consumo desses produtos (COSTA, 2004, p. 198).

2.1.3 Autoritarismo (1964-1984)

As condições de saúde da população brasileira permaneceram críticas. A mortalidade infantil sofreu uma piora após 1964, juntamente com o aumento da tuberculose, malária, doença de Chagas, acidentes de trabalho, etc. Mesmo no período do chamado “milagre econômico” (1968-1973), não houve melhoria do quadro sanitário, destacando-se a grave epidemia de meningite no início da década de 70. Somente no período pós-74 ocorreram melhorias localizadas em relação às doenças transmissíveis, particularmente as controláveis por imunização (PAIM, p. 591).

Na segunda metade da década de 1960, o Decreto-Lei n. 200/67 demarcou os rumos da reorganização administrativa federal. Com ele, o campo de competências do Ministério da Saúde passa por redefinições, sendo-lhe atribuído: a formulação da política nacional de saúde, o controle de drogas, medicamentos, alimentos e a Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. Esta é a primeira referência

nos textos legais em que ações dessa área específica receberam esta denominação (COSTA, 2004, p. 215).

O painel normativo na área de alimentos foi muito modificado com a instituição do Código Brasileiro de Alimentos (CBA), pelo Decreto-Lei n. 209/67. Esse Código continha as normas de defesa e proteção da saúde individual e coletiva, desde a produção até o consumo de alimentos. Cerca de dois anos depois, o Decreto-Lei n. 986/69 revogou o CBA, introduziu o conceito de padrão de identidade e qualidade e instituiu as normas básicas sobre alimentos, em vigor até hoje. Nenhum dos dois Decretos menciona as competências do Ministério da Agricultura (ROZENFELD, 2000, p. 32).

Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde editou resoluções sobre condições higiênicas na cadeia de produção e na manipulação de alimentos, e sobre os efeitos, na saúde, das técnicas da industrialização de alimentos, inclusive de resíduos, aditivos e contaminantes; essas resoluções influenciaram as medidas de regulamentação em nosso país (Ibidem, p. 32).

A partir de 1973 se iniciou uma fase de importante revisão da legislação sanitária, com a sanção de leis e decretos que vigoram até os dias atuais. Destacam-se as Leis n. 5.991/73, n. 6.360/76 e a n. 6.437/77.

A Lei n. 5.991/73, que dispõe sobre controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, revogou a ultrapassada Lei de 1931, estendendo sua ação para o comércio atacadista, o distribuidor, o representante, o importador e o exportador. Entre seus aspectos inovadores, destacam-se a explicitação da finalidade dos produtos de interesse da saúde, a necessidade de obediência a padrões de qualidade e o estabelecimento da colheita periódica de amostras para exames laboratoriais, prática até então sob o juízo da autoridade sanitária (ROZENFELD, 2000, p. 33).

A Lei n. 6.360/76, chamada Lei da Vigilância Sanitária, estabelece as normas de vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos, os correlatos, os cosméticos, os produtos de higiene e os perfumes, os saneantes domissanitários, as embalagens e rotulagens, os estabelecimentos

produtores, os meios de transporte e a propaganda. O termo “vigilância sanitária” foi introduzido com sentido abrangente, além do conceito de fiscalização. A vigilância sanitária foi consagrada como atividade permanente, fundamentada no controle de qualidade (COSTA, 2004, p. 242).

A Lei n. 6437/77 atualizou as disposições penais e administrativas, caracterizando trinta e um tipos de infrações sanitárias em geral – entre as quais as da área de Vigilância – e discriminando as respectivas penalidades. Esta Lei é um instrumento de utilidade abrangente até os dias atuais e trata do processo administrativo, da aplicação do auto de infração, da notificação, da defesa ou impugnação, da apreensão de amostras, da inutilização de produtos, do cancelamento de registro, etc. (ROZENFELD, 2000, p. 33).

O Decreto n. 79.056/76 também foi um marco organizativo importante. Com ele, o controle sanitário passou à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), na estrutura do Ministério da Saúde.

As reformas no Ministério da Saúde, assinaladas como racionalizadoras, fizeram parte das tentativas de resolução das crises do setor saúde, quando as políticas de saúde foram alvo de críticas, em razão do agravamento das condições de saúde que se evidenciaram com a inflexão da economia, caracterizada como o “fim do milagre”. (COSTA, 2004, p. 253) A nova estrutura, apesar de representar o reconhecimento do setor, sedimentou a dissensão com a Vigilância Epidemiológica. (ROZENFELD, 2000, p. 34)

Na reorganização da área, muda-se a vinculação institucional do laboratório de controle de produtos para uma estrutura governamental descentralizada visando tornar o instrumento mais eficiente. Assim, o LCCDMA foi transferido para a Fundação Oswaldo Cruz, de onde renasceu, com uma estrutura moderna, transformando-se no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), em 1981. (COSTA, loc. cit.).

A década de 1980 se caracterizou pela retomada dos movimentos em direção ao exercício da cidadania e à redemocratização da sociedade brasileira, consagrados na campanha pelas eleições diretas para a Presidência da República e pela

instalação da Assembléia Nacional Constituinte. A estrutura de inúmeros órgãos estatais tais como o Conselho de Defesa do Consumidor, os PROCONs, as delegacias e comissões, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e outros, forçaram o governo a pender em direção ao lado da balança onde está o cidadão (ROZENFELD, op. cit, p. 35).

2.1.4 Nova República (1985-1988)

O primeiro governo civil, instalado em 1985, chamado Nova República, incorporou técnicos do movimento pela reforma sanitária, que assumiram postos importantes no governo, desempenhando funções centrais na elaboração das políticas de saúde. (COSTA, 2004, p. 275). Pela primeira vez, uma equipe de sanitaristas assumiu o órgão nacional de Vigilância Sanitária (ROZENFELD, 2000, p. 35).

Em novembro de 1985, a SNVS promoveu o Seminário Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de favorecer a troca de idéias e o debate democrático entre técnicos de vários órgãos da área, visando estabelecer as bases para a definição de uma política de Vigilância Sanitária. Em consequência do Seminário, elaborou-se o “Documento Básico sobre uma Política Democrática e Nacional de Vigilância Sanitária”, servindo de texto inicial para a posterior elaboração de uma Política de Vigilância Sanitária. COSTA (loc. cit.) relata que o Documento definiu como objeto essencial da Vigilância Sanitária, a proteção da saúde da população.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, difundiu a proposta de democratização da saúde da Reforma Sanitária. Ela apontava para unificação dos componentes assistencial e preventivo, em um comando único e descentralizado. Contando com intensa participação de representações da sociedade organizada, consolida-se nova proposta para o Sistema Único de Saúde. Esta histórica Conferência produziu no seu relatório final, a transcrição do projeto da Reforma Sanitária. (BRASIL, 2001, p. 23).

Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em Brasília, de 4 a 8 de agosto de 1986 que, segundo COSTA (2004, p. 278), foi o mais significativo e amplo debate sobre as questões do campo da Vigilância Sanitária.

A contaminação de sucos e gelatinas com excesso de conservantes, o acidente radioativo em Goiânia, a importação de carne e leite da área de contaminação radioativa do acidente de Chernobyl, a controvérsia sobre a liberação do uso de edulcorantes artificiais em refrigerantes dietéticos, e outros episódios começaram a despertar a atenção para a importância da Vigilância Sanitária como ação de saúde (ROZENFELD, 2000, p. 35; COSTA, 2004, p. 280).

Em 1987, explode a “crise” no Ministério da Saúde, com o afastamento da equipe responsável pela Vigilância Sanitária, dando fim ao rico processo de tentativas de transformação do edifício normativo, em práticas de defesa e proteção da saúde individual e coletiva (COSTA, 2004, p. 280).

2.1.5 Pós-Constituinte

Segundo Costa (2004, p. 292), ao final de década de 1980, paralelamente ao processo de redemocratização, o País enfrentou uma profunda crise fiscal e política, manifestada através da inflação, recessão e desemprego. No mesmo sentido, Paim (p. 595) discorre: “No momento em que era promulgada a “Constituição Cidadã” aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, enquanto a Reforma Sanitária encontrava sérios obstáculos para a sua implementação”.

As eleições de 1989 levaram ao poder o candidato Fernando Collor de Melo, que governou por dois anos e foi afastado, por meio de *impeachment*. Durante o curto período de governo, houve significativo retrocesso da Vigilância Sanitária, em função do Projeto Inovar (ROZENFELD, 2000, p. 35). Isso porque, apesar de ter no discurso a idéia de proteção à saúde e controle dos riscos relacionados aos produtos, o

principal interesse era responder aos processos administrativos pendentes na SNVS. Mas com a agilidade das respostas, não se levava em consideração as análises técnico-científicas necessárias ao processo de registro (COSTA, 2004, p. 307). Assim, foram liberados, irregularmente, registros para uma enorme quantidade de produtos, principalmente medicamentos. (ROZENFELD, loc. cit).

Diante do escândalo dos registros, no governo Itamar Franco foi feita auditoria técnica na SNVS, sendo declarado, pela Portaria n. 85, de 6 de agosto de 1993 que o Projeto Inovar foi danoso à Saúde Pública, particularmente à Vigilância Sanitária (COSTA, 2004, p. 308).

Em decorrência da reestruturação do poder com a posse do novo presidente, faz-se uma reforma na estrutura da Presidência e seus Ministérios, mediante a Lei n. 8.490/92. Com ela, a SNVS passa a denominar-se Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) (Ibidem, p. 308).

A concepção de saúde expressa na Constituição de 1988 representou um avanço político, social e jurídico como nunca se deu na legislação brasileira. Ela preconizou o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde e destacou as atribuições da Vigilância Sanitária como obrigação do Estado (COSTA, 2004, p. 304; BRASIL, 2001, p. 24).

Nesse período, alguns marcos normativos merecem destaque. A Lei n. 8.080/90, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu uma nova condição jurídico-formal para a Vigilância Sanitária. Nela destaca-se a abrangência das ações de Vigilância, ao incluir, entre as competências do SUS, a vigilância sanitária de produtos, de serviços, dos ambientes e dos processos de trabalho (ROZENFELD, 2000, p. 37). Essa Lei Orgânica de Saúde foi complementada pela Lei n. 8.142/90, que regula a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar o repasse de recursos financeiros (PAIM, p.595).

A Portaria n. 1.556/94 definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo as bases para a descentralização de serviços e ações e a Portaria 1.428/93, aprovou diretrizes e regulamentos para a Vigilância de alimentos. Com ela,

introduziu-se o enfoque de risco epidemiológico, a ser incorporado ao planejamento das inspeções e ao estabelecimento de prioridades, por meio do Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle. (ROZENFELD, 2000, p. 36).

Segundo ROZENFELD (2000, p. 38):

“O aperfeiçoamento da Vigilância Sanitária e sua evolução normativa não foram devidamente acompanhados por transformações profundas nas ações dos governos, nos planos federal, estadual ou municipal. Ao longo do tempo, cresceram uma volumosa demanda do setor produtivo, e a percepção social e sanitária da importância da Vigilância Sanitária. E, sem que houvesse, correspondentemente, políticas públicas de fôlego para a capacitação institucional, aumentaram as críticas sobre a atuação da Vigilância Sanitária no país e surgiram propostas de reformulação do modelo de organização e de operação da mesma. No final dos anos noventa, o derrame no mercado, em níveis alarmantes, de produtos falsificados e defeituosos, por falta de cumprimento das boas práticas de fabricação, tornou-se um escândalo, fragilizou a imagem da instituição, e do próprio segmento produtivo, e impulsionou a edição de muitas normas e a mudança do modelo da instituição. Essa mudança ocorreu no momento em que estava em curso a reforma do Estado, tendo por eixo as privatizações, a descentralização de funções para os Estados e municípios e a ampliação das responsabilidades, no plano federal, de controle de áreas estratégicas”.

Nesse momento criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Lei n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999, uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro no Distrito Federal, prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional. A Lei dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e define a estrutura organizacional, as competências, o modelo de gestão, os cargos e funções e o patrimônio e receitas da Agência. Além disso, transfere o INCQS da Fundação Oswaldo Cruz para a ANVISA.

2.2 A Vigilância Sanitária no Distrito Federal

Segundo Brito e Silva (2002, p. 38), a vigilância sanitária no Distrito Federal iniciou-se na década de 60 com a atuação de sete fiscais sanitários, pertencentes ao quadro da Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil – NOVACAP e

lotados na Coordenação de Saúde Pública. As atividades eram chamadas de Fiscalização de Saúde. No ano seguinte, iniciaram-se as primeiras admissões, completando um quadro de 20 funcionários para todo o DF. Esses profissionais eram inicialmente chamados de *Guardas Sanitários*. Posteriormente, passaram a ser denominados de *Inspetores Sanitários*. Até então, não havia profissional de nível superior.

Em 1973, o governo do DF implantou o novo plano de classificação de cargos, excluindo a área de fiscalização. Assim, um grupo de inspetores iniciou a luta para criação do Plano de Classificação da Categoria Funcional de *Inspetores de Saúde*, nível superior e *Inspetores Sanitários*, nível médio. Em 1974, a Coordenação de Saúde Pública foi desativada sob a alegação de que, no DF, não era necessário existir fiscalização, mas sim, educação sanitária, mesmo com a aprovação do regimento interno da Secretaria de Saúde do DF, criando o Departamento de Fiscalização de Saúde. Assim, todos os Inspetores ficaram à disposição da Fundação Hospitalar do DF. Em abril do mesmo ano, sob nova administração, os Inspetores retornam à Secretaria de Saúde, propiciando o desenvolvimento de um trabalho representativo de fiscalização no DF e criam por meio do regimento da Secretaria de Saúde, o Departamento de Fiscalização de Saúde.

Em 1976, houve um passo importante para essa classe de trabalhadores, por meio da publicação do Decreto n. 3280/76. Esse Decreto instituiu a categoria Inspetor de Saúde, nível superior e Inspetor Sanitária, nível médio.

Em 1979, foi instituído o Plano de Cargos e Carreiras que colaborou para o fortalecimento da estrutura do Departamento de Fiscalização e valorizou os profissionais do setor. Nesse período foi realizado o primeiro concurso público, sob o regime da Consolidação das Leis Trabalho – CLT. O segundo concurso foi realizado cinco anos depois, em 1984.

Em 1989, a Lei n. 39, de 6 de setembro, criou a carreira de Fiscalização e Inspeção, incluindo os cargos de Inspetor de Saúde e Inspetor Sanitário e em 1994, a Secretaria de Administração do DF, por meio da Portaria n. 32, aprovou as atribuições dos cargos da carreira de Fiscalização e Inspeção.

Em 2000, uma nova estrutura orgânica foi estabelecida na Secretaria de Estado de Saúde, por meio do Decreto n. 21.477/2000, permanecendo até os dias atuais. O Departamento de Fiscalização de Saúde passou a denominar-se Diretoria de Vigilância Sanitária – DIVISA-DF, contendo três gerências: Fiscalização e Inspeção, Instrução Processual e Cadastros e Registros, além dos 21 Núcleos de Inspeção nas regiões administrativas do DF.

Em 2001 foi publicada a Lei n. 2706, que altera o quantitativo de cargos das carreiras de Fiscalização e Inspeção, instituído pela Lei n. 39/89. Com isso, foram extintos os cargos de Inspetor de Saúde e Inspetor Sanitário, passando a existir apenas o cargo de Inspetor de Atividades Urbanas – Vigilância Sanitária. Atualmente, a DIVISA-DF conta com um quadro de 180 Inspetores².

2.3 A Vigilância Sanitária Como Prática do SUS e a Descentralização

Instituído pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem a descentralização como um de seus princípios. Sato (1993, p. 18) afirma que a descentralização está ligada ao processo de construção do Estado Moderno, um caminho para maior eficiência e um importante fator na democratização da sociedade. Entretanto, trata-se de um tema controverso e de difícil implementação.

Dentro dos princípios do SUS, que privilegia o município como o espaço de ação das práticas de saúde, a Vigilância Sanitária deve ser descentralizada e municipalizada. Municipalizar as ações de vigilância sanitária significa adotar uma política específica com a finalidade de operacionalizá-la recorrendo-se a novas bases de financiamento, criação de equipes e demais infra-estruturas (EDUARDO, 1998, p.8).

Na municipalização há que considerar a complexidade das ações de vigilância, que dependem do maior ou menor grau de dificuldade de execução. Essas complexidades podem ser superadas, dependendo dos recursos destinados às ações, da efetivação de uma política de vigilância sanitária e do contexto em que se

² Informação obtida junto à secretaria da vigilância sanitária do Distrito Federal.

insere o município, de acordo com as normas operacionais do SUS, no caso a NOB-SUS 1/96, que definiu as formas de gestão do sistema municipal de saúde (EDUARDO, 1998, p. 8).

A NOB-SUS 01/96 organiza o processo de gestão em modalidades, envolvendo estados e municípios: as modalidades de gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e as modalidades de gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema para os estados, com repasse automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Essas formas de gestão se diferenciam em nível de responsabilidade, conferindo autonomia ao gestor municipal na gestão plena do sistema, para gerir o sistema como um todo, abarcando as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A gestão plena da atenção básica responsabiliza o gestor municipal pelas ações de atenção básica, que é caracterizada pela equalização das transferências de recursos por base populacional, através do Piso de Atenção Básica (PAB), compreendendo uma parte fixa, calculada com base em um valor *per capita* de R\$ 10,00, multiplicado pelo tamanho da população e uma parte variável, destinada ao estímulo financeiro à implementação dos programas, incluindo também as ações básicas de vigilância sanitária. Em dezembro de 2000, o percentual de municípios habilitados em alguma condição de gestão na NOB-96 chegou a 99 %, sendo 523 municípios habilitados na condição de gestão plena (9,5%) do sistema (VIANA, LIMA & OLIVEIRA, 2002 *apud* JULIANO & ASSIS, 2004, p. 496).

Nos municípios brasileiros constata-se realidades distintas de organização do poder público, o que, necessariamente, configura distintos modelos de gestão. As condições de gestão a que se habilitam os municípios, de certa forma, definem as ações de vigilância sanitária a serem assumidas. Contudo, é importante que o município tenha o controle de todas as ações desenvolvidas, da baixa à alta complexidade, partilhadas ou não com o Estado, e que elas representem respostas efetivas ao perfil epidemiológico-sanitário local (Op. cit, p. 9).

Um importante dispositivo implementado a partir da NOB-SUS/96 se refere à Programação Pactuada e Integrada (PPI), que pretende romper com o modelo

anterior de prestação de serviço e fixações de cotas por procedimentos. As práticas passam a ser reagrupadas em subgrupos constituídos por critérios de complexidade tecnológica, formulados com base nas especialidades profissionais e equipamentos necessários à realização das intervenções assistenciais. Esse dispositivo pretende fugir da lógica indiscriminada de serviços ofertados pela iniciativa privada para permitir uma distribuição territorial mais justa e eqüitativa de recursos, vislumbrando articular os serviços e práticas do sistema e as redes de atenção à saúde do nível local e regional (JULIANO & ASSIS, 2004, p. 496).

Na construção do processo de descentralização político-administrativa, é criado o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), antiga demanda reivindicada por técnicos e organizações da sociedade civil relacionados à área de vigilância sanitária, sob as diretrizes da portaria n.1.565, de 26 de agosto de 1994, cuja organização buscava a descentralização da execução dos serviços e ações da União para os Estados e Municípios, e dos Estados para os Municípios e instâncias regionais, definindo o SNVS e sua abrangência, esclarecendo a competência das três esferas de governo e estabelecendo as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS (Ibidem, p. 496).

Em relação aos níveis de competência, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde assume o papel de coordenação, com o objetivo de regulamentar e executar as ações com abrangência nacional. Em nível estadual estão os órgãos de coordenação central, regionais e municipais, seguindo estruturas de organização que variam nas diferentes unidades da federação. (EDUARDO, 1998, p. 9). Competem a eles as atividades relativas aos estabelecimentos comerciais, aos serviços de saúde, à fiscalização do comércio e da pequena produção, especialmente de alimentos, bem como as escassas iniciativas em relação ao ambiente (COSTA, 2004, p. 309). É importante ressaltar que todos esses órgãos têm atribuições de normatizar e fiscalizar, em caráter complementar e harmônico, dentro dos princípios da hierarquização e descentralização das ações, seguindo o modelo de organização proposto para o SUS (Op. cit., p. 9).

Segundo Juliano & Assis (2004, p. 496), com a criação da Anvisa e o processo em curso de descentralização das ações e serviços de saúde, abrem-se novas perspectivas de avanços na realização das práticas de vigilância sanitária em nosso país e, conseqüentemente, da possibilidade de se efetivar a garantia do direito à saúde.

2.4 Competência e Qualificação

As mudanças tecnológicas e organizacionais do trabalho por que passam os países de capitalismo avançado a partir dos meados da década de 1980 configuraram o mundo produtivo com algumas características tendenciais: flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização dos saberes dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado. No contexto dessas transformações, estudos sociológicos e pedagógicos recuperam o debate sobre a qualificação, ao mesmo tempo em que se testemunha a emergência da noção de competência atendendo a, pelo menos, dois propósitos: a) reordenar conceitualmente a compreensão da relação trabalho/educação, desviando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para o trabalhador, em suas implicações subjetivas com o trabalho; b) institucionalizar novas formas de educar/formar os trabalhadores e gerir internamente as organizações e no mercado de trabalho em geral, sob novos códigos profissionais (RAMOS, 2002, p. 401).

Segundo Friedmann (1956, *apud* RAMOS, 2002, p. 401), o conceito de qualificação consolidou-se com o modelo taylorista-fordista de produção, em torno do qual se inscreveram tanto os padrões de formação quanto os de emprego, carreira e remuneração. Compreendida inicialmente numa perspectiva *essencialista*, que a identifica como propriedade dos postos de trabalho, a qualificação também tem sido analisada sob uma perspectiva *historicista* ou *relativista* (NAVILLE, 1956 *apud* RAMOS, 2002, p.401), que centra a análise no homem, não como fenômeno técnico individualizado, mas como valor social e diferencial dos trabalhadores. Em outras

palavras, a qualificação passou a ser compreendida muito mais como uma relação social complexa entre as operações técnicas, a estimativa de seu valor social e as implicações econômico-políticas que advêm dessa relação, do que como estoque de saberes.

Schwartz (1995 *apud* RAMOS, 2002, p. 401 e 402) equaciona essas abordagens propondo que a qualificação tem três dimensões: conceitual, social e experimental. A primeira define-a como função do registro de conceitos teóricos e formalizados, associando-a aos títulos e diplomas. A segunda coloca a qualificação no âmbito das relações sociais que se estabelecem entre conteúdos das atividades e classificações hierárquicas, bem como ao conjunto de regras e direitos relativos ao exercício profissional construídos coletivamente. Por fim, a terceira dimensão está relacionada ao conteúdo real do trabalho, em que se inscrevem não somente os conceitos, mas o conjunto de saberes postos em jogo quando da realização do trabalho.

A definição de qualificação profissional, proposta por “Metodologia para elaboração de perfis profissionais” (SENAI, 2002, p. 11), se atém à abordagem conceitual de Schwartz: “é um conjunto estruturado de competências com possibilidade de reconhecimento no mercado de trabalho, as quais podem ser adquiridas mediante formação, experiência profissional ou combinação de ambas”.

A definição de qualificação de Schwartz, vista sob as três abordagens se assemelha ao conceito de competência de Resende (2003, p. 32):

“Competência é a combinação de conhecimentos e comportamentos. Conhecimentos que incluem formação, treinamento, experiência, autodesenvolvimento. Comportamento que engloba habilidades, interesse, vontade. A competência é, portanto, a aplicação prática desses conhecimentos, aptidões, habilidades, valores, interesse – no todo ou em parte – com obtenção de resultados”.

O redimensionamento pelo qual passa o conceito de qualificação traz implicações sobre os parâmetros de formação profissional, de acesso ao emprego, de classificação e de remuneração. Neste sentido, testemunha-se um movimento generalizado em diversos países do mundo, de reformulação de seus sistemas de educação profissional (RAMOS, 2002, p. 402).

No Brasil, as reformulações teóricas e sócio-empíricas referidas a essas tendências incidem mais fortemente na política de educação profissional a partir dos anos 90 e tomam corpo jurídico-institucional durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Apesar de compor as tendências globalizantes de normas e padrões culturais e políticos, transposições desagregadas de certas teorias para a realidade brasileira causam sérias conseqüências: no âmbito das relações de trabalho, o enfraquecimento do conceito de qualificação pela competência pode levar à desfiliação dos trabalhadores do frágil sistema de regulações sociais deste país; no âmbito educacional, as apropriações apressadas e limitadas desta noção podem reduzir a educação profissional a práticas voltadas para formações restritas, num triste recuo a princípios educacionais considerados superados pelo debate educacional crítico das últimas décadas (RAMOS, 2002, p. 402 e 403).

Em 1997, após a aprovação da Lei n. 9.394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o Decreto n. 2.208/97 impôs um conjunto de reformas à educação profissional no país, sendo a principal delas a separação estrutural entre o ensino médio e o técnico. Nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, a qualificação é enfocada como conjunto de atributos individuais, de caráter cognitivo ou social, resultantes da escolarização geral e/ou profissional, assim como das experiências de trabalho (FERRETTI, 1999 *apud* RAMOS, 2002, p. 404). De acordo com a análise de Ramos (2002), estão sendo consideradas a dimensão conceitual da qualificação – que reconhece a aprendizagem por vias formais – e a experimental, que destaca as competências construídas e demonstradas na experiência concreta de trabalho. Uma vez que a dimensão social da qualificação não é considerada, prevalece nas diretrizes um claro determinismo tecnológico. A dimensão social da qualificação evidencia que tantos outros elementos, além dos saberes e dos diplomas, atuam na configuração da divisão social e técnica do trabalho. Ao se considerá-los, reconhece-se que a hierarquia social sofre influências, por exemplo, do costume e da tradição socialmente construídos, do prestígio social das profissões, do nível de organização coletiva de uma categoria, das regras e disputas corporativas, das disputas internas a categorias e entre trabalhadores de uma mesma categoria, entre outras. Por essa

perspectiva, a qualificação é compreendida como uma construção social dinâmica, síntese das dimensões conceitual, social e experimental.

Não obstante, mesmo que os títulos e diplomas mantenham importância para a inserção profissional inicial, esses não garantiriam a permanência no mercado de trabalho. Tal permanência passa a depender das competências adquiridas e constantemente atualizadas, que proporcionariam ao trabalhador a empregabilidade. A aquisição e a renovação de competências podem ocorrer por meio da educação profissional continuada ou pela diversificação das experiências profissionais. Por isso as diretrizes recomendam que os currículos sejam modulares, permitindo aos trabalhadores a construção de seus próprios itinerários de formação, assim como prevêem mecanismos de avaliação, que possam certificar competências adquiridas pela experiência profissional. Neste último aspecto reside uma inovação proporcionada pela noção de competência: o reconhecimento do saber prático/tácito do trabalhador (RAMOS, 2002, p.406).

Quando se pensa na atuação de qualquer profissional de saúde hoje em dia, particularmente na daquele que atua em alguma instituição ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), conclui-se, sem grande dificuldade, que ele enfrenta uma grave crise em relação à sua situação de trabalho, aí incluindo nível salarial e carreira profissional, bem como a carência de recursos técnicos e materiais (L'ABBATE, 1994, p.2). Nesse sentido, Leite & Roncalli (2003, p. 1) afirmam que os recursos humanos em vigilância sanitária acompanham toda a problemática dos recursos humanos do SUS. Convive-se com insuficiências qualitativas quanto à disponibilidade de pessoal e acentuadas distorções nas distribuições geográficas, sociais e institucionais desses recursos humanos.

Segundo COSTA (2005, p. 142) na reflexão acerca da formação profissional na área de vigilância sanitária, três pontos relevantes devem ser abordados: (1) a problemática da formação profissional em saúde em seus agravantes para os profissionais de vigilância sanitária; (2) a exclusão da vigilância sanitária em alguns projetos de reformas setoriais; (3) e os atores, sujeitos e instituições no contexto atual.

Nesta área, o leque das profissões se abre para incorporar outros profissionais que não são originalmente da área da saúde, aumentando os desafios nos processos de formação e capacitação. As atividades a serem desempenhadas pelos profissionais de vigilância sanitária requerem saberes, competências e habilidades adicionais, geralmente ausentes nos processos originais de formação profissional, seja da área da saúde ou de outras áreas profissionais. Tome-se o exemplo da lei, um dos instrumentos fundamentais do trabalho em vigilância sanitária. Os profissionais da área, no seu cotidiano, são intérpretes e aplicadores da lei; realizam um conjunto de procedimentos que devem obedecer a ritos rigorosamente vinculados a prescrições legais, sob pena de nulidade do ato administrativo perante o sistema jurídico. No entanto, o tema do direito é praticamente ausente nos processos de formação e capacitação, mesmo fazendo parte do cotidiano desses profissionais que lidam com um elenco sempre crescente de leis (COSTA, 2005, p. 142).

O pequeno desenvolvimento da área e sua ausência no ambiente acadêmico significam limitação de recursos docentes, escassas pesquisas e insuficiente sistematização dos referenciais teórico-conceituais e técnico-científicos que sustentam as práticas da vigilância sanitária (Ibidem, p. 143).

Alguns passos foram dados, diversas estratégias estão sendo implementadas (a exemplo da Rede Unida) e algumas políticas foram definidas, a exemplo dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família e os Cursos de Formação de Nível Médio – como o PROFAE (Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem) e, mais recentemente, o PROFORMAR (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância à Saúde), no âmbito da FUNASA. Embora relevantes, esses programas não abrangem a vigilância sanitária, que ainda não conta com uma política claramente definida de formação profissional em qualquer nível. (Ibidem, p. 143).

Houve certo número de experiências, sobretudo a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas, até o momento, esses cursos não possuem uma formulação abrangente, voltada ao atendimento das necessidades nacionais em suas especificidades regionais, estaduais e locais (Ibidem, p. 143).

O tema “conhecimento e formação profissional” implica em pensar na Universidade hoje e na natureza da vigilância sanitária como um campo de estudo e práticas. A vigilância sanitária constitui um campo aplicado de conhecimentos produzidos por vários ramos do saber que convergem para uma área de problematização específica: um mundo marcado pela profusão do conhecimento científico e pelo acelerado desenvolvimento tecnológico, muitas vezes em descompasso com o próprio conhecimento da relação risco-benefício das inovações. Nessa abordagem, a vigilância sanitária carece de novos olhares das próprias disciplinas estruturantes da Saúde Coletiva, pois a institucionalidade de um conjunto de práticas técnico-científicas e políticas da área da vigilância sanitária tende a inserir-se cada vez mais numa perspectiva internacionalizada. (COSTA, 2005, p. 143).

Hoje, há necessidade de enfrentar, com urgência, a questão educacional com a finalidade de melhorar o desempenho, para obter resultados a médio e longo prazos e, ao mesmo tempo, equacionar uma política de formação profissional que aproxime a qualificação dos trabalhadores das exigências do setor produtivo ao processo educativo formal. Contudo, a formação profissional, por si, não gera emprego. Sua função é qualificar o trabalhador para ocupar emprego de qualidade ou, ainda, abrir-lhe novos horizontes ocupacionais (VIEIRA & ALVES, 1995, p. 6).

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza quantitativa, de acordo a classificação de Diehl e Tatim (2004) sobre o método de abordagem. Segundo os objetivos, esta é classificada como descritiva. Um estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Para a obtenção dos dados necessários, adotou-se como técnica de pesquisa, a documentação indireta por meio de pesquisa bibliográfica e documental e a documentação direta por meio da observação direta extensiva com aplicação de questionário contendo 16 perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha (apêndice A).

O questionário foi elaborado com base em conceitos encontrados na bibliografia pesquisada, focando-se nos aspectos da qualificação técnica dos profissionais, isto é, a educação escolar, a formação técnica e a experiência profissional. O instrumento foi dividido em três partes:

- a) dados pessoais;
- b) qualificação técnica;
- c) considerações pessoais acerca da qualificação técnica.

Antes de ser enviado aos informantes, o questionário foi validado por meio da técnica de análise de juízes, que consiste na análise do instrumento por especialistas em questão, e por análise semântica, que consiste na leitura prévia do instrumento por informantes escolhidos pelo pesquisador, com as mesmas características dos informantes definitivos.

Além disso, enviou-se uma carta ao Diretor da Vigilância Sanitária do Distrito Federal, solicitando sua colaboração e consentimento para realização da pesquisa.

A pesquisa foi realizada no período de julho de 2005 a janeiro de 2006. A amostra populacional foi formada pelos profissionais da vigilância sanitária do Distrito Federal. O número de fiscais que compõem o quadro de funcionários foi obtido junto

à secretaria da instituição. De acordo com esse departamento, atualmente a VISA do DF conta com 180 Inspetores.

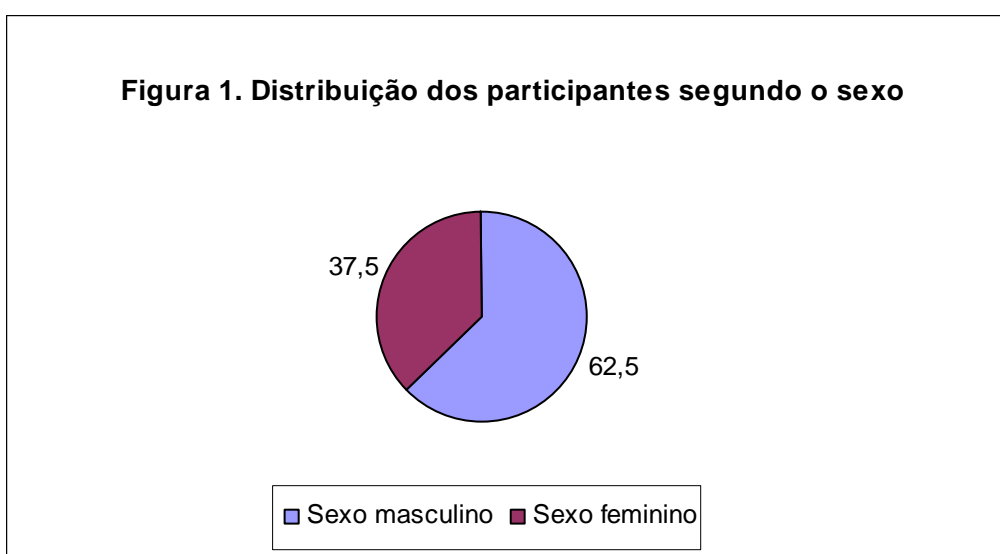
Para coleta dos dados, distribuíram-se 180 cópias para os 21 núcleos de inspeção da VISA do DF. Anexo ao questionário, havia um Termo de Consentimento que deveria ser assinado previamente pelos informantes para participação no estudo, buscando-se respeitar critérios pertinentes à bioética (apêndice B). Metodologia semelhante foi utilizada nas pesquisas de Leite e Roncalli (2003) e Brito (2002), nas quais os próprios respondentes preenchiam o questionário e o devolviam ao pesquisador em prazo estipulado.

A análise das respostas foi feita pelo programa Microsoft Office Excel 2003.

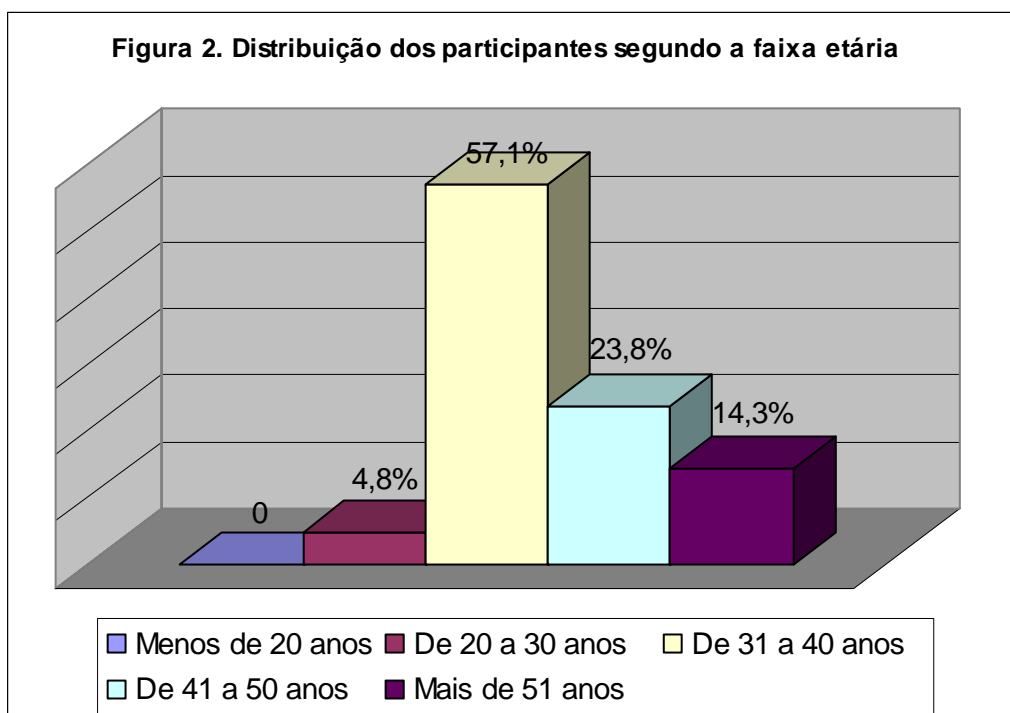
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se um percentual de resposta de 35,6%, com a devolução de 64 questionários. Acredita-se que fatores como férias, afastamento temporário do serviço, excesso de atividades e pouca valorização de pesquisas científicas possam ter contribuído para a taxa de não-resposta.

Na população estudada verificou-se uma predominância de profissionais do sexo masculino (Figura 1). Apesar de o Censo (ANVISA, 2004) também mostrar uma predominância do sexo masculino na atuação na vigilância sanitária (58,4%), observa-se que essa proporção não se mantém em todos os Estados. Na pesquisa de Leite & Roncalli (2003, p. 5), realizada na vigilância sanitária do Estado do Rio Grande do Norte, encontrou-se um percentual de 74,1% de mulheres.



Em relação à idade, pode-se observar pela figura 2, que a maioria dos inspetores encontra-se na faixa de 31 a 40 anos.



Os dados obtidos estão de acordo com aqueles encontrados no Censo (ANVISA, 2004), que verificou que a maior parte dos trabalhadores de vigilância sanitária do país tem até 40 anos (54,5%).

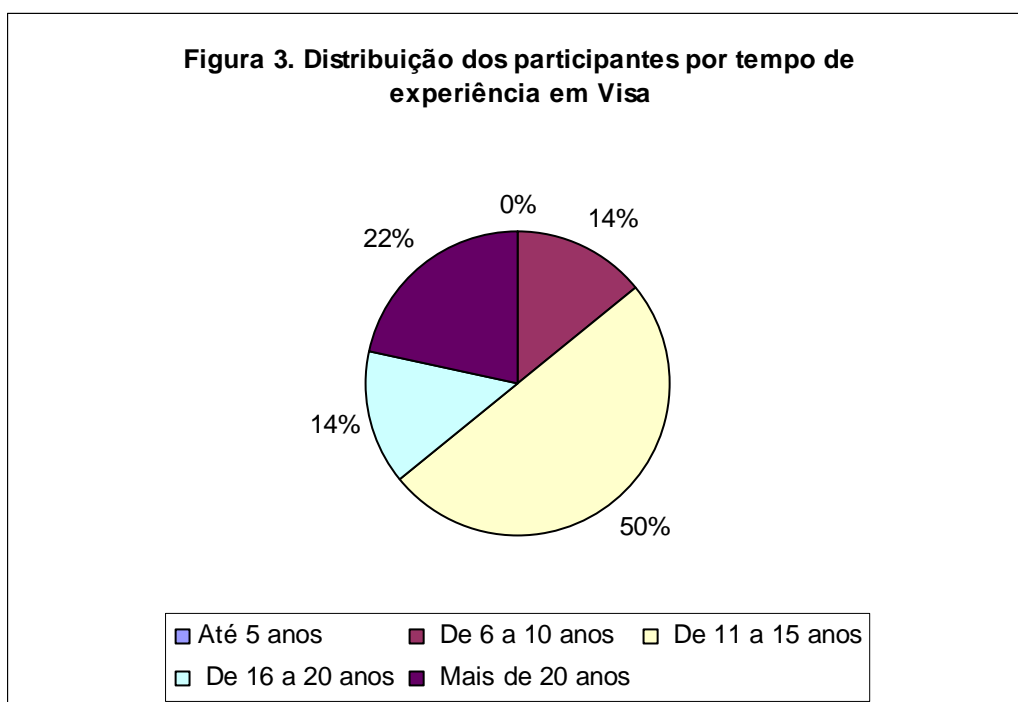
Ao contrário da maioria dos funcionários de vigilância sanitária no resto do país, no Distrito Federal não há predominância de contratos temporários: 100% dos participantes informaram possuir vínculo estatutário, isto é, o servidor faz parte do corpo funcional permanente das estruturas de poder. Esse resultado mostra estabilidade desses profissionais para a execução de seu cargo, ao contrário do que ocorre em diversas localidades brasileiras. De acordo com os dados do Censo (ANVISA, 2004), 27,9% dos trabalhadores possuem contrato temporário.

Em decorrência de uma pesquisa realizada no município de Feira de Santana–BA, Juliano & Assis (2004, p. 499) afirmaram:

“ a inserção de profissionais por meio de contrato temporário implica no enfrentamento de uma série de limitações do ponto de vista de continuidade das atividades realizadas, de investimento de recursos na

capacitação de pessoal provisório, além de contrariar o mandamento constitucional que estabelece que a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos (CF 88/, art. 37, II) reservando-se os casos de contratação por tempo determinado para atender a “necessidade temporária de excepcional interesse público (art. 37, IX) (BRASIL, 1996)”.

Em consonância com o resultado apresentado anteriormente, verificou-se que os participantes possuem um elevado tempo de trabalho na Visa. A maioria (86%) possui, pelo menos, 11 anos de experiência na área. Isso indica que no quadro profissional da VISA DF não há grande rotatividade, fator tão preocupante a gestores de vigilância sanitária e a instituições formadoras de recursos humanos no resto do país. A figura 3 mostra a distribuição dos participantes segundo o tempo de experiência na vigilância sanitária.



A amostra é composta majoritariamente por profissionais com curso superior (75%). Entretanto, pelo fato de nem todos os respondentes haverem informado seu curso de graduação, não foi possível afirmar com exatidão qual é o predominante. Os

curso de graduação relatados foram: artes cênicas, administração, ciências biológicas, ciências contábeis, ciências econômicas, direito, educação física, engenharia civil, engenharia florestal, farmácia e bioquímica, filosofia, história, letras, matemática, nutrição, pedagogia, psicologia e veterinária. Essa diversidade na formação profissional pode ser ambígua, pois apesar de possibilitar a formação de uma equipe multiprofissional, indica a falta de formação específica na área de saúde. Segundo COSTA (2005, p. 142), nessa área o leque das profissões incorpora outros profissionais que não são originalmente da área da saúde, aumentando os desafios nos processos de formação e capacitação. As atividades a serem desempenhadas pelos profissionais de vigilância sanitária requerem saberes, competências e habilidades adicionais, geralmente ausentes nos processos originais de formação profissional, sejam da área da saúde ou de outras áreas profissionais. Tome-se a lei como exemplo, um dos instrumentos fundamentais do trabalho em vigilância sanitária. Os profissionais da área, no seu cotidiano, a interpretam e a aplicam, realizam um conjunto de procedimentos que devem obedecer a procedimentos rigorosamente vinculados a prescrições legais, sob pena de nulidade do ato administrativo perante o sistema jurídico. No entanto, esse tema é praticamente ausente nos processos de formação e capacitação.

Essa deficiência na qualificação foi evidenciada quando 18% dos respondentes apontaram a necessidade de realização de cursos de capacitação em Direito Sanitário.

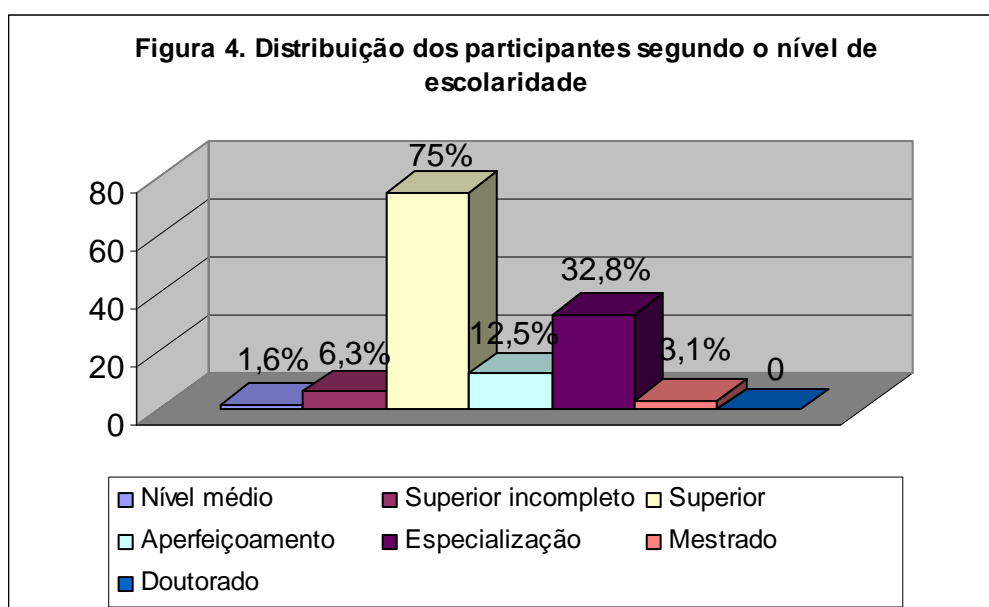
Quanto aos cursos de pós-graduação, verificou-se que apenas 48,2% dos participantes possuem alguma modalidade. Os cursos de pós-graduação *lato sensu*³ predominaram com 32,8%. O tema predominante foi “Saúde Coletiva” com 42,8%, seguido de “Direito Sanitário” (23,8%) e “Qualidade em Alimentos” (9,5%). Um participante (4,7%) possui especialização em vigilância sanitária; outro (4,7%) em vigilância sanitária de alimentos e outro (4,7%) em vigilância sanitária em saúde ambiental. Outros temas apontados, que se relacionam com a área de vigilância sanitária de alimentos foram: “Microbiologia de Alimentos” e “Controle de Qualidade

³ Segunda a Resolução CNE/CES nº. 1, de 3 de abril de 2001 do Conselho Nacional de Educação, em seu artigo 10º, curso de pós-graduação *lato sensu* têm duração mínima de 360 horas.

de Alimentos de Origem Animal”, contendo também um profissional com a especialização. Os demais temas listados não possuem relação direta com vigilância sanitária.

Apenas 3,1% dos informantes possuem pós-graduação em nível de mestrado e nenhum profissional possui doutorado. Em comparação ao estudo de Brito (2002, p. 41), também realizado com inspetores da vigilância sanitária do DF, verificou-se um aumento no número de profissionais que possuem especialização e mestrado. Em 2002, esses percentuais eram de 18% e 2% respectivamente. Apesar de os valores ainda serem modestos, esse incremento demonstra uma preocupação desses profissionais com o aprimoramento de seus conhecimentos.

Quanto aos cursos de aperfeiçoamento⁴, contatou-se uma menor adesão em comparação aos cursos de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*. A figura 4 mostra a distribuição dos participantes por nível de escolaridade.



⁴ Segundo o Parecer CNE/CES nº. 213 de 8 de julho de 2004 do Conselho Nacional de Educação, não há distinção entre curso de aperfeiçoamento e curso de especialização. Fica a cargo das instituições de ensino superior ou das especialmente credenciadas, o estabelecimento de critérios acadêmicos diferenciadores. Para este estudo, considerou-se como curso de aperfeiçoamento aquele com carga horária mínima de 180 horas.

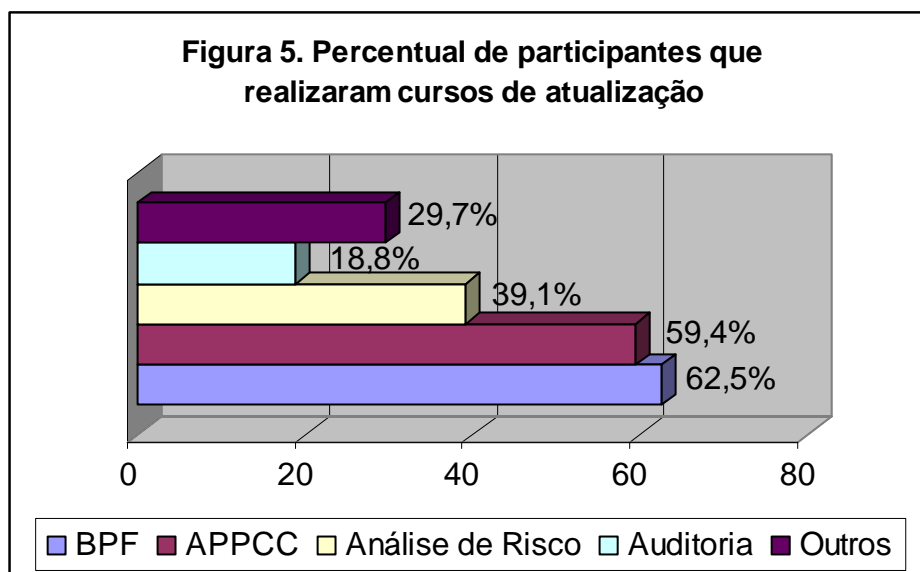
Em relação às áreas de atuação na VISA, 100% dos respondentes relataram atuar no segmento de alimentos. Isso evidencia a elevada demanda de capacitação dos fiscais nesse setor, o qual apresenta um número muito elevado de estabelecimentos e é alvo constante de denúncias por parte da população. Além disso, a indústria de alimentos está sofrendo um processo de reestruturação, que é consequência dos avanços tecnológicos e organizacionais que se iniciaram a partir da segunda metade da década de 70. (BELIK, 1994, p. 58). Assim, é necessário que esses profissionais detenham conhecimento também sobre essas novas tecnologias.

Os resultados obtidos no questionário evidenciam essa necessidade. Quando questionados sobre os temas que deveriam ser ministrados em programas de qualificação, a “tecnologia de alimentos” foi citada por 20% dos respondentes.

Quanto aos cursos de atualização⁵ na área de alimentos, observou-se que os valores são mais altos que os de pós-graduação, apesar de ainda modestos, se levar-se em consideração o elevado tempo de serviço relatado pelos respondentes. O curso em Boas Práticas de Fabricação foi o predominante.

A figura 5 mostra os principais cursos realizados pelos participantes. Como se pode observar, alguns cursos foram apontados pelo pesquisador no instrumento de pesquisa. Isso se deveu ao fato de esses temas se constituírem em conteúdos básicos e fundamentais para atuação na área de alimentos, segundo determinado na etapa de validação do questionário.

⁵ O Conselho Nacional de Educação não estabelece a carga horária mínima para curso de atualização. Para este estudo, considerou-se como curso de atualização aquele com carga horária mínima de 40 horas.



Observando-se a figura acima, verifica-se que 29,7% dos participantes relataram haver participado de outros cursos, que não os anteriores (BPF, APPCC, Análise de Risco e Auditoria). Os temas descritos foram: pescados, investigação de surtos, vigilância de produtos de origem animal, doenças veiculadas por água e alimentos, ingestão diária recomendada (IDR), radiação ionizante e legislação (código sanitário do DF).

Ainda a respeito dos cursos de atualização, foi questionado qual instituição promoveu. Os resultados mostraram que as únicas instituições envolvidas foram: ANVISA, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), VISA DF e Programa Alimentos Seguros (PAS). Os participantes relataram ainda, que a realização desses cursos se deu no período de 2001 a 2004.

Nesse sentido, há que se considerar que nos anos de 2001 a 2003 a Anvisa havia assinado um Termo de Cooperação Técnica com a OPAS⁶. Esse termo tinha como objetivo o desenvolvimento e o fortalecimento das atividades de Vigilância Sanitária de Alimentos, com ênfase nos Serviços de Inspeção de Alimentos, visando a homogeneização nacional e uma equivalência da legislação e fiscalização sanitária

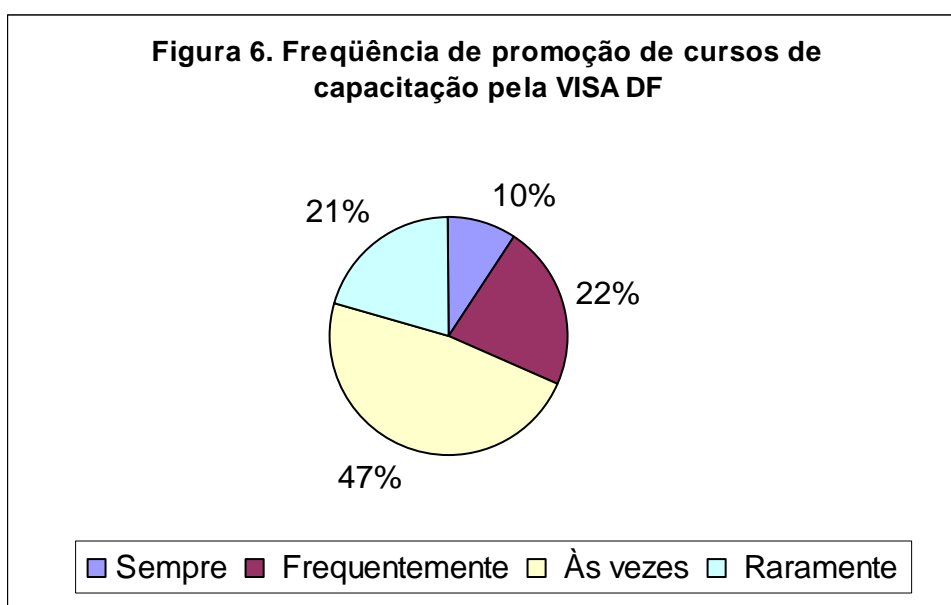
⁶ Informações obtidas junto à Gerência de Qualificação Técnica em Segurança de Alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

de alimentos na América Latina. Dentre as ações desenvolvidas estava incluída a capacitação de fiscais da vigilância sanitária em sistemas modernos de inspeção. Os temas dos cursos eram: Boas Práticas de Fabricação de Alimentos (BPF), Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC), Auditoria e Metodologia de Ensino. Além dessa cooperação técnica, a ANVISA também desenvolveu uma parceria com o PAS. O Programa Alimentos Seguros tem como objetivo principal a disseminação de conhecimentos sobre Segurança de Alimentos e a implantação das Boas Práticas e do Sistema APPCC nos estabelecimentos que produzem alimentos. Constitui uma ação nacional em parceria com as instituições do Sistema S (Senac, Sesi, Sesc, Sesi e Sebrae), Embrapa e ANVISA além do apoio técnico do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Saúde (MS), Associação Brasileira das Indústrias de Alimentos (ABIA), Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO) e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A parceria com a ANVISA foi iniciada em 2002 e se desenvolve até os dias atuais. Dentre as ações desenvolvidas, estão incluídos: cursos de capacitação para o setor produtivo; cursos de capacitação para profissionais da vigilância sanitária; formação de consultores para promoverem a implementação das BPF e APPCC nos estabelecimentos de alimentos e alimentação. Assim, constata-se que a ANVISA, como órgão regulador e normatizador, vem cumprindo seu papel de assessorar tecnicamente as vigilâncias sanitárias de Estados, municípios e Distrito Federal, conforme estabelecido pelo artigo 2º da Lei n. 9782/99, no que diz respeito à capacitação de recursos humanos na área de alimentos. Contudo, sabe-se que devido ao elevado número de fiscais da vigilância sanitária atuantes no país, os cursos de capacitação desenvolvidos pela Agência não são suficientes para atingir todo o escopo e, por isso, demandam o engajamento de outras instituições para desempenhar essa ação como as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, universidades, escolas técnicas, etc.

Costa (2005, p. 144, 145) afirma que a Universidade brasileira ainda não está preparada para o ensino da vigilância sanitária e para a formação de seus profissionais. A ausência de temática nas pesquisas a torna distanciada e despreparada quanto à teoria e à prática nessa área. Inserir tal temática na

Universidade constitui um desafio e requer um compromisso solidário de formação mútua, isto é, requer que a instituição acadêmica também se qualifique e se interesse em redefinir as agendas de pesquisa em saúde, em ampliar seu olhar sobre o complexo saúde-doença e adote novas práticas educacionais.

Analisando-se a participação da VISA DF na promoção de cursos de capacitação na área de alimentos, os resultados mostraram que a oferta não é satisfatória. A figura 6 mostra a freqüência da promoção de cursos de capacitação pela VISA DF, segundo avaliação dos participantes.



Deve-se considerar que existem entraves técnicos e financeiros encontrados pelos órgãos de vigilância sanitária estaduais e municipais que dificultam a atuação dos inspetores e coordenadores. Contudo, é necessário ressaltar que a capacitação de recursos humanos é um fator primordial para a efetivação das ações na vigilância sanitária e segundo Costa (2005, p. 142), os recursos humanos não são um mero componente de um sistema ou um dos fatores de produção. Ao contrário, eles são o sujeito do processo produtivo e constituem as próprias organizações. Os fatores materiais e financeiros apenas conformam seus instrumentos de trabalho.

Juliano & Assis (2004, p. 498) verificaram uma outra dificuldade em sua pesquisa. A equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – BA relatou não estar segura acerca da utilização do recurso financeiro que lhes foi destinado por meio do Fundo Municipal de Saúde ou em quais despesas de custeio e de capital ele poderia ser utilizado. Os autores afirmam que esses questionamentos não são exclusivos desse município. A implementação do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) em 1998, e disponível a partir de 2000 para esse município, impulsionou o processo de descentralização ao garantir aos municípios um montante mínimo de recursos transferidos regular e automaticamente, permitindo ao gestor municipal assumir as responsabilidades que lhe competem. De posse desse montante, grande número de gestores buscou esclarecimentos com as instâncias competentes do SUS nos níveis estadual e federal. Considerando o montante recebido pelo município no período de 1998-2000, os avanços no nível estrutural poderiam ter sido muito mais significativos.

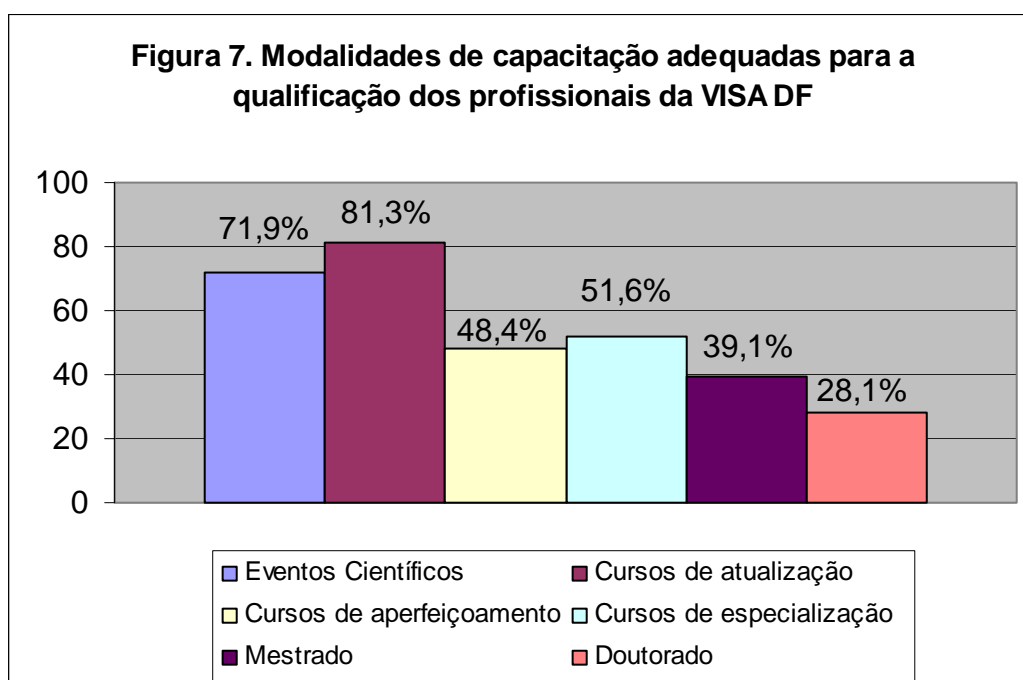
Nesse sentido, é necessário que os coordenadores das VISAs avaliem as dificuldades que afetam a capacitação de seu pessoal e as elucidem, para que as limitações possam ser trabalhadas e superadas.

Em relação à participação em cursos de ensino à distância, apenas 15,6% relataram já haver participado. Dentre esses, apenas dois cursos foram citados: Boas Práticas de Fabricação e Manipulação de Alimentos, promovido pela ANVISA em 2005, e Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária, promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2004. Sabe-se que a educação à distância é uma modalidade ainda em crescimento no país, o que justifica os baixos índices de adesão obtidos na pesquisa. Contudo, deve-se considerá-la como uma alternativa válida na capacitação dos fiscais da vigilância, devido à necessidade de se alcançar níveis de capacitação para um grande número de profissionais e em uma geografia tão extensa. Além disso, o advento dos sistemas de informática e de internet possibilita o surgimento e a consolidação de diferentes alternativas de educação.

Ainda sobre aspectos da qualificação questionou-se se os profissionais participaram, nos últimos cinco anos, de eventos científicos na área de vigilância sanitária de

alimentos, como congressos, encontros, seminários, mesas redondas, etc. Apenas 39,1% relataram haver participado, enquanto 60,9% não participaram de nenhum. Esse resultado mostra um baixo índice de participação dos inspetores em modalidades de capacitação de curta duração.

Apesar de os resultados sobre a realização de cursos de pós-graduação, atualização e participação em eventos científicos haverem sido modestos, 100% dos profissionais afirmaram ser necessária a promoção adicional de cursos de capacitação para a boa atuação do inspetor na vigilância sanitária. A importância dada a cada modalidade de capacitação é mostrada na figura 7.

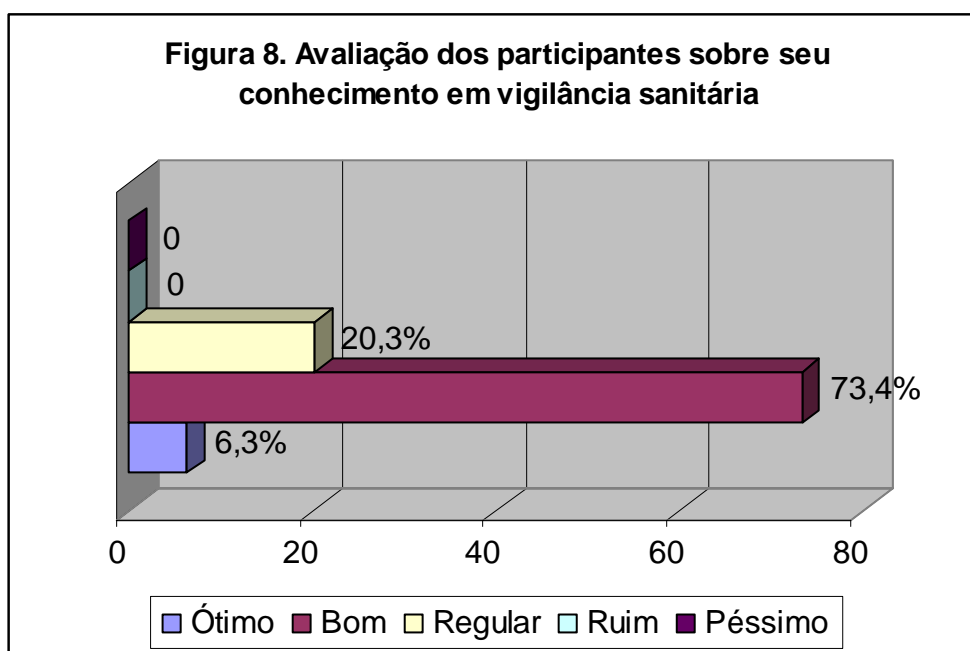


Deve-se ressaltar que 36% dos profissionais marcaram todas as opções de modalidades mostradas acima, enfatizando a necessidade de capacitação em diferentes níveis de aprofundamento. Pode-se observar pela figura anterior que as modalidades de curta duração como eventos científicos e cursos de atualização foram os mais assinalados (71,9% e 81,3%). A curta duração desses eventos deve ser encarada como uma característica positiva, pois não demanda uma dedicação

longa e excessiva dos participantes como em outras modalidades de capacitação, mas ainda assim pode contribuir significativamente para a atualização de seus conhecimentos.

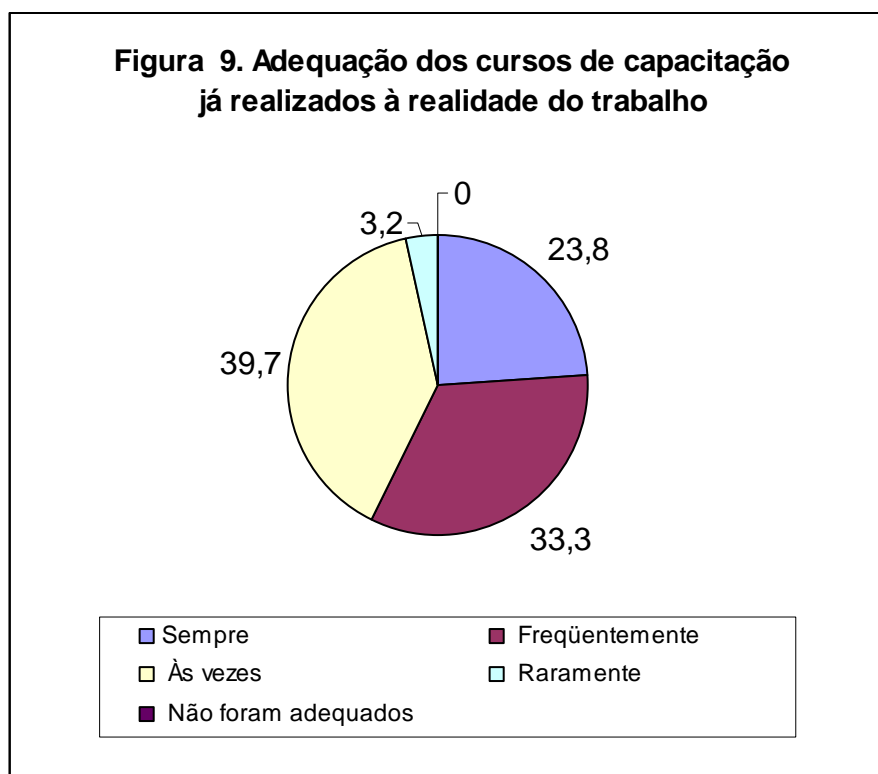
A maioria dos participantes (73,4%) afirmou ser “bom” seu conhecimento em vigilância sanitária. Contrastando-se esse resultado com o questionamento anterior, quanto à necessidade de participação em cursos adicionais de capacitação, verifica-se que mesmo considerando seu conhecimento “bom”, os participantes acreditam que ele deva ser aprimorado visando uma adequada atuação em vigilância sanitária.

A figura 8 mostra a avaliação dos participantes sobre seu conhecimento em vigilância sanitária.



Em relação aos cursos dos quais já participaram, os inspetores foram questionados se os mesmos foram adequados para a realidade de seu trabalho. A maioria dos participantes (39,7%) afirmou que “às vezes” os cursos são adequados. A figura 9 mostra os resultados e por eles verifica-se a necessidade das instituições responsáveis pela promoção dos cursos de capacitação se preocuparem

constantemente em atualizá-los de acordo com as legislações vigentes e com as necessidades expressas pelos demandantes.



A questão seguinte procurou identificar quais temas deveriam ser abordados nas modalidades de capacitação apontadas pelos participantes (figura 7), de forma a contribuir para a atuação na vigilância sanitária. Ressalta-se que não foi estabelecido pelo pesquisador um número mínimo ou máximo de propostas de temas. Portanto, os participantes apontaram todos os assuntos que julgaram ser pertinentes.

Foram listados 24 diferentes temas, conforme exposto na tabela 1. A disposição dos temas está organizada de forma decrescente em relação ao número de pessoas que os listaram.

Tabela 1. Temas apontados pelos participantes para serem abordados em capacitações.

Temas	Nº de pessoas que listaram
Atualização em Legislação sanitária	17
Tecnologia de Alimentos	13
Direito Sanitário	12
Microbiologia	8
Boas Práticas de Fabricação	8
Doenças Transmitidas por Alimentos	7
Auditoria	5
Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle	4
Ética	4
Padronização de procedimentos para inspeção	4
Vigilância Sanitária de Produtos	3
Gestão de Qualidade	3
Aditivos em alimentos	3
Análise de Riscos	2
Qualidade em Alimentos	2
Alimentos Transgênicos	2
Responsabilidade do Servidor Público	1
Cosméticos e Hospitais	1
Vigilância Sanitária de Serviços	1
Informação em saúde	1
Agrotóxicos	1
Controle de Temperatura em Alimentos Perecíveis	1

Higiene de Instalações e Equipamentos	1
Epidemiologia	1

O tema mais destacado foi “atualização em legislação sanitária”. Isso fica evidente quando se considera que um fiscal de vigilância sanitária atua em todas as áreas englobadas pela vigilância sanitária, ou seja, todos os bens e serviços que, diretamente ou indiretamente, se relacionem com a saúde. De acordo a Lei n. 9782/99 e seu artigo 8º são eles: medicamentos de uso humano, alimentos, bebidas, seus insumos, embalagens, aditivos alimentares, agrotóxicos cosméticos, produtos de higiene pessoa e perfumes, saneantes, equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos, sangue e hemoderivados, radioisótopos e radiofármacos, cigarros e outros produtos fumígenos, quaisquer produtos por engenharia genética ou submetidos às fontes de radiação, serviços voltados para a atenção laboratorial, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias (BRASIL, 1999). Portanto, é um desafio a esses profissionais se manterem atualizados e detentores de conhecimentos em todas as áreas de atuação da vigilância sanitária.

Outros temas importantes apontados pelos participantes e que se relacionam entre si são “Microbiologia” e “Doenças Transmitidas por Alimentos” (DTAs). Ambos os assuntos são fundamentais para a boa atuação na área de alimentos e para o compromisso dos profissionais de vigilância sanitária em proteger e promover a saúde da população.

Os temas ministrados em maior escala em cursos de capacitação para fiscais da vigilância sanitária que atuam na área de alimentos como BPF, APPCC, Auditoria e Análise de Risco, também foram listados.

Ademais, não cabe aqui discutir a respeito da importância de cada um dos temas apontados pelos participantes. Apenas quer-se ressaltar que foi listado um número

considerável de assuntos que devam fazer parte de um plano de capacitação e que os próprios agentes da vigilância o fizeram.

Costa (2005, p. 145) concluiu em seu trabalho que a dimensão da complexidade da vigilância sanitária também deve ser incorporada aos processos de formação profissional por causa da dimensão regulatória que a vigilância exerce sobre o mercado da saúde. Desse modo, competência técnica, responsabilidade pública e compromisso ético apresentam-se como os maiores desafios para a formação desses profissionais.

5. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu verificar que a qualificação técnica dos recursos humanos na VISA DF precisa ser aprimorada. A demanda por profissionais polivalentes e multiquificados é crescente, contrariamente aos processos de formação, que geralmente são restritivos.

Apesar de 75% dos profissionais da VISA DF possuírem curso superior, a formação predominante não é na área de saúde. A qualificação em nível de pós-graduação possui níveis baixos havendo predominância dos cursos *lato sensu* e baixos níveis de pós-graduação *strictu sensu* (mestrados e doutorados).

As participações em cursos de educação à distância também foram reduzidas, mas deve-se considerar que essa modalidade ainda está em processo de consolidação e crescimento no país.

Por outro lado, verificou-se que o elevado tempo de experiência em vigilância sanitária contribui para uma boa atuação profissional. Além disso, todos os profissionais possuem vínculo estatutário, o que contribui para a redução da rotatividade do quadro funcional e proporciona uma estabilidade para a execução do cargo.

A maioria dos profissionais julga ser bom seu conhecimento em vigilância sanitária, mas ainda assim, os mesmos afirmam ser necessária a participação adicional em cursos de capacitação, sejam de curta ou longa duração. Os temas a serem abordados também são diversos, o que é justificável quando se considera o amplo campo de atuação da vigilância sanitária.

Em decorrência dos resultados obtidos, verifica-se que o instrumento de pesquisa utilizado é válido e pode ser empregado na avaliação da qualificação técnica de profissionais de vigilância sanitária em outras localidades.

Constata-se ainda, que a necessidade de qualificação dos profissionais da VISA DF demanda a concentração de esforços dos partícipes envolvidos na elaboração de um programa de capacitação completo e eficiente para valorizar a ferramenta mais

importante da vigilância sanitária: os recursos humanos. A busca de parcerias com centros formadores em saúde, núcleos de estudos em saúde coletiva, é parte da estratégia para construir e implementar uma política nacional de desenvolvimento de recursos humanos em VISA, buscando, constantemente, atingir o amplo espectro de atribuições que lhes são outorgadas.

Concorda-se com Campos (2001, p. 9) que afirma que a descentralização das ações de Vigilância Sanitária continua sendo um grande desafio a ser vencido, pois as secretarias estaduais e municipais, em geral, ainda não contam com um número suficiente ou com uma adequada qualificação de quadros profissionais para assumir a complexidade das funções que lhes são atribuídas. As mudanças pelas quais têm passado as secretarias de saúde, a necessidade de aprimoramento na articulação entre as esferas de governo e a renovação de seus papéis frente a atual conjuntura, impõem uma ampla reorientação estratégica dos programas de ensino, pesquisa e cooperação técnica para a Vigilância Sanitária. Deve-se requalificar e redirecionar as ações de saúde no âmbito da promoção, proteção e regulação para que as mesmas respondam com efetividade às necessidades e peculiaridades tanto coletivas quanto individuais, numa perspectiva democrática e competente, mediadas pelo controle social. As instituições que formam o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária devem estar orientadas para apoiar a descentralização, reforçar a gestão estratégica, promover uma abordagem intersetorial, ampliar a comunicação em saúde e participar na reconstrução permanente do conceito ampliado de saúde que a Constituição de 1988 trouxe para a sociedade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto nº. 3280, de 14 de junho de 1976. Dispõe sobre a transposição de cargos para a categoria funcional de inspetor de Saúde, do grupo – Outras atividades de nível superior, do quadro de pessoal do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial do DF**. Brasília, DF, 14 de junho de 1976.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial de União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, n. 170, 21 de setembro de 1996.

BRASIL. Decreto nº. 2208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art.36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial de União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de abril de 1997.

BRASIL. Lei n. 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial de União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999, seção 1, página 1.

BRASIL. Resolução CES/CES nº. 1, de 3 de abril de 2001. Ministério da Educação. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces01_01.pdf>. Acesso em 30 de outubro de 2005.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº. 213 de 8 de julho de 2004. Ministério da Educação. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces213_04.pdf>. Acesso em 23 de novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação de Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – CBVE – Nível Superior**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/poup/03_1395.htm>. Acesso em 30 de outubro de 2005.

BELIK, W. Agroindústria e reestruturação industrial no Brasil: elementos para uma avaliação. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, Brasília, v. 11, n. 1/3, p. 58-75, 1994.

BRITO, D.O; SILVA, Z.P. **O perfil de competências do profissional de vigilância sanitária: um estudo de caso no Distrito Federal**. 2002. 84 f. Monografia (especialização em Saúde Coletiva – Vigilância Sanitária) - Universidade de Brasília, Brasília.

CAMPOS, F. E; WERNECK, G. A.F; TONON, L.M. **Vigilância Sanitária**. Universidade Federal de Minas Gerais: Coopmed, 2001, 129p. (Caderno de Saúde 4).

CENSO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004. Secretarias Estaduais de Vigilância Sanitária; Coordenação de Portos, Aeroportos e Fronteiras/ANVISA.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: Proteção e defesa da saúde**. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 494p.

COSTA, E.A. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. **Revisa**, v. 1, n. 2, p. 141-146, 2005.

EDUARDO, M.B.P. **Vigilância Sanitária** Colaboração de MIRANDA, I.C.S. Faculdade de Saúde Pública de São Paulo: Editora Fundação Petrópolis Ltda, v. 8, 1998. 461p. (Série Saúde & Cidadania).

JULIANO, I.A; ASSIS, M.M.A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização de saúde (1998-2000). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 493-505, abr./jun. de 2004.

LEITE, M.J.V.F; RONCALLI, A.G. Recursos Humanos em Vigilância Sanitária: uma discussão sobre perfil profissional. **Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**, 1993. 15p.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587 – 603.

RAMOS, M.N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.** Campinas, v. 23, n. 80, p. 400 – 422, setembro de 2002.

RESENDE, E. **O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003. 242p.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 301p.

SATO, A.K. Descentralização: um tema complexo. **IPEA**, Brasília, outubro de 1993. 20 p. (Texto para discussão, n. 314).

SENAI, DN. **Metodologia para elaboração de perfis profissionais**. 2.ed. Brasília, 2002. 64p.

VIEIRA, C.A.S; ALVES, E.L.G. Qualificação profissional: uma proposta de saúde pública. **IPEA**, Brasília, 2005. 25p. (Texto para discussão, n. 376).

7. APÊNDICES

7.1 Apêndice A - Questionário

Por favor, responda o questionário abaixo. Suas informações são essenciais e servirão de base para uma pesquisa, intitulada “A Qualificação dos Profissionais da Vigilância Sanitária do Distrito Federal que atuam na área de alimentos”, apresentada por Thalita Antony de Souza Lima ao curso de pós-graduação *lato sensu* em Qualidade em Alimentos. Responda todas as questões. Aquelas não respondidas serão consideradas como negativas.

QUESTIONÁRIO

1 - DADOS PESSOAIS

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Lotação (local de trabalho):

2 –QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

2.1 Qual a sua escolaridade? (Marque quantas alternativas forem necessárias).

() Ensino médio completo (2º grau)

() Nível superior incompleto

() Nível superior completo em:

() Curso de Aperfeiçoamento (Pós-graduação *lato sensu* – mínimo de 180 horas) em:

() Curso de Especialização (Pós-graduação *lato sensu* - mínimo de 360 horas) em:

() Mestrado em:

() Doutorado em:

() Pós-doutorado em: _____

2.2 Qual o seu cargo na instituição onde trabalha?

2.3 Qual é o seu vínculo empregatício?

() CLT

() Prestação de serviços

☐ Estatutário ☐ Cargos em comissão

☐ Organismos Internacionais ☐ Outros _____

2.4 Seu trabalho na vigilância sanitária inclui a área de alimentos?

☐ Sim ☐ Não

2.5 Qual seu tempo de experiência em vigilância sanitária?

☐ Até 5 anos ☐ De 16 a 20 anos

☐ De 6 a 10 anos ☐ Mais de 20 anos

☐ De 11 a 15 anos

2.6 Você já participou dos cursos de atualização abaixo, na área de alimentos? Em que ano ele foi realizado e qual foi a instituição que o promoveu (ex: Anvisa, VISA do DF, Universidades, etc.)?

☐ BPF

☐ APPCC

☐ Análise de Risco

☐ Auditoria

☐ Outros cursos

2.7 Você participou de congressos, palestras seminários ou outros eventos científicos semelhantes sobre vigilância sanitária na área de alimentos, nos últimos cinco anos? Quais foram os eventos e quais as instituições que os promoveram?

2.8 Você já participou de algum curso de ensino à distância em vigilância sanitária de alimentos?

☐ Sim ☐ Não

2.9 Caso tenha participado, qual foi o curso e quando ele foi realizado?

3. CONSIDERAÇÕES PESSOAIS

3.1 A vigilância sanitária onde você atua promove cursos na área de vigilância sanitária de alimentos?

☐ Sempre ☐ Raramente

☐ Frequentemente ☐ Não promove

☐ Às vezes

3.2 Os cursos dos quais você participou foram adequados para a realidade de seu trabalho?

- ☐ Sempre ☐ Raramente
- ☐ Frequentemente ☐ Não foram adequados
- ☐ Às vezes

3.3 Como você considera seu conhecimento a respeito de vigilância sanitária?

- ☐ Ótimo
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Péssimo

3.4 Você acha necessária a participação dos fiscais em cursos adicionais de atualização, aperfeiçoamento e/ou especialização para uma adequada atuação em vigilância sanitária?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

3.5 Qual(is) modalidade(s) de capacitação você considera necessária para sua atuação na vigilância sanitária?

- ☐ Eventos científicos (palestras, seminários, congressos)
- ☐ Cursos de atualização (curta duração)
- ☐ Cursos de aperfeiçoamento *latu sensu* (mínimo de 180 horas)
- ☐ Cursos de Especialização *latu sensu* (mínimo de 360 horas)
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

7.2 Apêndice B – Termo de Consentimento

Universidade de Brasília

Centro de Excelência em Turismo

Pós-graduação *Lato sensu* em Qualidade em Alimentos

Projeto: A Qualificação dos Profissionais da Vigilância Sanitária do Distrito Federal

Pesquisador responsável: Thalita Antony de Souza Lima

Orientadora: Lucianne Cardoso

TERMO DE CONSENTIMENTO

Recebi orientação e declaro estar ciente dos objetivos desta pesquisa, que visa, principalmente, avaliar a qualificação dos profissionais da vigilância sanitária do Distrito Federal com enfoque na área de alimentos. Dessa forma, aceito participar de livre e espontânea vontade da mesma, no que diz respeito ao fornecimento de informação para o preenchimento do questionário da pesquisa relacionado a dados pessoais, formação e capacitação profissional e experiência na vigilância sanitária.

Fui informado que os dados que forneci terão garantia de sigilo por parte do pesquisador.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura:
