



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

AMANDA MAIA DE OLIVEIRA

**ESTUDO AVALIATIVO DA FISCALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE
ALIMENTOS COMO FUNÇÃO PRIMORDIAL NA PROTEÇÃO À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA
2021

AMANDA MAIA DE OLIVEIRA

ESTUDO AVALIATIVO DA FISCALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE
ALIMENTOS COMO FUNÇÃO PRIMORDIAL NA PROTEÇÃO À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O45e Oliveira, Amanda Maia de.

Estudo avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como função primordial na proteção à saúde no município de Fortaleza : pesquisa avaliativa / Amanda Maia de Oliveira. – 2021. 114 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa .

1. Vigilância Sanitária. 2. Fiscalização de alimentos. 3. poder de polícia . I. Título.

CDD 320.6

AMANDA MAIA DE OLIVEIRA

ESTUDO AVALIATIVO DA FISCALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE
ALIMENTOS COMO FUNÇÃO PRIMORDIAL NA PROTEÇÃO À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 02/ 12/ 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Jose Pires de Sousa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos Américo Leite Moreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dra. Tichana Ribeiro de Oliveira

RESUMO

O presente trabalho pesquisa intitulado Estudo Avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como Função Primordial na Proteção à Saúde no Município de Fortaleza, encontra-se inserido na linha de pesquisa Políticas Públicas e Mudanças Sociais do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas. O objetivo do estudo é avaliar a função da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde pública. O estudo será desenvolvido utilizando-se da pesquisa bibliográfica e documental, associado ao estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvida pelas Professoras Maria Ozarina da Silva e Silva e Maria Cecília de Souza Minayo. Os dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas e análise documental. O questionário foi direcionado aos Fiscais de Vigilância Sanitária de Fortaleza especialista ingressos no concurso de 2010. Os temas desenvolvidos para fundamentação teórica foram: desenvolvimento da vigilância sanitária no Brasil, redemocratização do Brasil e reforma sanitária na construção dos direitos sociais, defesa da saúde do consumidor, as esferas de governo e suas responsabilidades, o Estado e seu poder de polícia administrativo, segurança alimentar, fiscalização da vigilância sanitária de alimentos e doenças transmitidas por alimentos. O referido trabalho tem o intuito de poder proporcionar um esclarecimento e divulgação do papel da Vigilância Sanitária na sua atuação fiscalizadora na defesa da saúde pública, assim como uma reflexão quanto a capacidade dessa defesa, frente às variadas realidades que se apresentam como um risco à saúde da população, em especial na área de alimentos. Diante dos resultados pode-se concluir que a fiscalização de VISA de alimentos possui repercussão positiva na defesa da saúde da população, mesmo tendo que enfrentar inúmeras dificuldades: estruturais, falta de capacitação, falta de segurança. A fiscalização das atividades urbanas e vigilância sanitária do município de Fortaleza alcançou novo patamar com o ingresso de um novo corpo técnico e com a criação da AGEFIS. Houve avanços, mas a ainda persistem muitas questões para serem corrigidas, aperfeiçoadas e muitos pontos para evoluir.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; fiscalização de alimentos; poder de polícia

ABSTRACT

The present research study entitled "Evaluation Study of the surveillance health of food as a primary function in health protection in the municipality of Fortaleza" is inserted in the research line Public Policies and Social Changes of the Professional Master in Evaluation of Public Policies. The objective of the study is to evaluate the function of food health surveillance inspection as a factor of public health protection. The study will be developed using bibliographic and documental research, associated to the descriptive study with qualitative approach developed by Professors Maria Ozarina da Silva e Silva and Maria Cecília de Souza Minayo. The data will be collected through semi-structured interviews and documental analysis. The questionnaire will be directed to the Sanitary Surveillance inspectors of Fortaleza, specialists in the 2010 contest. The themes developed for theoretical basis were: development of sanitary surveillance in Brazil, re-democratization of Brazil and sanitary reform in the construction of social rights, consumer health defense, the spheres of government and its responsibilities, the State and its power of administrative police, food security, inspection of sanitary surveillance of food and food transmitted diseases. The purpose of this work is to provide a clarification and disclosure of the role of the Sanitary Surveillance in its surveillance performance in the defense of public health, as well as a reflection on the capacity of this defense, in face of the varied realities that present themselves as a risk to the population's health, especially in the area of food. In view of the results, it can be concluded that VISA inspection of food has a positive impact on the defense of the population's health, even having to face numerous difficulties: structural, lack of training, lack of security. The inspection of urban activities and sanitary surveillance in the city of Fortaleza reached a new level with the arrival of a new technical body and the creation of AGEFIS. There were advances, but there are still many issues to be corrected, improved, and many points to advance.

Keywords: Sanitary Surveillance; food inspection; police power

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição fiscais de campo VISA Alimentos nas GEREFIS	16
Quadro 2	Principais legislações federais utilizadas nas durante as inspeções sanitárias de alimentos	59
Quadro 3	Principais legislações municipais utilizadas durante as inspeções sanitárias de alimentos	60
Quadro 4	Principais agentes etiológicos e características	67
Quadro 5	Dificuldades listadas pelas Fiscais	80

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AGEFIS	Agência de Fiscalização de Fortaleza
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEVISA	Célula de Vigilância Sanitária
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CGSIM	Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
GEREFI	Gerência Regional de Fiscalização Integrada
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
4	DESENVOLVIMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	21
4.1	Redemocratização do Brasil e Reforma Sanitária na Construção dos direitos sociais	27
5	O ESTADO NEOLIBERAL X VISA	32
5.1	Defesa da saúde e do consumidor	37
6.	AS ESFERAS DE GOVERNO E SUAS RESPONSABILIDADES	39
6.1	AGEFIS	41
7	O ESTADO SEU PODER DE POLÍCIA ADMINISTRATIVA E A VIGILANCIA SANITÁRIA	44
8	SEGURANÇA ALIMENTAR	50
9	FISCALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS	56
10	DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	64
11	RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
11.1	Localização GEREFI e distribuição dos fiscais	73
11.2	Formação acadêmica e influência na atuação fiscal	73
11.3	Rotina de atuação fiscal	75
11.4	Percepção do Fiscal de Vigilância Sanitária de Alimentos de Fortaleza sobre o impacto de sua atuação da proteção da saúde pública	77
11.5	Dificuldades ou limitações vivenciadas	79
11.6	Aspectos relevantes para um melhor desempenho na atuação fiscal	82
11.7	Principais irregularidades/ riscos sanitários constatados na ação fiscal	83
11.8	Instrumentos de trabalho mais efetivos para regularização das infrações sanitárias	86
11.9	Avanços ou mudanças do quadro sanitário desde a atuação dos fiscais especialistas	87

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	89
REFERÊNCIAS -----	92
ANEXO A- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (AGEFIS) À REALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA -----	102
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC) -----	103
APÊNDICE- A FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PARA FISCAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS / ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FISCAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS -----	108
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) -----	112

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a saúde foi publicada como direito pela primeira vez na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948. De maneira que o estado de bem-estar é dado por uma série de direitos sociais como alimentação, moradia, vestimenta, assistência médica, serviços sociais e seguros sociais, além de trabalho e educação (MOURA, 1996). A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência da doença ou enfermidade, contribuindo para uma maior ênfase na medicina preventiva, seja ela individual ou coletiva, e na promoção da saúde. Por mais que esse conceito seja questionado e criticado por vários estudiosos por seus aspectos utópicos e reducionistas, ainda é considerado válido (SEGRE; FERRAZ, 1997; DALMOLIN *et al.*, 2011).

A saúde é reconhecida como um direito humano social expressamente previsto pela Constituição Brasileira de 1988, a qual estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de concretizar esse direito social (BRASIL, 1988). Sendo um dever do Estado, compete ao mesmo implementar políticas públicas capazes de garantir à população brasileira o acesso universal a ações e serviços públicos de saúde.

Além de ações e serviços de saúde, conforme dispõe o caput do art. 196 da Constituição Federal, o Estado deve atuar no sentido de reduzir os riscos de doenças e agravos à saúde pública; ou seja, deve adotar medidas capazes de garantir a segurança sanitária da população, evitando a disseminação de doenças e eliminando riscos à saúde existentes no ambiente social, em concordância com o conceito de saúde (AITH; MINHOTO; COSTA, 2009).

No âmbito do Estado, a realização do dever de assegurar a saúde se traduz pela concepção, criação e implantação de políticas públicas, definidas como “programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado, dentre eles a atuação da Vigilância Sanitária, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (ROCHA, 2003).

Como área integrante do SUS, a Vigilância Sanitária tem sua ação voltada, sobretudo, para práticas de promoção da saúde e desempenha importante papel na prevenção de riscos, controlando possíveis agravos à população. São ações que

contemplam o princípio ético da beneficência, não devendo se limitar às dimensões legais, técnicas e administrativas; contêm especificidades, visto que devem qualificar produtos, processos, serviços e ambientes, incluindo os de trabalho, mas que não se dissociam de outras do campo da saúde na concepção da integralidade do cuidado (LEAL; TEIXEIRA, 2017).

A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que cria o SUS, (BRASIL, 1990a) define vigilância sanitária em seu Art. 6º, § 1º:

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse de 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;
- II – o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde”

Por sua definição, compreende-se que a Vigilância Sanitária no Brasil desempenha um papel fundamental na proteção da saúde da população. Como é parte essencial da saúde pública, tem a árdua e incansável tarefa de defender a população contra os interesses de um modo de produção capitalista que busca o lucro, em certos casos, a qualquer custo, mesmo que para isso tenha que colocar a saúde, e até mesmo a vida, de pessoas em risco. Dessa forma, a vigilância atua com o intuito de evitar tais riscos, limitando e ordenando interesses individuais pelo bem da população. E tem sua ação consolidada com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pela lei nº 9782/99 como órgão central da coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (DE SETA; DAIN, 2011; BARROS, 2007, BRASIL, 1999).

A amplitude desta definição coloca a vigilância sanitária no centro das discussões atuais sobre risco sanitário, globalização e seus efeitos e a desigualdade social crônica na sociedade brasileira. Ao lado de outras áreas e práticas de saúde contempladas na Constituição de 1988 como um direito social, esta política de proteção aos riscos vem sendo ameaçada pelo fortalecimento de um projeto político que tende a minimizar o papel do Estado ante sua responsabilidade social de provedor do direito à saúde. Além disso, por uma visão deturpada, coloca as fiscalizações em geral como um empecilho ao desenvolvimento e à livre iniciativa (MARQUES *et al.*, 2006).

As ações de vigilância sanitária são de responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo: União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990 a). A ANVISA atua no âmbito federal, estabelecendo normas gerais de alcance nacional. Os Estados também podem estabelecer normas para complementar a legislação nacional, cuja aplicação se restringe ao seu território. Os municípios, por sua vez, podem também legislar, de forma a atender às necessidades e prioridades locais. Os órgãos de vigilância sanitária municipais são as instâncias mais próximas da população e às quais o cidadão deve recorrer prioritariamente sempre que precisar esclarecer dúvidas ou denunciar irregularidades (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004; PIOVESAN, 2002).

Estudo realizado por Oliveira (2012), sobre o atendimento de denúncias pela ouvidoria da vigilância sanitária de Fortaleza, verificou que 71% das denúncias eram relacionadas com alimentos. Esse elevado percentual pode ser relacionado pelo grande universo de estabelecimentos que comercializam alimentos, desde quiosques de lanches até grandes redes de supermercado e restaurantes. De acordo com os dados coletados do Mapeamento de Fortaleza, a cidade “possui 50.330 lojas comerciais, em que o setor de restaurantes e outros estabelecimentos de serviços de alimentação e bebidas é o de maior quantidade, com 1.425 unidades. No segmento, o número de vínculos ativos é de 23.651” (SETOR..., 2015).

A mudança dos hábitos alimentares, com a população se alimentando cada vez mais fora de casa, a crescente urbanização sem ordenamento e a elevada demanda para produção de alimentos, têm resultado em consequências negativas como o aumento de doenças transmitidas por alimentos (DTA's) em todo o mundo, com relatos de surtos de pequenas, médias e grandes proporções (DIAS; BERNARDES; ZUCCOLI, 2011). Mesmo havendo grande dificuldade de notificação de DTA's, os relatos oficiais demonstram um aumento significativo dessas doenças em escala global (SILVA; BERGAMINI; OLIVEIRA, 2010).

A atuação da fiscalização no atendimento a denúncias, assim como sua atuação preventiva de rotina torna-se imprescindível para que os riscos à saúde sejam evitados ou minimizados. É de competência da Vigilância Sanitária a ação de fiscalizar ou inspecionar alimentos, bebidas, águas de consumo humano, embalagens e matérias-primas alimentares, além dos estabelecimentos industriais e comerciais de alimentos, com o propósito de prevenir riscos à saúde do consumidor (BRASIL, 1999).

A Fiscalização da Vigilância Sanitária de Fortaleza pode ser demarcada por dois períodos: antes e após o concurso de 2010. Antes, o último concurso ou seleção para fiscais que possuíam semelhantes atribuições ocorreu em 1984, com exigência de escolaridade para Nível Médio, tendo a nomenclatura de fiscais municipais de higiene e saúde, com um lapso temporal de quase 26 anos entre as duas seleções.

No concurso de 2010, foram abertas 100 vagas, de nomeação imediata e cadastro reserva, exclusivas para graduados em áreas específicas de atuação: nutricionista ou engenheiro de alimentos, médico veterinário; serviços de saúde (enfermeiro, médico, odontólogo, farmacêutico), produtos químicos (químico ou engenheiro químico). Os selecionados para atuarem diretamente na fiscalização de serviços de alimentação foram aqueles com formação em nutrição e engenharia de alimentos; enquanto os selecionados em medicina veterinária atuam na inspeção de produtos de origem animal e serviços veterinários. O maior quantitativo de vagas ofertadas e selecionadas foi da área de alimentos (28 no total).

Vale destacar que Fortaleza foi um dos municípios pioneiros no Brasil em realizar seleção para graduados nas áreas específicas para atuarem na fiscalização sanitária. Tal fato causou certo impacto na forma de atuação da fiscalização com a chegada dos novos fiscais, tanto para o setor regulado, estabelecimentos sujeitos a fiscalização, quanto para o órgão público.

Os fiscais, no princípio, eram ligados à CEVISA (Célula de Vigilância Sanitária e Ambiental), órgão subordinado à Secretaria de Saúde do Municipal - SMS, mas tendo sua atuação distribuída nas 6 Secretarias Regionais nas respectivas Coordenadorias de Saúde Regionais. Em 2014, foi criada a AGEFIS (Agência de Fiscalização de Fortaleza), que unifica toda a fiscalização urbanística e ambiental, com exceção da tributária, em um único órgão. Outro ponto crucial se impõe aos fiscais de VISA com novas mudanças e adaptações.

Diante do exposto, considero ser de fundamental importância o conhecimento e a reflexão das possíveis formas de atuação das políticas públicas na defesa e na promoção da saúde da população. Tendo como base essa premissa, minha formação acadêmica como nutricionista e minha vivência profissional como fiscal de vigilância sanitária na área de alimentos ingressa no concurso realizado em 2010, passei a refletir e questionar sobre a importância da atuação da fiscalização da vigilância sanitária para a defesa da saúde pública, assim como a relevância dos recursos humanos, legais e matérias para uma atuação efetiva da fiscalização; essa enquanto

detentora do poder de polícia administrativa do Estado, até que ponto nossa legislação permite uma defesa efetiva da saúde da população, levando-se em consideração as diferentes realidades sociais e culturais existentes dentro de um território amplo e diversificado como o de Fortaleza.

O objeto deste estudo é a fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos no Município de Fortaleza, essa atuação faz parte da política de saúde no Brasil, sendo essa uma área temática ainda pouco estudada, e pouco divulgada, se comparada com outros campos da saúde pública.

O referido trabalho tem o intuito de poder proporcionar maior esclarecimento e divulgação do papel da Vigilância Sanitária na sua atuação fiscalizadora na defesa da saúde pública; assim como uma reflexão quanto à capacidade dessa defesa frente às variadas realidades que se apresentam como um risco à saúde da população, em especial na área de alimentos. Minayo (2014) destaca que é preciso ter clareza sobre o sentido da investigação, especialmente os pesquisadores da área de saúde, voltando-se para os problemas da população.

Segundo Marques *et al.* (2006), a vigilância sanitária, com a complexidade e extensão de suas funções, precisa problematizar seu campo de atuação e as bases de conhecimento que lhe dão aporte teórico. Como um diverso e complexo campo de práticas construído com o intuito de proteger e promover a saúde e de gerenciar o risco sanitário. As dimensões tecnológicas, políticas, sociais, culturais, econômicas, ambientais, entre outras, são inerentes a praticamente todos os espaços de atuação da VISA.

Os riscos sanitários, assim como sua forma de atuação, consequentes da articulação dessas dimensões precisam ser problematizados, contextualizados e avaliados. Tendo como base essas premissas descritas e dentro deste contexto de mudanças e transições pelos quais a fiscalização vem passando nos últimos 10 anos foi que desenvolvi meu tema de pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo é avaliar a função da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde.

2.2 Objetivos específicos

I- Descrever o perfil e forma de atuação dos fiscais da Vigilância Sanitária da área de alimentos.

II – Apontar os possíveis fatores que limitam ou dificultam a atuação da fiscalização.

III - Identificar e analisar as principais irregularidades, riscos sanitários constatados pelos fiscais durante as inspeções sanitárias.

IV – Apresentar os possíveis avanços ou mudanças de cenário verificadas pelos fiscais a partir de sua atuação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho tem como proposta a avaliação da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos na proteção à saúde. Para o desenvolvimento metodológico do estudo, utilizaram-se as abordagens desenvolvidas por Silva (2012) e Minayo (2014).

A abordagem defendida por essas autoras foge da lógica positivista de avaliação de programas e políticas públicas que se baseava em parâmetros pré-definidos de eficiência, eficácia e efetividade, modelo que predominava na década de 90, tendo como pano de fundo a reforma do estado. O modo gerencialista de avaliação de políticas públicas foi uma exigência das instituições financeiras internacionais. Esse modelo tem como foco os dados numéricos, estatísticos; colocando em segundo plano os sujeitos sociais envolvidos na política, aspectos culturais e a própria crítica à política. (RODRIGUES, 2008).

Partindo do princípio de que o objeto deste estudo é a fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos no Município de Fortaleza, os sujeitos do estudo foram os profissionais que atuam diretamente na fiscalização. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: fiscais ingressos no concurso para fiscal do município de Fortaleza de 2010, com formação específica em nutrição ou engenharia de alimentos para atuarem na fiscalização de alimentos e que estejam em atuação no campo, distribuídos pelas seis Gerências Regionais de Fiscalização Integrada (GEREFIS), localizadas dentro das Secretarias Regionais de Fortaleza.

Quadro 4 – Distribuição fiscais de campo VISA Alimentos nas GREFIS

Graduação	GEREFI I	GEREFI II	GEREFI III	GEREFI IV	GEREFI V	GEREFI VI	Total
Nutricionista	1	3	2	1	2	3	11
Engenheiros de alimentos	2	1	1	3	1	2	10

Fonte: MELO (2019). Adaptado pelo autor.

Foram solicitadas a participação de 12 fiscais de campo, sendo 2 de cada das seis GREFIS, para que o estudo englobasse a visão de todas as áreas da cidade. Desses, 11 se disponibilizaram a responder de forma online a ficha de caracterização e o questionário, tendo a participação de pelo menos um fiscal de cada uma das GREFIS. Dessa forma, o estudo contou com a participação de 11 Fiscais de Vigilância Sanitária de Alimentos de Fortaleza, especialistas ingressos no concurso de 2010, que responderam ao questionário tipo semiestruturado entre os meses de abril e junho de 2021. A amostragem foi do tipo aleatória e por saturação no sentido de ser capaz de apontar a relevância do fenômeno do estudo.

Os instrumentos de coleta que foram utilizados neste estudo: revisão de literatura, pesquisa documental, ficha de caracterização e questionário semiestruturado (anexo), técnica essa que, segundo Minayo (2014), permite captar informações que tratam da reflexão sobre a realidade vivenciada.

Com base nos objetivos do estudo foi desenvolvido um roteiro com nove perguntas, envolvendo as seguintes temáticas: local de trabalho; influência da formação para atuação fiscal; rotina de atuação fiscal; forma de atuação; impacto na proteção à saúde pública; dificuldades vivenciadas; aspectos para melhorar atuação; principais irregularidades constatadas; instrumentos de trabalho e percepção de mudanças do quadro sanitário. Junto ao questionário, foi aplicada ficha de caracterização dos profissionais entrevistados com as seguintes abordagens: faixa etária (anos), nível de escolaridade (especialização, mestrado, doutorado), satisfação com remuneração (muito satisfeito; satisfeito; pouco satisfeito; insatisfeito) (APÊNDICE A).

Assumindo o estudo como uma avaliação interna, no campo profissional, a pesquisa avaliativa é uma forma de pesquisa social aplicada, sendo uma atividade sistemática, planejada e dirigida. A avaliação busca identificar e obter informações válidas, confiáveis, suficientes e relevantes que sirvam como alicerce para a construção de um ponto de vista sobre a atividade. Os resultados podem demonstrar o êxito ou fracasso da política, além de servir de base para a tomada de decisão racional sobre possíveis melhorias, reajustes, continuidades ou descontinuidades (SILVA, 2008).

A concepção de pesquisa avaliativa defendida por Silva (2008), em que o pesquisador necessita compreender as políticas públicas como parte de uma arena de conflitos e interesses, servindo não somente ao Estado, como também à classe

trabalhadora. Portanto, esta deve ser vista organicamente, como um mecanismo social que contempla contradições e paradoxos internos. Desse modo, a política pública é concebida pela autora como um instrumento de transformação social.

A metodologia proposta por Silva (2008) tem como foco apreender a verificação dos impactos e resultados, bem como:

Valoriza a análise crítica da política ou programa avaliado; busca os princípios e fundamentos teórico-conceituais da política ou programa; considera os sujeitos e interesses envolvidos no processo; fundamenta-se em valores e concepções sobre a realidade social partilhados pelos sujeitos da avaliação: demandantes, avaliadores, beneficiários e informantes; e contrapõe-se à ideia de neutralidade, não percorrendo um caminho único (SILVA, 2008, p. 114).

O referencial teórico proposto para pensar o desenvolvimento de uma abordagem participativa na pesquisa avaliativa considera a possibilidade da participação ser posta em relação com o processo de construção do conhecimento. Nessa perspectiva, a pesquisa avaliativa é concebida como modalidade da pesquisa social aplicada, que produz conhecimento no campo das políticas e programas sociais (SILVA, 2012).

De acordo Silva (2012), os resultados de qualquer avaliação são considerados parciais e questionáveis, pois é um julgamento passível de questionamento, como toda teoria sobre o social o é, ou seja, não busca o poder de uma verdade inquestionável, pois todo saber científico sobre a sociedade é uma interpretação histórica, parcial e relativa.

Silva (2012) ainda considera que as funções da avaliação apresentam três dimensões:

- Função técnica, que fornece subsídios para a correção de desvios no decorrer do processo de implementação de um programa, auxiliando o redesenho e redimensionamento da política pública;
- Função política, que oferece informações para os sujeitos sociais fundamentarem suas lutas sociais, além de servir como controle social da política pública;
- Função acadêmica, que aponta elementos contraditórios e determinantes no processo e no conteúdo das políticas públicas, expondo assim os significados mais profundos e essenciais da política para a construção do conhecimento;

Nesse sentido, o estudo aqui proposto trata de uma pesquisa qualitativa a ser realizada com os profissionais (fiscais) da Vigilância Sanitária do Município de Fortaleza.

A técnica de tratamento de dados utilizada foi a de Análise de Conteúdo Temática, que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. A exploração do material foi realizada em três etapas: inicialmente por uma leitura compreensiva do conjunto do material coletado; na segunda etapa, a exploração e análise do material e, por último, foi efetuada uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar com os temas e com os objetivos pressupostos na pesquisa. A fase de análise de dados tem como finalidade estabelecer sua compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e, assim, ampliar o conhecimento sobre o tema investigado (MINAYO, 2014).

As três etapas se interligam: descrição, análise e interpretação. Na descrição, trabalha-se de forma que as opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível. Na análise, procura-se ir para além do que é exposto. Ela produz a decomposição de um conjunto de dados, procurando as relações entre as partes que o compõem. A interpretação pode ser uma sequência da análise e pode também ser desenvolvida após descrição. Sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado (MINAYO, 2014).

O referencial teórico se baseia em autores que discorrem sobre o tema Vigilância Sanitária como: Costa, Tancredi, Rozenfeld, dentre outros. Foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos com os seguintes descritores: Vigilância Sanitária; fiscalização de alimentos; poder de polícia, doenças transmitidas por alimentos, utilizando as bases de dados Scielo, Lilacs, Google acadêmico, entre outros. A revisão de literatura forneceu toda a base conceitual para o entendimento sobre a capilaridade de assuntos que norteiam o tema em questão como: o desenvolvimento da VISA no Brasil, atuação da vigilância no contexto do Estado neoliberal, segurança alimentar, fiscalização.

Para Moré (2015), entende-se que a escolha de utilizar a investigação qualitativa deve passar, necessariamente, pela reflexão de seus princípios epistemológicos e do âmago central, que é a busca dos significados atribuídos à experiência humana. A análise qualitativa vai muito além da classificação dos relatos

dos participantes. É a exploração de suas condutas, de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador sobre o tema estudado (MINAYO, 2014).

Paugam (2015) assinala que, para o pesquisador de dentro, de que trata o caso em questão, é exigido mais esforço para abandonar as pré-noções e julgamentos próprios ao ambiente que se convive, mas diz também que a pesquisa sociológica deve ser crítica. Por mais que eu tenha minhas próprias percepções a respeito do tema. Minayo (2014) acrescenta que é crucial levar em conta o fato de que cada individualidade é uma manifestação do viver total, e que é preciso buscar o que há de comum ao grupo e o que há de específico no discurso individual. Minayo (2014), *apud* Schtz (1964), afirma que cada ator social experimenta e conhece o fato social de forma peculiar, e que são diferentes informações individuais vivenciadas em comum por um grupo que permite compor um quadro global das estruturas de relevância, com compreensão dos modelos culturais e particularidades das determinações.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (ANEXO B) e teve autorização da Agência de Fiscalização de Fortaleza. Os profissionais foram informados sobre os aspectos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4 DESENVOLVIMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

Vale resgatar um marco histórico relevante no desenvolvimento da Vigilância Sanitária no Brasil que foi a chegada da família real portuguesa, em 1808, que desencadeou profundas 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 de 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 mantinham seu caráter fiscalizador, julgador e punitivo, e as autoridades detinham o poder de tributar. (ROZENFELD, 2000).

Segundo Rozenfeld (2000, p.24),

A nação brasileira que veio se formando, desde a Colônia, se caracterizou por imensas desigualdades sociais, pela manutenção de um quadro sanitário negativo para a maioria da população e pela edição de muitas leis e normas, sem observância das mesmas. E por sistemas de saúde que vão se estruturando essencialmente voltados para a doença, com imenso descaso pelas medidas de cunho preventivo e coletivo e de promoção da saúde. Ao final do período monárquico, o país registrava cerca de seiscentos estabelecimentos industriais. Em termos de capital investido, a indústria de alimentos ocupava o segundo lugar e a de produtos químicos e análogos o terceiro.

As bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos (FOUCAULT, 1963 *apud* ALMEIDA FILHO, 2008). Por um lado, a Higiene, enquanto conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, produz um discurso sobre a boa saúde francamente circunscrito à esfera moral. Por outro lado, as propostas de uma Política (ou Polícia) Médica estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social. Desta forma, remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico política (ALMEIDA FILHO, 2008).

Entre meados do século XVIII e século XIX, quando os problemas ambientais sobre a saúde estiveram associados aos efeitos do rápido e intenso processo de industrialização e urbanização que passaram a incidir nas condições de vida e de trabalho. Nesse período, as preocupações e estratégias sanitárias tinham por base a teoria dos miasmas, para a qual as sujeiras externas e os odores detectáveis deveriam ser reduzidos ou eliminados para deter a disseminação das doenças. A higiene é introduzida como uma estratégia de saúde para as populações, envolvendo a vigilância e o controle dos espaços urbanos e grupos populacionais específicos. Contudo, esse controle separava os espaços entre ambientes sadios e doentes, as regiões consideradas passíveis de atrair doenças eram as áreas habitadas pelos pobres, excluídos da sociedade e esquecidos pelo Estado, com insuficiência de serviços básicos de saneamento, de coleta e destinação de lixo e condições precárias de moradias (MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009).

Os impactos da Revolução Industrial sobre as condições de vida e saúde das populações intensificam-se no final do século XIX. Os temas relativos à saúde são incorporados na pauta das reivindicações dos movimentos sociais, e surgem propostas de compreensão da crise sanitária como, fundamentalmente, um processo político e social (denominada medicina social). Ao contrário do higienismo para o qual o ambiente era um objeto medicalizável através de um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados no âmbito individual, a participação política é concebida como principal estratégia de transformação da realidade de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nas duas primeiras décadas do século XX, as ações da vigilância sanitária parecem adquirir certa consistência em alguns Estados, como o de São Paulo, com a implantação de ações de controle de medicamentos, de estabelecimentos comerciais, de alimentos com a instalação de serviços de controle sanitário de carnes e leite, de ações destinadas a fixar condições para a mão de obra estrangeira e, desta forma, viabilizar o processo de acumulação. Nesse período, expandiu-se a atividade industrial e comercial, cresceu o movimento operário e organizaram-se os empresários (ROZENFELD, 2000).

Na década de vinte, o país passou por 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. Ou seja, um modelo de assistência curativa individual, dirigida à força de trabalho indispensável ao processo de acumulação, e um modelo sanitário com um braço encarregado do controle de novos objetos, de importância crescente no processo industrial (ROZENFELD, 2000).

Com a Reforma de Carlos Chagas, criou-se, através do Decreto-Lei nº 3.987 de 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, esta última criada em 1897. O DNSP estendeu a 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. Mas em virtudes das limitações do país, essas ações tinham pouco alcance (ROZENFELD, 2000).

Segundo Lucchese (2001), nas três primeiras décadas do século XX, a maior parte dos recursos e energias da saúde pública e do controle sanitário era direcionada para o combate às epidemias e endemias, e uma das principais ações da fiscalização sanitária era o controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras, atendendo mais uma vez aos interesses dos exportadores e importadores. No mesmo período, o saneamento também se tornou uma preocupação, assim como a fiscalização do exercício profissional, principalmente de médicos e farmacêuticos. As ações de controle sanitário eram espalhadas pelos órgãos federais, não havendo um órgão específico de vigilância sanitária.

Rosenfeld (2000) destaca que, nos anos 30, o marco histórico da Revolução de 1930 e do desenvolvimento industrial brasileiro, houve intensa produção normativa e legal no período, com a promulgação das Constituições de 1934 e de 1937, e as estruturas de saúde pública passaram por várias reformas, com a criação e/ou especialização de órgãos e ampliação das suas funções. Merece destaque a criação, através do Decreto nº 3.171 de 1941, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM), que desenvolvia os serviços relacionados à vigilância sanitária.

Já nos anos 50, a Lei nº 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 restrita aos seus territórios; o conjunto da legislação e a estrutura centralizada destinavam-se, principalmente, a

atender às exigências dos países importadores em especial dos Estados Unidos (ROZENFELD, 2000).

Em 1961, ao final do governo Kubitschek, foi regulamentado o Código Nacional de Saúde; esse Código nasceu da Lei nº 2.312/54, que estabelecia normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. E atribuiu ao Ministério da Saúde extenso espectro de atuação na regulação de alimentos, estabelecimentos industriais e comerciais, pessoal, veículos, 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 ou indefinições (ROZENFELD, 2000).

A partir do começo dos anos 60, a área de alimentos passou a sofrer muita influência do *Codex Alimentarius* internacional, que reúne normas para o comércio internacional de alimentos e estimula o controle sobre os riscos relacionados ao consumo desses produtos, tendo como resultado a criação do Decreto-Lei nº 986/69, que estabelece as normas básicas de alimentos (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Consolidou-se, no final do período, o conceito de vigilância no controle de doenças transmissíveis e o termo Vigilância Sanitária passou a denominar o conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras. Esse conceito se ampliou, na década de 1970, para incluir o controle sanitário de produtos e serviços de interesse da saúde. Nesse período, também ocorreu a regulamentação do exercício de várias profissões da área da saúde, através da criação dos Conselhos Federais e Regionais (ROZENFELD, 2000).

De acordo com Costa, Fernandes e Pimenta (2008), até meados da década de 1970, a área de vigilância sanitária apresentava escassa visibilidade no setor saúde, quadro não muito distante dos dias atuais, com suas atividades desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFM), criado em 1957. No âmbito estadual, estas ações ficavam sob a responsabilidade de órgãos congêneres, apesar de suas atribuições não se restringirem somente à fiscalização do exercício profissional. Na esfera federal, as atividades voltavam-se sobretudo para a regulamentação e registro de medicamentos, assim como para o controle de importação e circulação de produtos farmacêuticos e correlatos.

No mesmo período, década de 70, outro marco importante foi a incorporação do termo “vigilância” em substituição à “fiscalização”, o que direciona a construção de um

novo conceito para essas ações. A adoção do termo vigilância sanitária na legislação e na denominação do espaço institucional remete às ações voltadas para precaução, cuidado e prevenção e constitui uma noção mais abrangente do que apenas a de controle e punição, antes atribuída a estes serviços, rotulados com o termo “fiscalização”. A mudança de terminologia, inicialmente institucionalizada com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), em 1976, ocorrida no âmbito de uma reformulação do Ministério da Saúde, não proporcionou, no entanto, uma definição que orientasse as políticas de saúde no componente vigilância sanitária, naquele momento, evidenciando a “falta de clareza conceitual” dos formuladores de tais políticas (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

No mesmo período, denúncias sobre as práticas comerciais da indústria farmacêutica levaram à abertura da CPI do Consumidor, fazendo com que o Poder Executivo encaminhasse ao Congresso o anteprojeto que originou a Lei Federal nº 6.360 de 1977, chamada Lei de Vigilância Sanitária. Esta lei normatiza as operações industriais a que se sujeitam os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos, os correlatos, os cosméticos, os produtos de higiene e os perfumes, os saneantes, as embalagens e rotulagens, os estabelecimentos produtores, os meios de transporte e a propaganda. A Lei consagrou a Vigilância como atividade permanente, fundamentada no controle de qualidade e atribuiu ao produtor a responsabilidade de informar sobre as reações adversas aos medicamentos (ROZENFELD, 2000).

A Lei nº 6.360 representou um marco importante no processo de conformação da vigilância sanitária, como parte de um conjunto de medidas de modernização da legislação de saúde implementadas sob influência da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Constituiu um grande instrumento regulatório das atividades que envolvem produtos sob controle sanitário, a partir de uma concepção mais abrangente de vigilância sanitária, para além do conceito de fiscalização (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

A promulgação da Lei Federal nº 6.437, em 1977, fez uma atualização das infrações sanitárias em 30 dispositivos, discriminando as respectivas penalidades às quais o infrator estará sujeito, desde advertência até interdição do estabelecimento ou produto. Esta Lei é um instrumento de grande importância para a fiscalização e de utilidade abrangente até os dias atuais e trata do rito do processo administrativo sanitário. É importante destacar que a mesma lei distingue o trabalhador de vigilância sanitária e impede que tenha vínculo com os segmentos regulados, devido à função

que ele exerce como agente do Estado, tendo fé pública. E estabelece também as sanções administrativas, civis e penais no caso de eventuais desvios de conduta do agente (ROZENFELD, 2000).

Pode-se afirmar que a década de 1970 é caracterizada por consideráveis mudanças normativas e institucionais da vigilância sanitária no Brasil, contudo sem que fossem implementadas significativas mudanças em sua capacidade operativa. Nos anos 1980, no movimento da Reforma Sanitária, a vigilância sanitária torna-se mais conhecida e reivindicada como um componente importante das práticas sanitárias. Ampliaram-se os debates a respeito do tema, que ganhou relevância na legislação de criação do SUS, mas sem receber a atenção necessária nas políticas públicas de saúde (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

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 Assembleia Nacional Constituinte. O período também imprimiu suas marcas na história da Vigilância Sanitária, que se torna mais conhecida, revelando as contradições de um Estado a oscilar entre a proteção à saúde da população e os interesses da produção e da venda de mercadorias e de serviços (ROZENFELD, 2000).

A Reforma Sanitária surge como um movimento ideia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se, de um lado, à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo. Enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade. No âmbito da saúde, até entre técnicos do governo durante a ditadura questionava-se a associação entre o crescimento econômico obtido nos anos do 'milagre' e o caos do setor saúde (PAIM, 2009). O primeiro governo civil, instalado em 1985, chamado Nova República, incorporou técnicos do movimento pela reforma sanitária. Pela primeira vez, uma equipe de sanitaristas assumiu o órgão nacional de Vigilância Sanitária (ROZENFELD, 2000).

4.1 Redemocratização do Brasil e Reforma Sanitária na construção dos direitos sociais

Segundo Fleury (2009), as políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, por um período de cerca de oitenta anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988, Constituição Cidadã. O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 80, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais.

Os diferentes modelos de proteção social podem ser assim resumidos: modelo assistencial, as ações, de caráter emergencial, que são dirigidas aos grupos dos mais pobres e vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa, filantrópica, organizam-se em base à associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos, tratavam-se de medidas compensatórias não de direitos sociais (FLEURY, 2009).

A saúde é um direito social fundamental, pois está relacionado diretamente à vida, as práticas de saúde constituem uma prática social e apresentam, simultaneamente, uma dimensão técnica e uma dimensão social (econômica, política e ideológica). Aceitando-se a tese de que a Reforma Sanitária é construída por um movimento que articula as práticas teórica, política e ideológica em uma luta contra hegemônica, deve-se considerar, também, a hipótese de que parte significativa da Reforma Sanitária se realiza no plano técnico-institucional no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde (PAIM, 1997).

Nesse sentido, a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade (PAIM, 1997, p. 13).

De acordo com Paim (2009), enquanto fenômeno histórico e social, a reforma Sanitária pode ser analisada com base em conceitos gramscianos. Esse referencial

tem sido acionado para o esboço de uma teoria da reforma Sanitária desde a década de 1980 até a atualidade. A partir de uma abordagem histórica e estrutural, buscava-se identificar as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas de saúde em três níveis: ao nível econômico, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde; ao nível político, ao compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classe; ao nível ideológico, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social.

A intervenção e o crescimento do Estado nas sociedades capitalistas eram atribuídos às necessidades sociais crescentes do capital e às exigências sociais dos trabalhadores. Assim, para compreender a natureza de políticas sociais, a exemplo da saúde, no Estado capitalista haveria de se considerar as duas premissas: não há uma única explicação para políticas sociais: elas se explicam pela combinação dos fatores e a natureza e o número destas combinações dependerão das origens históricas de cada fator, da forma política que os fatores determinem e sua relação com os outros e de sua função nessa formação social específica; e não há um corte dicotômico claro entre as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho (PAIM, 2009).

A Reforma Sanitária desenvolve-se tendo como suas bases teóricas a concepção marxista do Estado e a elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva.

Segundo Fleury (2009, v.14, p. 746)

A concepção do marxismo contemporâneo sobre o Estado tem início com a ruptura que a obra de Gramsci introduz; ao compreender o Estado, para além de suas funções repressivas de tutela de uma sociedade de classes, como exercendo um papel fundamental em sua função pedagógica de construção, consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica. O Estado ético, ou civilizatório, corresponderia à elevação das massas, por meio de políticas públicas, ao nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas. Portanto, o Estado cumpre um papel fundamental na consolidação dos avanços do processo civilizatório.

Fleury (2009) afirma que as lutas políticas não são exteriores ao Estado enquanto ossatura institucional, mas, ao contrário, se inscrevem neste aparato,

permitindo assim que ele venha a ter um papel orgânico na luta política, como unificador da dominação. Nesta concepção do Estado é possível percebê-lo para além de um conjunto de aparelhos e instituições, como campo e processos estratégicos, em que se entrecruzam núcleos e redes de poder que, ao mesmo tempo, articulam-se e apresentam contradições e assincronias uns em relação aos outros. O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas traduzem, portanto, os interesses da classe dominante através de uma relação de forças que faz dele uma expressão concentrada da luta de classes em desenvolvimento.

O movimento de construção da reforma sanitária constitui-se a partir de uma crise não só do conhecimento, mas também da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população e do sistema de prestação de serviços de saúde. O movimento atuou na socialização da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, assim como pela ineficiência do Estado em organizar um sistema de saúde capaz de atender às necessidades da população. A constituição da Saúde Coletiva, como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social (FLEURY, 2009).

Segundo Fleury (2009), a estratégia de uma hegemonia em formação consubstancia-se na saúde através das concepções geradas pela reforma sanitária, por meio dos quais se busca a concretização de: reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito do processo reformador da saúde; a ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o entendimento dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador no setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença; o resgate da saúde como um bem de caráter público, embora limitado pelos interesses gerados pela acumulação de capital. Dessa forma, trata-se de expressar o caráter de bem público da saúde concretizando-se na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visam à garantia da sua universalização e equidade no atendimento à saúde. A democracia aparece como condição essencial para conquista e garantia da saúde como direito de cidadania.

A conquista da redemocratização possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual foi reafirmado o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, foi recomendada a organização de um sistema único de saúde descentralizado e democrático, no qual fosse garantida a participação

social na formulação das políticas de saúde. A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um arcabouço teórico e ideológico desenvolvido para a saúde, seguindo diretrizes relativas ao direito à saúde, à cidadania, à universalidade, à equidade e à democracia (PAIM, 2007).

A Reforma Sanitária, movimento insurgido em um período marcado pela luta da redemocratização política no Brasil, colocou-se como um projeto contra hegemônico, foi de fundamental importância para o reconhecimento e a conquista de direitos sociais, em especial o direito universal à saúde pública, e com a atenção a todos os fatores que podem nela interferir. Pode-se afirmar que a criação do SUS foi a principal conquista resultante desse movimento, mesmo com todas suas dificuldades de implementação e os sucessivos ataques do capital para seu desmantelamento. Na conjuntura atual, a luta pela garantia da saúde pública e de outros direitos sociais está longe de ter uma trégua, momento em que “é preciso estar atento e forte”.

A conquista formal do direito expresso na Constituição de 1988 foi um marco fundamental, porém os direitos somente são concretizados quando se realizam, se materializam de fato na vida das pessoas, e assim podem cumprir seus efeitos de fato. Tais direitos pressupõem ser tarefa do Estado garanti-los através de políticas e programas de ação governamentais. Assim, os direitos sociais têm, na sua origem, a permanente disputa entre o poder estatal que detém o governo e o poder popular nas suas formas de pressão e organização. A busca pela igualdade de condições de vida digna não é alcançada apenas pela criação de leis, mas sobretudo pela implementação das políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988, por sua vez, assegura a garantia do exercício da cidadania ao declarar o direito à saúde como um dos direitos sociais. A Constituição declara os direitos sociais no seu artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.”

Por mais que seja inquestionável a importância da Constituição de 1988 para a formalização dos direitos sociais, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em um contexto de crise econômica e em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal. As relações entre Estado e sociedade se reestruturaram em bases diversas das pressupostas pelos movimentos formuladores do SUS, seguindo a visão liberal de Estado mínimo tanto na economia como nas políticas sociais, com privatizações e redução dos benefícios sociais. Isto tornou,

então, o atendimento do direito à saúde muito aquém do que o expresso na forma da Lei (FLEURY, 2009). As políticas públicas sociais acabam sofrendo com movimentos de avanços e retrocessos, sendo que, no contexto atual, muito mais de retrocessos.

No Brasil, a partir do marco conceitual introduzido pela Carta Magna em seu artigo 196, de que a saúde é um direito, garantido mediante a formulação e a aprovação de políticas públicas, deu-se importante passo para a regulação de matérias em vários campos de atividades no setor saúde e naqueles que nele possam interferir, nota-se que as normas sanitárias integram a categoria daquelas de ordem pública que devem prevalecer quando em confronto com outras normas de igual validade formal (OLIVEIRA, 2013).

5 O ESTADO NEOLIBERAL X VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tendo em conta que a evolução das sociedades e suas estruturas são condicionadas historicamente pelas ideologias dominantes. Considera-se relevante contextualizar a atuação da vigilância sanitária sob a égide do Estado Neoliberal. Essa doutrina econômica liberal tem suas raízes como uma reação à Revolução Francesa e à Comuna de Paris. Foi abertamente nacionalista e antirrevolucionária, e procurou reprimir o impulso democrático. Temia a nivelação social e era a favor de uma sociedade que preservasse tanto a hierarquia quanto as classes. A manutenção do *status* social era o fundamental, não o conflito de classes. A participação democrática das massas e, caso a autoridade e os limites de classe fossem diluídos, poderia levar ao colapso da ordem social (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Como contraponto à doutrina capitalista liberal ressalta-se em especial a doutrina de economia política marxista que execrava os efeitos desintegrantes do mercado; como também atacava a convicção liberal de que os mercados garantem a igualdade. Uma vez que a acumulação de capital despoja o povo da propriedade, tal processo leva a divisões de classe cada vez mais profundas.” E como estas geram conflitos mais intensos, o Estado liberal será forçado a renunciar a seus ideais de liberdade e neutralidade e chegar à defesa das classes proprietárias. Para o marxismo, este é o fundamento da dominação de classes” (ESPING-ANDERSEN, 1991, pg.88).

Para Cardoso e Campos (2013), na atual conjuntura econômica do capitalismo neoliberal, as fronteiras entre a ‘sociedade civil’ e a ‘sociedade política’ estão cada vez mais maculadas. Gramsci criou sua famosa expressão: “Estado = sociedade civil + sociedade política, isto é, hegemonia couraçada de coerção”, o que significa dizer que os instrumentos de dominação de classe ancorados no Estado adquirem morfologias novas (GRAMSCI, 2007; p. 244 *apud* CARDOSO; CAMPOS, 2013. Esta compreensão, dentro de uma análise crítica, observa que o capital ganha força, que a segregação social se aprofunda, que a dependência externa se acentua.

O Brasil, seguindo sua sina de submissão, não conseguiu escapar das forças dominantes do mercado internacional, a Reforma Sanitária, que acompanhou os ideais dos movimentos pela redemocratização, foi essencial para a criação do SUS, uma conquista social fundamental para concretização do direito à saúde. Porém, os

governos que se seguiram pós redemocratização não tiveram o real interesse para implantar e manter políticas públicas capazes de garantir a efetivação de tal direito. E uma das causas principais, para além da falta de comprometimento dos políticos com o bem comum, é a interferência do modelo neoliberal. Cardoso e Campos (2013) afirmam que a democracia brasileira ganhou os contornos de uma ‘democracia restrita’ aos círculos dominantes, cabem considerações sobre como as reivindicações em torno da ‘democratização progressiva’, tão caras ao movimento de luta pela reforma sanitária, se chocaram com a ordem social e política brasileira.

De acordo com Fagnani e Fonseca (2013), o Brasil teve avanços sociais por um tempo, mas se manteve longe de resolver seus graves problemas sociais históricos com o passado colonial, a escravidão, a subordinação dependente na economia mundial, os anos de conservadorismo e ditaduras autoritárias que, em conjunto com as elites econômicas liberais e neoliberais, moldaram estruturalmente o país ao longo de 500 anos, produzindo profundas desigualdades sociais e econômicas, com impactos na distribuição de direitos básicos como saúde, educação, segurança.

Reforçando essa visão, Sampaio Junior (1999) afirma que o longo processo de consolidação do capitalismo no Brasil e da dominação de classe pela burguesia brasileira está ancorado em um traço estrutural fundamental: a existência de uma dupla articulação que atrela o padrão de acumulação e de dominação ao imperialismo e aos anacronismos da sociedade colonial.

Os últimos 30 anos têm sido marcados, no Brasil, por uma série de mudanças na orientação de diversas políticas de estado que podem ser chamadas de ‘políticas de ajuste neoliberal’ ou ‘reformas estruturais neoliberais’. O Estado ajustador que ajusta e se ajusta às imposições dos padrões de acumulação do capital, cujos núcleos comuns são a adequação da institucionalidade estatal às necessidades do ‘capital oligopolista’ como resposta às crises econômicas que ocorreram. Sob o ponto de vista das políticas sociais, os elementos fundamentais das reformas neoliberais são o corte orçamentário e a privatização (SOARES, 1998, CARVALHO, 2002).

De acordo Cardoso e Campos (2013, v. 37, p. 224).

A sucessão de ataques ao financiamento dos direitos sociais nas décadas de 1990 e 2000 – Desde os vetos de Collor aos pontos sobre financiamento ao SUS, nas leis nº 8.080 e nº 8.132; passando pela criação do que hoje se chama Desvinculação das Receitas da União (DRU), pela criação do regime

de metas de inflação, pela perenização da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), pelas propostas de reforma tributária que são, simplesmente, desoneração do capital, entre outros pontos, o financiamento dos direitos sociais – incluindo a saúde – sofre a violência da política de ajuste fiscal, isto é, do sacrifício dos direitos democráticos em detrimento da remuneração da burguesia rentista, nacional ou internacional, que vive da dívida pública brasileira.

O movimento da Reforma Sanitária, em conjunto com os movimentos de luta contra a ditadura, idealizou uma Reforma Democrática do Estado com direcionamentos para o bem da população, com a implantação da Seguridade Social, desenvolvimento e fortalecimento do SUS e pela elaboração de políticas contra hegemônicas. Porém, a 'Reforma do Estado', implantada na década de 90, seguiu os ditames do capital, partiu do pressuposto de que o Estado deve ser regulador, seguindo o pensamento hegemônico que colocava a culpa da crise econômica mundial na intervenção do Estado na economia e os consideráveis gastos sociais. (PAIM; TEIXEIRA, 2007)

A Constituição de 1988 nasceu dentro da conjuntura política e econômica mundial neoliberal. Altas expectativas foram criadas com sua promulgação em relação aos direitos fundamentais, como acesso universal, integral e igualitário à saúde.

A configuração do Sistema Único de Saúde tendente à expansão de direitos sociais, decerto, é contradita, em seu próprio nascedouro, à opção por uma ordem política e econômica de orientação tendente à restrição desses mesmos direitos. Assim, enquanto a medicina – e, por conseguinte a saúde – estiver inserida por dentro do capitalismo não haverá outra tendência senão a reprodução de práticas intrinsecamente condizentes ao próprio modo de produção capitalista (LAVIOLA, 2010; p. 110).

A Vigilância Sanitária recebeu destaque dentro da Constituição, da Lei Orgânica da Saúde e tem sua ação fortalecida pela criação da ANVISA em 1999. Esses ordenamentos firmaram sua inserção dentro do SUS e reafirmaram o seu papel regulador e fiscalizador sobre produtos, bens de consumo e serviços de interesse sanitário; com enfoque no controle do risco advindo de padrões de consumo. Mas não podemos deixar de destacar a influência que o sistema capitalista causou e causa na sua conformação e atuação (LAVIOLA, 2010). De acordo com Lucchese (2001), a criação da ANVISA ocorreu, de certa forma também, porque houve um crescente interesse político em reverter a situação crítica dessa área no contexto da

internacionalização dos mercados e das mudanças necessárias no padrão de intervenção estatal.

O amadurecimento e a consolidação de nosso processo democrático e da formação da cidadania demandam instituições de regulação bem estruturadas. Por sua vez, o acirramento da competição pelos mercados mundiais transforma a vigilância sanitária em área estratégica, enquanto vantagem diferencial que um país pode oferecer para receber investimentos das grandes empresas (LUCCHESI, 2001; p.26).

O estilo de vida imposto pelo capitalismo é o do consumismo crescente de produtos e serviços que não atendem às reais necessidades da população, pois não se baseiam em escolhas livres e conscientes, mas sim pela imposição dos donos do mercado que manipulam toda uma mentalidade, objetificam pessoas e coisas em produtos de desejo de compra altamente voláteis e descartáveis, mascarando as desigualdades sociais e uma falsa sensação de inclusão. Na dinâmica contraditória e complexa dessa relação de consumo, são gerados riscos e danos à saúde individual e coletiva, inclusive no que se refere aos aspectos ambientais (COSTA; ROZENFELD, 2000, BAUMAN, 2008).

De acordo com Lucchese (2001), a vigilância sanitária, nos moldes em que hoje está organizada, é a ação coletiva em saúde que caracteriza a sociedade industrial e pode ser vista como exigência do processo civilizatório contemporâneo.

A vigilância sanitária na sociedade capitalista acaba tendo que se submeter quanto à expansão desenfreada do capital, e tendo que se conformar com os ditames impostos à sociedade. Produtos e serviços são criados e a VISA tem a árdua tarefa de verificar os possíveis riscos à saúde gerados por eles.

O objeto da vigilância sanitária são os riscos sanitários advindos do consumo de bens e serviços. Sob esse aspecto, se a era moderna se caracterizava pela gestão da vida; a pós-moderna caracteriza-se pela introdução do conceito de *sociedade de risco* frente ao consumo e à liberdade de escolha dos indivíduos. Fatores como o fenômeno da globalização, a individualização e a reflexividade estariam diretamente relacionados com esta transformação da sociedade. “Alguns fatores contribuíram para essa nova percepção do risco; dentre eles destaca-se mudança na própria natureza do risco decorrente dos avanços tecnológicos, científicos e do padrão produtivo” (GONDIM, 2007, p. 91).

Quanto a isso, Lucchese (1992 *apud* LAVIOLA, 2010, p. 115) pondera que,

Não se poderia de fato afirmar que a vigilância sanitária nunca suscitou o necessário interesse do Estado voltado para a adequada intervenção nos problemas decorrentes do consumo. Mas o seu contrário! Parece que o *Estado regulador* organizou as suas práticas direcionadas aos objetivos da burguesia e à expansão do capital, por meio do estímulo ao consumo de produtos e serviços de interesse à saúde.

Organismos internacionais como a Organização Mundial do Comércio (OMC) questionam a fiscalização da vigilância sanitária e defendem a ideia de que há um limite entre a necessidade de proteger a saúde e os efeitos desfavoráveis para o comércio, orientando que a opção deve ser sempre feita pela medida menos restritiva possível ao mercado. A intervenção estatal deveria ater-se ao limite necessário para proteger a saúde, nada além disso (MOTTA, 2008).

Esta definição é orientada por um cálculo de custo-benefício; os benefícios para a saúde de uma medida estão agora sempre definidos de forma relativa, ou seja, com relação ao seu custo para o comércio. A prática governamental em vigilância sanitária se opera, portanto, entre o limite da utilidade para o mercado e da necessidade de consolidar o direito à saúde. Para estabelecer a utilidade de suas ações, o Estado se vê, retomando Foucault, em um jogo complexo de interesses, “[...] entre os interesses individuais e coletivos, a utilidade social e o lucro econômico, entre o regime do poder público e o equilíbrio de mercado.” O equilíbrio destes interesses é orientado, quando não julgado, pela OMC (MOTTA, 2008; p. 20).

Lucchese (2001) propõe uma análise das práticas de vigilância sanitária para além do campo da saúde pública, para além da intervenção dos riscos à saúde, por estar situada, substancialmente, na esfera econômica da produção. Sua contribuição para as exigências de qualidade e legalidade nas questões atinentes ao consumo e uso de bens, produtos e serviços objetos de sua regulação, sem dúvida, não só afetariam as relações de consumo, como também as relações capitalistas envolvidas. A restrição das práticas de vigilância sanitária seria um grave equívoco; reduzindo a sua capacidade de regulação do mercado produtor de bens e serviços de interesse sanitário, acabaria resultando em severos agravos à saúde e em descontrole do próprio mercado. Limites, quando impostos, devem refletir-se na promoção e proteção da saúde da população consumidora. (LAVIOLA, 2010).

5.1 Defesa da Saúde e do Consumidor

O direito à saúde, não raro, depende hoje do direito sanitário, conjunto de normas jurídicas que estabelecem os direitos e as obrigações em matéria de saúde para o Estado, os indivíduos e a coletividade, regulando de forma ordenada as relações entre eles, na prática ou abstenção de atos no interesse da coletividade (AITH; MINHOTO; COSTA, 2009). A regulação dada pelo Direito Sanitário visa à consecução de dois objetivos principais: reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde e estabelecer as condições necessárias para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (OLIVEIRA, 2013).

O Sistema Único de Saúde, conforme a Lei nº. 8.080/90, reforçou esse ideal para o Brasil ao definir como um de seus objetivos garantir *“a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”*. Essa mesma lei assume a integralidade da assistência como um princípio e a descreve como *“conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”*. A Lei do SUS indica a proposta de transformar a Vigilância Sanitária em instrumento de defesa da vida das pessoas (MAIA; GUILHEM; LUCHESE, 2010).

Seguindo esta premissa de defesa da vida e reconhecendo a condição de vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo, o país proclamou seus direitos e adotou um Código de Defesa do Consumidor – CDC (Lei nº 8.078/1990), que em conjunto com o direito sanitário, torna-se mais um instrumento de proteção à saúde da população (COSTA, 2004). Em diversas áreas, principalmente, a segurança alimentar e a segurança de produtos e serviços, o referencial técnico e teórico do direito sanitário presta-se a coibir condutas perigosas ou potencialmente perigosas aos consumidores. Com efeito, em uma sociedade de consumo e complexa, muitos são os riscos à saúde e à segurança dos consumidores, que podem ser prevenidos ou reduzidos com o agir da vigilância sanitária, que atua, justamente, no âmbito das relações sociais de produção e consumo (SOUSA; COSTA, 2011; ROCHA, 2003).

Nesse sentido, propugna a lei protetora que o consumidor não seja exposto a riscos que possam atingir a sua incolumidade física e psíquica e, em seu artigo 8º, proíbe expressamente a colocação no mercado de produtos ou serviços que

acarretem riscos à saúde ou à segurança dos consumidores que não possam ser considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição. No seu Art.31, utilizado principalmente como parâmetro nas fiscalizações de embalagens e rotulagens de produtos, diz:

Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores (BRASIL, 1990b).

A concepção moderna de vigilância sanitária inclui a defesa do consumidor, mas não se limita às relações de consumo. Compreende especialmente a redução de risco e a melhoria da qualidade de vida da população em geral, incluindo os que não estão exercendo o papel de consumidor. Essa qualidade se expressa em situações mais amplas, como a fiscalização de órgãos e instituições públicas que prestam serviços à população (BARBOSA; COSTA, 2011).

A Lei 8.078/90 (CDC) e a Lei 8.080/90 (SUS) formam novo marco jurídico-político e doutrinário, reiterando o dever do Estado quanto às necessidades de defesa e proteção da saúde individual e coletiva. As duas leis, produtos de avanço no processo de reforma democrática da sociedade brasileira, inserem a Vigilância Sanitária na doutrina de defesa e proteção do consumidor contra riscos no consumo de serviços e mercadorias relacionadas com a saúde (COSTA, 2004).

6 AS ESFERAS DE GOVERNO E SUAS RESPONSABILIDADES

Como já mencionado anteriormente, as ações e serviços de saúde são de responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo, organizada de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal: descentralização, com direção única em cada esfera; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, nesse ponto se encaixaria as ações de vigilância sanitária, as quais deveriam ser priorizadas como determina nossa Carta Magna e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com essas diretrizes, segundo Art. 7º da Lei 8080/90, obedecendo ainda aos seguintes princípios, com destaque para: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e descentralização político-administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios (BRASIL, 1990).

O movimento da redemocratização, junto à Constituição de 1988, fortaleceu a estrutura do Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase na ação dos municípios, ficando o governo federal, especialmente nas políticas sociais, com grande ênfase na formulação e regulação das políticas públicas (VIANA; MACHADO, 2009).

De acordo com Viana e Machado (2009), o processo de descentralização do SUS consegue avançar mesmo sob condições adversas, expressas na prática nas contradições entre a agenda da reforma sanitária e a agenda liberal da reforma do Estado.

No período de implantação do SUS, década de 90, a redemocratização é consolidada, a ênfase na diretriz da descentralização tem suas bases legais; porém, esse período é marcado por tensões e obstáculos ao desenvolvimento e implantação de políticas públicas sociais, quando o governo brasileiro passa a ser guiado pelo pensamento neoliberal. Corrente essa que é caracterizada, principalmente, pela redução da intervenção estatal, tendo como resultado repercussões negativas no processo de implantação e descentralização do SUS, como consequências: a fragilidade do planejamento e do investimento federal; a escassa consideração da

diversidade regional e das especificidades das regiões metropolitanas no desenho das estratégias de descentralização; a fragmentação e a insuficiente articulação com outras políticas públicas econômicas e sociais (LUCENA, 2015).

Inserida nesse contexto, a vigilância sanitária que, nas décadas de 70 e 80, possuía característica centralizadora, com as ações distribuídas entre União e estados, atuava de forma dispersa, sem organização ou padronização, resultando em ações ineficientes e cartoriais. O quadro começa a ser modificado na década de 90, um marco importante na vigilância sanitária foi a pactuação no SUS, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1996, que estabeleceu duas estratégias de pagamento direto pela execução das ações pelos estados e municípios. Esse instrumento normativo instituiu as bases para a organização do SUS, com ênfase para a descentralização das ações de saúde (LUCENA, 2015; BARROS, 2016).

Ao final da década de 90, com a reforma do estado brasileiro seguindo as ideias neoliberais, são extintos e criados diversos órgãos, entre eles a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em substituição à Secretária de Vigilância Sanitária. A intenção, com a criação da agência, seria ter um órgão autônomo e eficiente com condições para coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, porém tal atuação é controversa, tendo em vista que a descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios não ocorreu em concordância com outras áreas de atuação do SUS. A falta de articulação entre os entes federativos dificulta a descentralização das ações, assim como a própria execução das ações de vigilância sanitária (BARROS, 2016)

Como órgão central, compete à ANVISA, entre outras atribuições, executar as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde. Com relação à vigilância sanitária, outra parte integrante da vigilância em saúde, sendo de competência da ANVISA, segundo artigo 6º da Lei n. 9.782/99, a Agência tem como finalidade institucional:

Promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 1999).

A Lei nº 10.760/1982 dispõe sobre o Sistema de Saúde do Estado do Ceará e aprova a legislação básica sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, diz em seu art. 2º “A Saúde constitui um direito fundamental, sendo dever do Estado, bem como da coletividade e do indivíduo, adotar as medidas pertinentes à sua preservação e a do meio-ambiente” (CEARÁ, 1982).

Os municípios, por sua vez, podem também legislar, de forma a atender às necessidades e prioridades locais. Os órgãos de vigilância sanitária municipais são a instância mais próxima da população e à qual o cidadão deve recorrer prioritariamente sempre precisar esclarecer dúvidas ou denunciar irregularidades, e onde as ações de VISA devem acontecer prioritariamente. (COHEN; MOURA; TOMAZELLI; 2004; PIOVESAN, 2002). Na esfera municipal, na qual realmente se efetivam as ações, também existem leis e normas que garantem e protegem o direito à saúde. Em Fortaleza, essa garantia está em sua Lei Orgânica da Saúde nº 4950 de 30 de setembro de 1977, que mesmo sendo anterior à nova constituição e à lei de criação do SUS, já contemplava vários direcionamentos para a proteção da saúde da população, como nos artigos 1º e 2º.

É dever do Município e de todo cidadão defender e proteger a saúde da coletividade e do indivíduo. Compete ao Município a efetivação de medidas necessárias à promoção, proteção e recuperação da saúde pública. É dever do indivíduo acatar e cumprir as medidas médico-sanitárias impostas pelas autoridades competentes, sendo a vigilância sanitária um instrumento essencial para se garantir a conquista do direito à saúde (FORTALEZA, 1977).

6.1- AGEFIS

A Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS) foi criada pela Lei Complementar nº 0190 de 22 de dezembro de 2014, autarquia dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Gabinete do Prefeito. Na qualidade de entidade de fiscalização, a Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS) comporá o Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA), o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

O art. 3º, da referida lei, traz os objetos da fiscalização urbana municipal: I — obras e posturas urbanas; II — uso e conservação das vias públicas, passeios e

logradouros; III — funcionamento de atividades; IV — licenças, alvarás, concessões, autorizações e permissões; V — eventos; VI — ocupação de propriedades e espaços públicos; VII — meio ambiente; VIII — limpeza pública; IX — **vigilância sanitária**; X — defesa do consumidor; XI — transporte; XII — Patrimônio Histórico-Cultural.

A AGEFIS foi criada tendo como modelo de atuação a fiscalização integrada de Belo Horizonte, na qual os fiscais atuam nas mais diversas áreas de fiscalização. E, na sua estrutura administrativa, seguiu o modelo da AGEFIS de Brasília, que inspirou até mesmo o nome.

Antes da criação da agência, a fiscalização urbanística e da vigilância sanitária encontrava-se fragmentada nas Secretarias Regionais e outros órgãos como (CEVISA/SMS, ACFOR, CFO/SEINF, SEUMA, PROCON, ETUFOR, EMLURB). Cada local possuía sua estrutura própria e modo de fiscalizar sua temática específica. O que causava grandes disparidades nas condutas e rotinas de fiscalização.

Os fiscais de vigilância sanitária ingressos no concurso de 2010 foram distribuídos nas Coordenadorias de Saúde nas Secretarias Regionais, o que levou ao isolamento e diferenciação das práticas de fiscalização, não havia padronização das ações, assim como as condições para o desempenho das funções era precário (MELO, 2020). Atualmente, os fiscais de VISA atuam distribuídos nas seis GEREFI (Gerência Regional de Fiscalização Integrada), que se encontram dentro das Secretarias Regionais distribuídas pela cidade.

A AGEFIS surge dentro de um contexto da reforma administrativa do estado em 2013, seguindo o modelo gerencialista de gestão pública. A partir de sua existência, o objetivo de institucionalização da política de fiscalização urbana municipal inicia seu processo com a implementação de um novo método de trabalho da fiscalização. Esse novo método de trabalho é legitimado pela unificação da carreira, no novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários, na gratificação por produtividade baseada em metas quantitativas desconectadas da realidade, obrigando o fiscal seguir roteiros padronizados, muitas vezes por pessoal que não vai a campo, seguindo o modelo punitivo de ação por meio de multas, em detrimento da educação e orientação para incentivar a regularização, limitando a discricionariedade do fiscal (VIEIRA, 2020).

Com o objetivo de modernizar a estrutura da Prefeitura de Fortaleza, com base em um estudo realizado pela Fundação Dom Cabral, a pedido da própria administração, a reforma administrativa apresentou, dentre o seu pacote de medidas

que vincula órgãos e cria novas secretarias, conselhos e fundações, a criação da AGEFIS Fortaleza para unificar toda a fiscalização urbana do município com o objetivo de melhorar o controle urbano e profissionalizar os procedimentos de fiscalização, segundo secretário de Planejamento, Orçamento e Gestão, Phillippe Nottingham (G1 CEARÁ em 28 de nov de 2014).

7 O ESTADO SEU PODER DE POLÍCIA ADMINISTRATIVA E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A evolução organizacional da sociedade levou à formação do Estado. De acordo com a Enciclopédia Treccani “A palavra Estado indica, modernamente, a maior organização política que a humanidade conhece; ela se refere quer ao complexo territorial e demográfico sobre o qual se exerce uma dominação, quer à relação de coexistência e de coesão das leis e dos órgãos que dominam esse complexo”. O Estado detém o poder político expresso na forma de leis, e assim, impõe sua dominação sobre os homens. Para Lock, os homens se agruparam em sociedade políticas e se submetem a um governo, principalmente, para conservarem suas propriedades, a sociedade burguesa individualista e materialista, alicerçada nas relações mercantis, expressa suas ideologias políticas na concepção do Estado (GRUPPI, 1980).

Na linha desse pensamento, Marx define, resumidamente, as relações entre economia, o Estado e as ideologias como “O conjunto dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, isto é a base sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, à qual correspondem formas da consciência social” (GRUPPI; p.27. 1980)

Para administrar essa superestrutura, o Estado realiza um conjunto de atividades que lhe cabem, no cumprimento de suas funções no gerenciamento da vida coletiva, o ordenamento lhe confere poderes na relação administração-particulares, o poder da primeira acarreta imposição e restrição de condutas, de encargos, de sanções, devendo essas ações sempre ser respaldadas por fundamentos legais. A noção de poder permite que administração estatal limite liberdades fundamentais em prol do bem comum, do interesse público, ou pelo menos esse deveria ser o objetivo e princípio a ser perseguido (MEDAUAR, 2018).

Junto ao Estado moderno, surgiram as grandes concepções jurídicas, sendo necessário destacar o Constitucionalismo, o Estado de Direito, a Democracia e o nascimento de um sistema de proteção dos Direitos Humanos baseado na proteção da dignidade do Homem. (AITH; MINHOTO; COSTA, 2009).

O princípio da dignidade da pessoa humana está presente na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 1º, inciso III e atua como um limite e obrigação do Estado em respeitar, proteger e promover as condições que viabilizem a vida com

dignidade. Os princípios, por definição, são os mandamentos centrais que dão os alicerces, que irão orientar por onde deve seguir todo o sistema de direitos, agindo como fundamento das atividades do Estado que deverá prover, não somente, a garantia do pleno exercício das liberdades civis, mas também assegurar as necessidades vitais primárias da sociedade, tais como direito à saúde, à educação, à alimentação e à segurança (GUERRA; EMERIQUE, 2006).

Para Sarlet (2010), além da obrigação estatal, também a sociedade; portanto, todas as entidades privadas e os indivíduos encontram-se diretamente vinculados ao princípio da dignidade da pessoa humana. O respeito ao princípio assume particular relevância, levando-se em consideração a forma como o sistema capitalista neoliberal se impõe em nossa sociedade, na qual o valor do capital muitas vezes se sobrepõe ao valor humano.

Um leque de deveres de proteção estatal, abrangendo medidas de natureza organizacional e procedimental, torna-se necessário para a garantia aos princípios Constitucionais, sendo uma delas o poder de polícia (SARLET, 2010). O ordenamento brasileiro aborda sobre o poder de polícia no art. 145, II da Constituição Federal “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes tributos: II - taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição”.

E no Código Tributário Nacional, no art. 78, traz o seguinte conceito:

Poder de polícia é a atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos. (BRASIL, 1966).

No Brasil, poder de polícia é, sobretudo, atividade administrativa, porque abrange também a apreciação de casos concretos, como a fiscalização e a imposição de sanções. Em essência, o poder de polícia administrativa restringe o exercício de atividades lícitas reconhecidas pelo ordenamento, como direitos dos particulares, isolados ou em grupo. Diversamente, a polícia judiciária visa impedir o exercício de atividades ilícitas vedadas pelo ordenamento jurídico, além disso, auxilia o Estado e o Poder Judiciário na prevenção e repressão de delitos e os ampara no cumprimento

de suas sentenças. Ademais, concentra sua atuação nos órgãos de segurança pública, diferente da administrativa que se manifesta em toda administração do Estado (BRASIL, 1988; MEDAUAR, 2018).

Administração Pública pode ser entendida através de três sentidos, segundo a visão de Meirelles (2010, p.65)

Em sentido formal, é o conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do Governo; em sentido material, é o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços próprios do Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade. Numa visão global, a Administração é, pois, todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.

O poder administrativo do Estado pode se manifestar, em especial, de duas formas: poder vinculado e poder discricionário. Os atos administrativos do poder vinculado correspondem às matérias de reserva legal absoluta, ficam restritos ao que ordena a lei, não há margem de escolha para a administração. Já no poder discricionário, a administração possui a liberdade de escolha de sua conveniência, oportunidade e conteúdo (SILVA, 2019). Segundo Medauar (2018), a discricionariedade significa uma condição de liberdade-vínculo, pois só pode ser exercida com base na legislação, os órgãos e agentes da administração pública ficam sujeitos não só às normas específicas para cada situação, mas aos princípios Constitucionais que regem o ordenamento e os atos da administração e impedem os abusos de poder.

A Constituição Cidadã de 1988 e o Estado Democrático de Direito garantem à sociedade mais participação popular, trazendo direitos e garantias a serem seguidos pelos representantes e servidores públicos, pois o Estado e seus atos são submetidos à lei e aos princípios constitucionais da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988).

Ao Estado cabe não apenas resguardar os preceitos constitucionais, mas também assegurar as atividades de regulação, controle e o atendimento às necessidades de serviços essenciais à sua população. Assim, garante legitimidade ao sistema de regulamentação imprescindível para a reprodução estrutural da sociedade (BERGER; OFFE, 1991).

Os serviços estatais são fundamentais para a manutenção dessa estrutura. No campo de ação do exercício do poder de polícia, ordem pública significa um mínimo de condições essenciais a uma vida social adequada e pacífica; seu conteúdo varia com o estágio da vida social. Além dos aspectos clássicos da segurança das pessoas, dos bens, da salubridade entre outros (MEDAUAR, 2018). Nesse sentido, Berge e Offe (1991) afirmam que o trabalho realizado pelo setor público pode ser classificado como “trabalho reflexivo” enquanto “proteção e resguardo”, ou seja, deriva das necessidades geradas pela organização produtiva da sociedade, e que depende do grau de especialização e complexidade do modo como a sociedade se organiza para atender ao desenvolvimento das forças produtivas.

Os serviços de saúde são considerados essenciais e, reconhecendo a “relevância pública” das ações e dos serviços de saúde, a Constituição, em seu artigo 197, estabeleceu a competência do Poder Público para regulamentá-los, fiscalizá-los e controlá-los (BRASIL, 1988).

Dentre os serviços de saúde públicos de competência do Estado, encontra-se a vigilância sanitária, que possui um conjunto de práticas de trabalho desenvolvidas pelo aparato estatal para a proteção dos interesses de saúde e organização econômica da sociedade (COSTA, 2009). Esse trabalho possui características técnicas e sociais específicas que o distinguem dos outros serviços de saúde que lidam diretamente com a assistência aos enfermos.

Para Costa 2009, os objetos de intervenção da vigilância sanitária são os “meios de vida”, estabelecimentos que vendem mercadorias ou prestam serviços de interesse à saúde e que precisam ser protegidos como bens de relevância social. É um trabalho que representa o Estado em seu dever-poder na proteção e defesa da saúde coletiva, na mediação dos conflitos existentes entre os interesses da saúde e os interesses de setores econômicos geradores de riscos à saúde, sendo, portanto, uma atribuição pública estatal indelegável.

De acordo com Marins, Tancred e Gemal (2014), a fiscalização da vigilância sanitária detém a atribuição de averiguar os atos ou fatos contrários às normas sanitárias, em decorrência do controle que lhe é atribuído por diversos ordenamentos, com procedência no artigo 200 da própria Constituição Federal, o qual descreve as competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Alia-se a essa competência, o fato de ser investida de poder de polícia, o qual acresce às prerrogativas de função de seus agentes fiscais sanitários o atributo da função fidedigna, que os autoriza a fazer

afirmações oficiais sobre o objeto em averiguação, reduzir a termo, lavrar autos e emitir pareceres técnicos e juízos a respeito. Para Marques *et al* (2006), esse poder autoriza a fiscalização a entrar nos estabelecimentos subordinados às normas sanitárias, sem ordem judicial, e exigir apresentação da documentação pertinente, além de verificar o espaço físico, os procedimentos executados, aparelhos e equipamentos, as condições de trabalho e ambientais.

Nesse contexto, a vigilância sanitária é a instância responsável por exigir o cumprimento das normas sanitárias vigentes, fazendo uso de sua atribuição de polícia sanitária administrativa, podendo valer-se de atos discricionários, que permitem a análise subjetiva através da valoração dos fatos e que não prejudiquem o objetivo de salvaguardar a saúde dos consumidores (MARINS; TANCRED; GEMAL, 2014).

Os agentes desse trabalho são servidores públicos investidos do dever-poder do Estado, na defesa do interesse público da saúde, ou seja, são agentes investidos do poder de polícia administrativa, e que se utilizam desse poder nas ações preventivas para evitar futuros danos que poderiam ser causados pela persistência de um comportamento irregular do indivíduo. Tenta, dessa forma, impedir que o interesse particular se sobreponha ao interesse público. O ordenamento jurídico confere algumas prerrogativas consideradas indispensáveis para alcançar as finalidades públicas aos agentes administrativos que executam uma função como prepostos do Estado, prerrogativas estas denominadas de poderes administrativos (PATANKI, 2006).

De acordo com Alves (2008), a natureza jurídica da vigilância sanitária demarca sua esfera de ação, pautada na legalidade de suas ações e no interesse público. Sua capacidade de intervenção é assegurada mediante o poder de polícia no campo da saúde, sua face mais visível para a sociedade e que a legitima socialmente. Seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade, sendo a ouvidoria um importante meio de comunicação entre a vigilância e a população (DE SETA; DAIN, 2011).

Essa ação de fiscalização da vigilância sanitária baseia-se nos princípios da precaução e da prevenção dos riscos e agravos à saúde individual e coletiva. Essa ação acaba intervindo diretamente no setor produtivo como, por exemplo, apreensão de mercadorias, interdição do local ou de equipamentos e produtos. Esse tipo de atuação praticada em nome da prevenção de riscos ou agravos tem como

consequência imediata o ônus econômico, social e político, do qual se depreende que essas ações devam ser rigorosamente embasadas e justificadas, de maneira a coibir quaisquer interpretações que possibilitem prejuízos das ações (MARQUES *et al.*, 2006).

Segundo Aith, Minhoto e Costa (2009), existem três grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade brasileira, levando em consideração o contexto no qual o poder de polícia se situa nas ações de vigilância sanitária no Brasil. O primeiro desafio seria o de equilibrar o exercício do poder de polícia de forma a evitar o abuso por parte das autoridades públicas estatais de um lado e, de outro, os abusos de cidadãos em não respeitar as normas sanitárias. O segundo seria resultante do campo econômico, foco de tensões, já que muitas vezes o interesse econômico se sobressai sobre o público, potencializando riscos à saúde da população. E o terceiro desafio estaria relacionado com a gestão da saúde pública, e diz respeito à organização de arranjos institucionais capazes de articular as diferentes esferas da vigilância para a obtenção e análise de informações estratégicas para a proteção da saúde pública, possibilitando aos gestores e agentes públicos a adequada tomada de decisões.

Diante desses e de tantos outros desafios enfrentados, em especial pelos fiscais de campo, como o ambiente de tensão gerado pela imprevisibilidade do que pode ser encontrado durante as fiscalizações, soma-se ainda o fator insegurança pública. Faz-se imprescindível o comprometimento com a ética em todas suas ações por parte dos agentes e gestores públicos, com práticas transparentes e sob a observância dos princípios éticos da moralidade e probidade da administração pública.

8 SEGURANÇA ALIMENTAR

O tema segurança alimentar contempla uma gama de significados, sua origem remonta à Primeira Guerra Mundial (1914-1918), ligado ao conceito de segurança nacional, à capacidade dos países fornecerem uma alimentação de qualidade e suficiente ao seu povo e ao aumento da fome agravada pela guerra (WIZBICKI, 2019). Esse conceito, no entanto, ganha força a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e, em especial, a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945 e, no mesmo ano, é criada a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO¹) como uma proposta de montagem de uma organização multigovernamental para o incentivo à agricultura e à alimentação. E afirmava que “existe segurança alimentar sempre que todas as pessoas tenham acesso físico e econômico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos que atinjam suas necessidades alimentares e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável” (FAO, 2012).

Importante ressaltar a participação e a contribuição do brasileiro, Josué de Castro, médico, geógrafo, antropólogo e autor de diversos trabalhos sobre o tema da fome. Ele assumiu a presidência do Conselho da FAO em 1952, permanecendo à frente da organização por três anos. Ele já afirmava, em 1968, que “a fome é um produto de estruturas econômicas defeituosas (...) não é um problema de limitação da produção por coerção de forças naturais. É antes, um problema de distribuição” (BURITY *et al.*, 2010; TAGAKI, 2006;).

A visão mundial pós-guerra predominante no momento, da falta de alimentos ou da ameaça da mesma, deu o suporte político e financeiro necessário para a adoção e a disseminação do modelo agrícola de emprego maciço de insumos químicos (fertilizantes e agrotóxicos), sementes melhoradas e máquinas agrícolas, que ficou

¹. A Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, fundada em 1945 (...) trabalha no combate à fome e à pobreza, promove o desenvolvimento agrícola, a melhoria da nutrição, a busca da segurança alimentar e o acesso de todas as pessoas, em todos os momentos, aos alimentos necessários para uma vida ativa e saudável. “A finalidade da FAO é atender às necessidades das gerações presentes e futuras, promovendo um desenvolvimento tecnicamente apropriado, economicamente viável e socialmente aceitável que não degrade o meio ambiente.” Disponível em: <https://www.fao.org.br/>

conhecido como Revolução Verde², modelo de plantação que contribuiu, nos últimos 50 anos, para que o crescimento da produção agrícola global aumentasse em 1,6 vezes a produção total de 1950. Concomitantemente, a desigualdade também aumentou brutalmente, pois a distância entre o sistema mais produtivo e o menos produtivo aumentou em 20 vezes nesse período (FAO, 2000).

De acordo com Tagaki (2006), mesmo com o aumento extraordinário da produção mundial de alimentos, o que se constatou foi a manutenção de condições agudas de fome e de desnutrição da grande parte da população mundial, indo ao encontro com o que foi afirmado por Josué de Castro.

Por mais que a fome ainda seja um grave problema a ser enfrentado globalmente, é importante destacar a existência de outros tipos de problemas alimentares como o da fome oculta. Estima-se que dois bilhões de pessoas sofrem desse problema (deficiências de micronutrientes: vitaminas e minerais), principalmente, mulheres com anemia e com deficiência de ferro, bem como as 250 milhões de crianças afetadas por deficiência de iodo, sendo a causa mais comum de retardamento mental, ou os 250 milhões de crianças que sofrem de deficiência subclínica de Vitamina A, o que reduz a capacidade de combater doenças podendo assim levar à cegueira (BURITY *et al.*, 2010).

Burity *et al* (2010) afirma que o mundo também sofre, na atualidade, de uma grave epidemia de obesidade que está se espalhando, com 25 milhões de crianças e 250 milhões de adultos obesos em países tanto pobres como ricos, gerando consequências prejudiciais significativas tanto para a saúde desses indivíduos como para o orçamento na área de saúde dos países. Essa questão está relacionada com a globalização do comércio, dos mercados e da rápida urbanização que substituem padrões dietéticos e hábitos alimentares tradicionais.

Para Marins, Tancred e Gemal (2014), notadamente pós-Segunda Guerra, a obtenção do lucro tem sido a principal preocupação tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, deixando em segundo plano a construção do bem-estar social. Com isso, surge uma série de problemas relativos à segurança alimentar. Em termos deste assunto, essa nova configuração da produção permitiu o aparecimento de cenários favoráveis ao surgimento de patógenos alimentares

²Segundo a FAO (2000), entende-se por Revolução Verde um aumento brutal da produção das principais culturas, como milho, arroz e trigo, principalmente durante as décadas de 1960 e 1970.

oportunistas, como resultado da promiscuidade da origem dos alimentos, do seu volume, da maior escala de produção e dos mercados cada vez maiores, revelando múltiplas manipulações e pontos de contato de alimentos de diversas procedências.

Os avanços científicos, os tecnológicos e a forte industrialização na área alimentícia representam a principal forma de prover alimentos para as sociedades urbanas, com o processamento de matérias-primas oriundas da agricultura e o uso de produtos sintéticos, aditivos alimentares³ (corantes, conservantes, estabilizantes entre outros). Além disso, a industrialização gera inúmeras soluções alimentares, mas, ao mesmo tempo, cria vários problemas relacionados à segurança alimentar. Se por um lado, aumenta o acesso aos alimentos, a extensão do seu prazo de validade e as facilidades de sua distribuição, por outro lado, causam preocupação pela perda do valor nutritivo dos alimentos, decorrente de sua manipulação e do uso de aditivos intencionais (MARINS; TANCRED; GEMAL, 2014).

Diante dessa situação, medidas de controle e de combate ao consumo indiscriminado de alimentos industrializados são objetos de criações normativas, que regulamentam a composição desses alimentos e a exposição de informações gerais e nutricionais relevantes para uma alimentação saudável e consciente. Em relação à segurança de uso no Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que estabelece, em legislações específicas, quais são os aditivos permitidos para cada categoria de alimentos, visando atingir o efeito tecnológico sem causar risco à saúde humana, baseada em princípios da análise de risco, fundamentada e apoiada em referências internacionais como o Codex Alimentarius⁴, União Europeia e complementada pelo FDA (Food and Drug Administration), órgão governamental dos Estados Unidos com atribuição semelhante à ANVISA no Brasil (ALMEIDA; PENA 2014).

³De acordo com a PORTARIA Nº 540 - SVS/MS, de 27 de Outubro de 1997, Aditivo Alimentar é qualquer ingrediente *adicionado intencionalmente* aos alimentos, *sem propósito de nutrir*, com o objetivo de modificar as características físicas, químicas, biológicas ou sensoriais, durante a fabricação, processamento, preparação, tratamento, embalagem, acondicionamento, armazenagem, transporte ou manipulação de um alimento. Ao agregar-se poderá resultar em que o próprio aditivo ou seus derivados se convertam em um componente de tal alimento.

⁴Codex Alimentarius é um Programa conjunto entre a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), criado em 1963, para elaborar e coordenar normas alimentares no plano internacional.

A Segurança Alimentar é um mecanismo complexo que envolve instrumentos e medidas criadas para resguardar a saúde e a vida, dentro desses instrumentos encontram-se a criação de leis e de outros ordenamentos legais. De acordo com Santos (2011), dentro do escopo legal a rotulagem dos produtos adquire função importante para a segurança do consumidor, uma vez que as informações contidas nos rótulos, além de trazer explicações relevantes sobre os alimentos, evitam danos à saúde decorrentes do uso inadvertido de algum componente do alimento.

Corroborando para o fortalecimento da segurança alimentar, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8.078/90, traz que produtos e práticas de fornecimento não ofereçam riscos à saúde e à vida do consumidor. Em outras palavras, o CDC exige a existência de Segurança Alimentar, e prima pela proteção da saúde, reduzindo as fraudes e facilitando acesso à informação (MAGALHÃES, 2017; SANTOS, 2011).

No sentido de fortalecer e fazer valer a Segurança alimentar, o CDC prevê no art. 18 § 6º:

Art. 18 § 6º São impróprios ao uso e consumo:

I - os produtos cujos prazos de validade estejam vencidos;
II - os produtos deteriorados, alterados, adulterados, avariados, falsificados, corrompidos, fraudados, nocivos à vida ou à saúde, perigosos ou, ainda, aqueles em desacordo com as normas regulamentares de fabricação, distribuição ou apresentação;

III - os produtos que, por qualquer motivo, se revelem inadequados ao fim a que se destinam. (BRASIL, 1990b).

Para Santos (2011), a rotulagem dos alimentos interfere diretamente na segurança alimentar. Por isso, a ênfase que o art. 31 do CDC traz quanto à responsabilidade do fornecedor de cuidar para que a oferta de um determinado produto traga ao consumidor informações exatas e nítidas sobre as características principais do produto.

Retornando ao desenvolvimento temporal do tema, no final da década de 80 e início da década de 90, integra-se definitivamente o aspecto nutricional e sanitário ao conceito de segurança alimentar que passa a ser denominado Segurança Alimentar e Nutricional. Dessa forma, o novo conceito passou a incorporar também a noção de acesso a alimentos seguros (não contaminados biológica ou quimicamente); de qualidade (nutricional, biológica, sanitária e tecnológica), produzidos de forma sustentável, equilibrada, culturalmente aceitáveis e também a ideia de acesso à

informação. Essa visão foi consolidada nas declarações da Conferência Internacional de Nutrição, realizada em Roma, em 1992, pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde (MALUF; MENEZES, 2001; BURITY et al., 2010).

No Brasil, o conceito surgiu através da atuação dos diversos projetos de alimentação e de nutrição ao longo de vários anos, adquirindo especificidade própria conferida pelo amplo processo de participação social em torno da construção de uma agenda de segurança alimentar e nutricional, propiciando a criação de leis, de planos e de estruturas com vistas à implantação de um sistema nacional de segurança alimentar e nutricional (BURITY et al., 2010).

Foi regulamentada a incorporação da palavra Nutricional junto ao termo Segurança Alimentar, sendo definida na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN- Lei nº 11.346/2006). Segurança Alimentar e Nutricional é definida como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis” (BRASIL, 2006). Um conceito muito amplo, rico em significados e que envolve uma cadeia multi e interdisciplinar de ações e de práticas para que a realização desse direito possa ser efetivada em toda sua abrangência. Para isso, é fundamental o desenvolvimento de políticas públicas em toda a cadeia do sistema alimentar da produção ao consumo.

A segurança alimentar e nutricional é um conceito baseado em necessidades e que define uma meta a ser alcançada através de políticas públicas e programas específicos. A evolução do conceito de segurança alimentar nas duas décadas que se seguiram conduziu à incorporação de noções muito importantes, tais como o acesso, os aspectos nutricionais e sanitários, os sistemas de apoio, estratégias de resposta e o valor cultural dos alimentos (BURITY et al., 2010).

Atendo-se ao aspecto do alimento seguro, ou seja, no enfoque sanitário em que o alimento não causará danos à saúde do consumidor, por estar isento de perigos biológicos, químicos ou físicos, é onde se insere a atuação da vigilância sanitária, que historicamente fundamenta sua atuação através do desenvolvimento tecnológico e no conhecimento científico sobre a proteção e a promoção da saúde. A questão da chamada segurança alimentar vem tomando um espaço importante no Brasil. De

acordo com esse entendimento, exige-se que o controle da qualidade e da inocuidade seja realizado em toda a cadeia alimentar, desde produção, armazenagem, distribuição, processamento, até o consumo do alimento, *in natura* ou processado (MARINS; TANCRED; GEMAL, 2014).

Além disso, os alimentos não devem conter substâncias adversas em níveis superiores àqueles estabelecidos por padrões internacionais e pela legislação nacional. Estas substâncias são: toxinas, poluentes resultantes de processos agrícolas e industriais, inclusive resíduos de drogas veterinárias, promotores de crescimento e hormônios, entre outros (WIZBICKI, 2019; BURITY et al., 2010).

O controle da qualidade dos alimentos é da responsabilidade de todos os envolvidos nessas atividades: órgãos governamentais, setor regulado e consumidores. Mas se atendo ao papel que cabe ao Estado em garantir o mínimo de condições de segurança e de resguardo às normas sanitárias é que se insere o papel da fiscalização da vigilância sanitária. Para um controle de qualidade eficaz, é necessário o cumprimento da legislação sanitária vigente, devendo a qualidade de produtos e de serviços sujeitos à vigilância sanitária ser verificada e avaliada pelo Estado por meio do seu corpo fiscal, mediante métodos sensoriais, análises laboratoriais e uso de instrumentos com parâmetros avaliativos, como condição para a concessão do registro de produtos, de serviços e de estabelecimentos (MARINS; TANCRED; GEMAL, 2014).

9 FISCALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS

A preocupação e o reconhecimento da importância do cuidado com a higiene na preparação de alimentos demoraram para serem validados, e foi somente por volta do século XIII, na Europa, que surgiram as primeiras normas relacionadas com alimentação voltadas para inspeção de carnes e de matadouros de animais. Já por volta do início do século XIX, o processo de industrialização seguia um curso rápido e crescente. Com a intensificação da industrialização aumentou o espectro da regulamentação e, conseqüentemente, a produção de normas, impulsionada pela evolução da ciência, da tecnologia, pelas forças produtivas e pelo desenvolvimento da luta de classes (MARINS; TANCREDI; GEMAL, 2014).

De acordo com a Comissão do Código Sanitário da Junta da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a higiene dos alimentos compreende as medidas preventivas necessárias na preparação, na manipulação, no armazenamento, no transporte e na venda de alimentos para garantir produtos inócuos, saudáveis e adequados ao consumo humano (OMS, 1968).

O artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define que a alimentação é um dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população, cujos níveis expressam “a organização social e econômica do país”. No artigo 6º, estão descritas como atribuições específicas do SUS: “a vigilância nutricional e orientação alimentar”, e o “controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo”, esse último é atribuído à área da vigilância sanitária, em especial da fiscalização (BRASIL, 1990).

Observa-se, com isso, que o papel das equipes de fiscalização da Vigilância Sanitária é essencial para a operacionalização e para a efetivação dessa política pública, sendo necessários o fortalecimento e o redirecionamento de suas ações no sentido de preservar a qualidade sanitária dos alimentos. Assim, conseqüentemente, proteger a saúde do consumidor, dentro da perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (OLMEDO *et al.*, 2019).

Em 2002, o Relator Especial da ONU para o direito à alimentação definiu o Direito Humano à Alimentação Adequada da seguinte forma:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. (BURITY *et al.*, 2010, p.15)

A fiscalização de alimentos constitui um setor fundamental da saúde pública, complementar da nutrição, que estuda os processos de conservação dos produtos alimentícios, as alterações, as adulterações e as falsificações que eles podem sofrer, tanto **in natura** quanto depois de preparados, estabelecendo assim normas práticas de apreciação e de vigilância (MARINS; TANCRED; GEMAL, 2014). A vigilância sanitária é o ente estatal encarregado pela fiscalização das normas sanitárias e, segundo Olmedo *et al.* (2019), no que tange às questões de alimentação e de nutrição, uma das suas missões é desenvolver ações capazes de minimizar ou de prevenir riscos à saúde decorrentes da alimentação.

Para fiscalizar os estabelecimentos na área de alimentos em relação aos aspectos higiênico-sanitários são realizadas ações que ocorrem principalmente em nível municipal mediante as equipes de profissionais da Vigilância Sanitária. O papel das equipes durante as inspeções é observar e avaliar os locais em relação à estrutura física, fluxos de produção, rotinas técnico-operacionais e condições de higiene que devem estar adequadas às legislações sanitárias vigentes, para oferecer segurança dos produtos e dos serviços prestados (OLMEDO *et al.*, 2019). O acesso aos locais que comercializam, produzem, transportam alimentos é garantido, entre outros dispositivos legais, pelo Decreto- Lei nº 986 de 21/10/69 em seu art. 30: “a autoridade fiscalizadora competente terá livre acesso a qualquer local em que haja fabrico, manipulação, beneficiamento, acondicionamento, conservação, transporte, depósito, distribuição ou venda de alimentos” (BRASIL, 1969).

É competência do Sistema Único de Saúde por meio da Vigilância Sanitária a ação de fiscalizar ou de inspecionar alimentos, bebidas, águas de consumo, embalagens e matérias-primas alimentares. Além disso, estabelecimentos industriais e comerciais de alimentos, com o propósito de prevenir riscos à saúde do consumidor. Assim, o ato de inspecionar ou de fiscalizar é compreendido como a ação verificadora do cumprimento da legislação sanitária frente às atividades da cadeia de produção, de distribuição e de comercialização de forma a assegurar o direito do consumidor na prevenção de riscos oriundos do consumo de alimentos, de bebidas e de águas. Este

direito vem claramente explicitado na Lei n. 9.782 de 1999, do Ministério da Saúde, ao definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (TANCREDI; BARRETO; TANCREDI, 2007).

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 207/2018, dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Fiscalização, Inspeção entre outras atividades, e define em seu art. 3º, incisos III e V essas atividades.

Art. 3º Para efeitos desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

III – fiscalização sanitária: conjunto de ações para verificação do cumprimento das normas sanitárias de proteção da saúde e gerenciamento do risco sanitário, exercido mediante o poder de polícia administrativo na cadeia de produção, transporte, armazenamento, importação, distribuição e comercialização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária;

V – inspeção sanitária: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que visa à proteção da saúde individual e coletiva, por meio da verificação in loco do cumprimento dos marcos legal e regulatórios sanitários relacionados às atividades desenvolvidas e às condições sanitárias de estabelecimentos, processos e produtos. A inspeção permite a adoção de medidas de orientação e correção de situações que possam causar danos à saúde da população;

De acordo com Tancredi, Barreto e Tancredi (2007), além dos princípios básicos da administração pública, definidos no art. 37 *caput* da Constituição Federal, o agente fiscal da Vigilância Sanitária deve ter sempre em mente que ainda somam-se outros princípios expressos ou implícitos na Carta Magna, como a Presunção de Legitimidade ou Veracidade, Especialidade, Hierarquia, Continuidade do Serviço Público, Razoabilidade e Proporcionalidade, Motivação, Segurança Jurídica, entre outros, os quais devem ser profundamente conhecidos pelo agente público (fiscal), a fim de se evitar que seus atos executórios comprometam um ou alguns desses princípios já mencionados e padeçam de vícios, podendo tornar seus atos nulos ou anuláveis, levando a consequências, não só administrativas como também cíveis e criminais, as quais incluem desde o descrédito da administração pública, assim como, de seus agentes públicos. Na atual conjuntura política, em que as fiscalizações como um todo sofrem com ataques, especialmente, pelo governo federal de turno, faz-se ainda mais necessário que todas as ações fiscais sejam fundamentadas nos princípios norteadores constitucionais.

A principal ferramenta de trabalho para a fiscalização são as normas legais vigentes, especificamente, na área de alimentos. As principais legislações federais e municipais utilizadas durante as inspeções encontram-se descritas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 2 – Principais legislações federais utilizadas durante as inspeções sanitárias de alimentos.

Legislação Federal	
Legislação	Assunto
Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969	A defesa e a proteção da saúde individual ou coletiva, no tocante a <u>alimentos</u> , desde a sua obtenção até o seu consumo, serão reguladas em todo território nacional, pelas disposições deste Decreto-lei.
Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977	Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
Resolução - RDC Nº 216, de 15 de setembro de 2004	Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação
Resolução - RDC Nº 275, de 21 de outubro de 2002	Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores /Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.
Resolução - RDC Nº 218, de 29 de julho de 2005	Aprovar o Regulamento Técnico de Procedimentos Higiênico-Sanitários para Manipulação de Alimentos e Bebidas Preparados com Vegetais.
Resolução - RDC Nº 259, de 20 de setembro de 2002	Aprovar o Regulamento Técnico sobre Rotulagem de Alimentos Embalados
Resolução-RDC Nº 360, de 23 de dezembro de 2003	Aprovar o Regulamento Técnico sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados, tornando obrigatória a rotulagem nutricional.
Resolução-RDC Nº. 359, de 23 de dezembro de 2003	Aprovar o Regulamento Técnico de Porções de Alimentos Embalados para Fins de Rotulagem Nutricional
Resolução RDC nº 12, de 02 de janeiro de 2001	Aprova o Regulamento Técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos
Portaria nº 1.428/MS, de 26 de novembro de 1993	Aprovar, na forma dos textos anexos, o "Regulamento Técnico para Inspeção Sanitária de Alimentos" - as "Diretrizes para o Estabelecimento de Boas Práticas de Produção e de Prestação de Serviços na Área de Alimentos" - e o "Regulamento Técnico para o Estabelecimento de Padrão de Identidade e Qualidade (PIQ's) para Serviços e Produtos na Área de Alimentos"

Fonte: Elaboração própria a partir de análise das legislações

Quadro 2 – Principais legislações municipais utilizadas durante as inspeções sanitárias de alimentos.

Legislação Municipal	
Legislação	Assunto
Lei N° 4.950 30 de novembro de 1977	Código de saúde do município de Fortaleza
Lei N° 7.749 de 18 de julho de 1995	Disciplina a prestação de serviços de desinsetização e desratização do Município de Fortaleza
Lei N° 8.222 de 28 de dezembro 1998	Disciplina a aplicação de penalidades às infrações à Legislação Sanitária e dá outras providências.
Portaria SMS nº 88, de 03 de março de 2019	Regulamenta o transporte por veículos de alimentos para consumo humano quanto às condições sanitárias e dá outras providencias
Portaria SMS nº 1405, de 05 de dezembro 2019	Dispõe sobre os requisitos higiênico-sanitários específicos para o preparo, manipulação, comercialização e distribuição de sushis e similares.

Fonte: Elaboração própria a partir de análise das legislações

Os regulamentos são inúmeros na área de alimentos, alguns de caráter amplo e outros específicos por assuntos, podendo ser mencionados nas três esferas de governo. Algumas normas apresentam conteúdos semelhantes, com vários artigos citando o mesmo teor no tocante ao fato descrito, permitindo assim interpretações diferentes na aplicação das penalidades e na citação dos artigos. E, por vezes, a mesma situação pode ser interpretada de forma diferente pelos agentes pertencentes ao mesmo Serviço de Vigilância Sanitária, uma vez que não se pode deixar de levar em conta os critérios subjetivos, os níveis diferenciados de conhecimento e a experiência envolvida no momento da ação. (TANCREDI; BARRETO; TANCREDI, 2007).

A prática regulatória de alimentos no Brasil foi estabelecida ainda na Primeira República (1889-1930) por meio da instituição do Decreto nº 68 de 1889 disciplinando a polícia sanitária, com a subsequente definição do seu conjunto de atribuições, inclusive fiscalização da alimentação pública, do consumo e do fabrico de bebidas. O alicerce dessa regulação permanece praticamente intacto, estando assentado sobre três pilares: regulamentação, fiscalização e controle (MAGALHÃES, 2017).

Figueiredo, Recine e Monteiro (2017) destacam que a prática regulatória dos riscos dos alimentos constitui uma tarefa repleta de tensões e de conflitos para as instituições públicas. E que a formulação das normas sanitárias se realiza mediante a conjugação do conhecimento técnico multidisciplinar e do contexto político e econômico, implicando a conciliação de interesses diversos e, por vezes, contraditórios com a expectativa de que o benefício à saúde coletiva seja considerado como objetivo principal.

Ainda nesse contexto, Magalhães (2017) aponta que existe um claro conflito entre os interesses privados do mercado e as demandas sociais para proteção à saúde na área de alimentos no processo decisório das regulações. Um exemplo dessa disputa pode ser verificado na rotulagem de alimentos que tem se revelado um verdadeiro campo de batalha e evidenciado os limites da efetiva implementação de normas e de dispositivos legais. Ainda que o Brasil tenha avançado em marcos regulatórios, a debilidade dos mecanismos de fiscalização e a forte pressão do setor privado ameaçam a consolidação das conquistas.

Cabe aqui abordar o tema da regulamentação sobre a classificação de risco sanitário da ANVISA. Primeiramente, foi publicada a RDC nº 153 de 26/04/2017, esta resolução define o grau de risco sanitário das atividades econômicas de interesse da Vigilância Sanitária e seus respectivos procedimentos para licenciamento, em conjunto com a Instrução Normativa nº 16 de 27/04/2017 que estabelece a lista de Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE de atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária por grau de risco e dependente de informação para fins de licenciamento sanitário. Antes da publicação das referidas regulamentações, qualquer atividade comercial estaria sujeita à fiscalização e ao licenciamento por parte dos respectivos órgãos da Vigilância Sanitária. A RDC nº 153 fez a classificação de risco das atividades sujeitas à vigilância sanitária em alto e baixo risco, e define grau de risco em seu artigo 4º, inciso IV como “nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana, ao meio ambiente em decorrência de exercício de atividade econômica” (BRASIL, 2017).

O município de Fortaleza, seguindo o modelo do órgão federal, publicou a Portaria nº 273 de 01/03/2018 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), passando a adotar a nova classificação de risco. Na prática alterou a forma de expedição da Licença Sanitária, os estabelecimentos de baixo risco poderiam conseguir a licença de forma online, sem a necessidade de inspeção prévia, como anteriormente. Apenas

as atividades classificadas de alto risco sanitário requeriam a inspeção prévia para a concessão do licenciamento inicial, sendo sua renovação podendo também ser realizada online. Exemplos das atividades ligadas à alimentação consideradas de baixo risco: restaurantes, padarias e lanchonetes. As de alto risco ficaram restritas às atividades relacionadas às indústrias alimentícias e às creches.

Em 2019, foi publicada a Lei nº 13.874 da Liberdade Econômica, que traz, em seu preâmbulo, a “Declaração de Direitos de Liberdade Econômica”, estabelecendo garantias de livre mercado, normas de proteção à livre iniciativa, livre exercício de atividade econômica e disposições sobre a atuação do Estado como agente normativo e regulador. Esse novo regulamento torna isentos de Licença Sanitária os estabelecimentos de baixo risco. Como afirma Melo (2020), todas essas mudanças e desregulamentações seguem os ditames da agenda neoliberal, com o argumento de facilitar e de estimular o empreendedorismo, a geração de empregos e de direcionar as ações da Vigilância para promoção e proteção da saúde.

Uma nova Instrução Normativa (IN) foi publicada pela ANVISA, IN nº 66 de 01/09/2020, que estabelece a lista de Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE sujeitas à vigilância sanitária por grau de risco e dependente de informação para fins de licenciamento sanitário. Foram alteradas as denominações alto e baixo para nível de risco III (alto), II (médio) e I (baixo). Com essa modificação, as atividades consideradas de baixo risco, como: restaurantes; lanchonete; padarias, passam a ser classificadas de nível de risco II (médio) (BRASIL, 2020a). Porém, a classificação elaborada pela ANVISA, órgão técnico especializado em risco sanitário, fica submetida à Resolução nº 57 de 21/05/2020, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – CGSIM, ligado ao Ministério da Economia. Essa Resolução visa definir o conceito de baixo risco para fins da dispensa de exigência de atos públicos de liberação para operação ou funcionamento de atividades econômicas (BRASIL, 2020b). A maioria das atividades classificadas pela ANVISA como nível de risco II é categorizada pelo CGSIM como nível de risco I (baixo risco). Com o exposto, pode-se perceber como os interesses econômicos se sobrepõem aos da saúde.

Retornando ao tema dos instrumentos de trabalho, uma outra ferramenta fundamental são os termos fiscais, documentos oficiais passíveis de serem utilizados durante as fiscalizações sanitárias e que formam um conjunto de peças do processo como: Auto de Infração (documento que dá início ao Processo Administrativo

Sanitário, lavrado pela autoridade sanitária, baseado em lei, no qual serão descritas as infrações constatadas); Notificação (descreve as exigências estruturais e emergenciais do estabelecimento e fixa prazos para cumprimento); Termo de Apreensão; Termo de Interdição; Termo de Desinterdição; Laudo de Inspeção; Termo de Coleta de Amostra e Notificação de Análise Fiscal. Documentos esses que respaldam a atuação fiscal nas mais variadas situações executadas durante as ações de fiscalização (TANCREDI, 2006).

Dessa forma, pode-se concluir que a Vigilância Sanitária de alimentos tem como principal atribuição a fiscalização de locais que produzam, transportem e comercializem alimentos com vistas a promover uma boa prática na produção e na manipulação de alimentos que possibilitem minimizar ou eliminar os potenciais riscos que a concepção ou a manipulação inadequada desses produtos e serviços podem causar ao consumidor, como as doenças transmitidas por alimentos. E para um controle de qualidade satisfatório, é necessário o cumprimento da legislação sanitária vigente, devendo a qualidade de produtos e de serviços sujeitos à vigilância sanitária ser verificada e avaliada pelo Estado. Para isto precisa garantir adequadas condições estruturais e corpo técnico suficiente (MARINS; TANCRED; GEMAL, 2014).

10 DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

As Doenças transmitidas por alimentos (DTA) são aquelas causadas pela ingestão de alimentos e/ou água contaminados. Existem mais de 250 tipos de DTA no mundo, sendo que a maioria delas são infecções causadas por bactérias e suas toxinas, vírus e outros parasitas (BRASIL, 2020c).

Outra definição sobre DTA é apresentada no *Manual integrado de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos*, do Ministério da Saúde, que define doença transmitida por alimento como “um termo genérico, aplicado a uma síndrome geralmente constituída de anorexia, náuseas, vômitos e/ou diarreia, acompanhada ou não de febre, atribuída à ingestão de alimentos ou água contaminados” (BRASIL, 2010).

A ocorrência de casos de DTA vem aumentando de modo significativo em nível mundial. Múltiplos fatores contribuem para o crescente aumento dessas doenças, dentre os quais se destacam: o crescente aumento das populações, a existência de grupos populacionais vulneráveis ou mais expostos, o processo de urbanização desordenado, a necessidade de produção de alimentos em grande escala, o aumento de uso de aditivos químicos, mudança dos hábitos alimentares, a globalização e as facilidades de deslocamento nacional e internacional. Contribui ainda, o deficiente controle dos órgãos públicos e privados, no tocante à qualidade dos alimentos ofertados à população (BRASIL, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Os sintomas mais verificados nas doenças de origem alimentar incluem dor de estômago, náusea, vômitos, diarreia e, por vezes, febre. Sintomas digestivos, no entanto, não são as únicas manifestações das DTA; podem ocorrer ainda as afecções extraintestinais, em diferentes órgãos e sistemas, como meninges, rins, fígado, sistema nervoso central, terminações nervosas periféricas e outros, de acordo com o agente envolvido. Na maioria dos casos, a duração dos sintomas pode variar de poucas horas até mais de cinco dias, dependendo do estado físico do paciente, do tipo de microrganismo, da toxina ingerida ou suas quantidades no alimento. Conforme o agente etiológico envolvido, o quadro clínico pode ser mais grave e prolongado, apresentando desidratação grave, diarreia sanguinolenta, insuficiência renal aguda e insuficiência respiratória (BRASIL, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Entretanto, a maioria dos casos de DTA são de intensidade leve a moderada, sendo que a maior parte das pessoas acometidas não buscam tratamento nas unidades de saúde, o que contribui, entre outros fatores, para as subnotificações dos casos nos sistemas de vigilância e na dificuldade para se estimar a verdadeira incidência dessas doenças na população (BRASIL, 2010; WHO, 2015).

É considerado surto de DTA quando duas ou mais pessoas são acometidas por sinais clínicos ou sintomas, podendo ser caracterizada pelo aparecimento repentino, em período curto de tempo, de casos de afecções gastrointestinais entre pessoas que consumiram os mesmos alimentos ou água. Também se pode considerar um surto um caso isolado grave do ponto de vista clínico e epidemiológico. No Brasil, entre 2000 a 2017, foram notificados 12.503 surtos à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). O Centers for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos, estima, por ano, que um entre seis norte-americanos adoecem, 128 mil são hospitalizados e três mil morrem, devido às doenças de origem alimentar (BRASIL, 2018; CDC, 2018).

As regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores índices de DTA, no Brasil, com percentuais de 39,2% e 33,9%, respectivamente, aparecendo o Nordeste em terceiro lugar, com 15,5% (BRASIL, 2018). Entretanto, acredita-se que as maiores ocorrências são no Nordeste, em consequência dos casos não diagnosticados e/ou subnotificados (GUILHERME; ESTEVES, 2017).

Surtos de DTA constituem Eventos de Saúde Pública de notificação compulsória imediata. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) vigente preconiza a notificação de casos de doenças de notificação compulsória e de surtos de qualquer etiologia. A vigilância das DTA está dirigida para a notificação e investigação de surtos. Porém, o perfil epidemiológico das DTA no Brasil ainda é pouco conhecido, somente alguns estados e municípios dispõem de estatísticas e dados sobre os agentes etiológicos mais comuns, os alimentos mais frequentemente implicados, a população de maior risco e os fatores contribuintes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

De acordo com Draeger (2018), o número de casos que chegam a ser notificados representa apenas a ponta de um iceberg, em relação à quantidade de casos que ocorrem. Relatos nacionais e internacionais demonstram que a maioria dos casos de DTA não são notificados às autoridades sanitárias, pois muitos dos

patógenos alimentares causam sintomas brandos e, dessa forma, as pessoas acometidas acabam não procurando as unidades de saúde.

Doenças transmitidas por alimentos são consideradas uma relevante causa de morbidade e de mortalidade em todo o mundo, porém sua completa extensão e os custos relacionados a alimentos não seguros ainda são desconhecidos, especialmente o desenvolvimento crescente dos danos decorrentes da contaminação química e dos parasitas nos alimentos. Dados epidemiológicos e de custos sobre as DTA em países em desenvolvimento são ainda mais escassos. Esses dados permitiriam aos agentes políticos definir prioridades de saúde pública e alocar recursos. Considera-se que até os surtos de origem alimentar que apresentam maior visibilidade, muitas vezes, passam despercebidos e não são declarados ou devidamente investigados (WHO, 2015).

Os principais agentes biológicos patogênicos para o homem envolvidos nos casos de doenças alimentares são de origem bacteriana e, dentre eles, estão *SalmomellaSpp*, *Escherechia coli*, *Staphylococcus aureus*, *ShingellaSpp*, *Bacillus cereus* e a *Clostridium perfringens*(GUILHERME; ESTEVES, 2017). De acordo com Marins, Tancredi e Gemal (2014), no Brasil, mais de 60% das DTAs são causadas por *Salmonella sp.*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereuse* *Clostridium botulinum*.

De acordo com o agente etiológico, as DTA podem ser classificadas em 3 grupos:

(i) infecções: são causadas pela ingestão de alimentos contaminados com microrganismos patogênicos, denominados invasivos, com capacidade de penetrar e invadir tecidos, com destaque para os seguintes microrganismos: *Salmonella spp*, *Shigellaspp*, *Yersiniaenterocolitica*, *Clostridium perfringense* *Campylobacterjejuni*;

(ii) toxinfecção: são causadas por microrganismos toxigênicos, cujo quadro clínico é provocado por toxinas liberadas quando estes se multiplicam, esporulam ou sofrem lise na luz intestinal. Essas toxinas atuam nos mecanismos de secreção e absorção da mucosa do intestino. As infecções por *Escherichia coli enterotoxigênica*, *Vibriocholerae*, *Vibrioparahaemolyticus*, *Clostridium perfringense* *Bacillus cereus*(cepa diarreica) são exemplos clássicos causadas pela ingestão de alimento contaminado pela toxina produzida pelo microrganismo; e

(iii) intoxicação: são provocadas pela ingestão de toxinas pré-formadas nos alimentos em decorrência de prévia intensa proliferação de microrganismo patogênico

no alimento ou causadas por alimentos contaminados com substâncias químicas como detergentes, agrotóxicos, raticidas, inseticidas, entre outros (GUILHERME; ESTEVES, 2017; DRAEGER, 2018).

Outros microrganismos envolvidos em quadros infecciosos são os agentes virais, protozoários e helmintos, cujo mecanismo de ação é pela invasão tecidual, embora o quadro clínico geralmente não tenha as mesmas características discutidas anteriormente. Exemplos de vírus que podem ser adquiridos através de alimentos são as gastroenterites provocadas por Norovirus e o vírus da hepatite A (DRAEGER, 2018).

Os tipos de doenças de origem alimentar têm aumentado nos últimos anos. Novos agentes responsáveis por manifestações severas têm sido identificados como *Escherichia coli* O157:H7, *Streptococcus zooepidemicus* ácido domóico, um neurotransmissor não fisiológico relacionado com um surto de intoxicação amnésica, descrito no Canadá em 1987. Outros patógenos já conhecidos voltaram a causar epidemias mundiais, permanecendo, endemicamente em algumas regiões, como o *Vibrio cholerae* O1 toxigênico. Patologias recentemente associadas a príons, partículas proteicas com poder infectante, podem também ser transmitidas por alimentos derivados de animais contaminados (BRASIL, 2010).

Quadro 4: Principais agentes etiológicos e características.

Agentes	Período de Incubação	Principais Sintomas	Alimentos Envolvidos	Fatores para surto	Características
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 – 8h	Vômitos, náuseas, dores abdominais e diarreia	Produtos cárneos, frango, produtos confeitados, doces e salgados, produtos muito manipulados	Contaminação de alimentos por manipuladores equipamentos e utensílios manipulação de alimentos pronto sem tempo, temperatura insuficientes	Morrem em 2 minutos a 70°C e se reproduzem entre 7 e 48°C.

Fonte: Guilherme e Esteves, 2017

(continua)

Agentes	Período de Incubação	Principias Sintomas	Alimentos Envolvidos	Fatores para surto	Características
<i>Clostridium perfringens</i>	8 – 22h	Dores abdominais intensas, diarreia e gases	Carne cozida ou assada, caldos e sopas	Descongelamento por temperatura inadequada, resfriamento lento e reaquecimento insuficiente	Morrem em 20 minutos a 100°C, no interior do alimento em ebulição, sobrevivem até 9 horas. Reproduzem entre 15 a 50°C
<i>BacillusCereus</i> (tipo emético)	30' – 5h	Náuseas, vômitos, ocasionalmente diarreias e dores abdominais	Arroz cozido, alimentos ricos em amido, molhos, pudins e sopa	Manipular alimentos prontos em tempo/ temperatura inadequados	Morrem em 5 minutos a 100°C e se reproduzem entre 5 a 50°C.
<i>BacillusCereus</i> (tipo diarretico)	8 – 16h	Diarreia aquosa, dores abdominais, náuseas, vômitos raramente.	Carnes, leites, vegetais cozidos e cereais.	Manipular alimentos prontos em tempo/ temperatura inadequados e reaquecimento insuficiente	
<i>Escherichia coli</i> (patogênica)	5 – 48h	Dores abdominais, diarreias, Vômitos, náuseas, cefaleia e mialgia.	Verduras e legumes mal cozidos, salada de maionese, lasanha, farofa e água contaminada.	Contaminação por manipuladores, refrigeração insuficiente, cocção inadequada, limpeza e desinfecção deficiente de equipamentos.	A E.Colli é o indicador de fezes. Reproduzem em temperatura ambiente de 6 a 44°C.
<i>Escherichia coli</i> (entero hemorrágica)	1 a 10 dias	Diarreia aquosa, seguida de diarreia sanguinolenta dor abdominal intensa, sangue na urina, síndrome hemolítico-urêmica	Hambúrguer, leite cru, embutidos, iogurte, alface e água	Hambúrgueres feitos de animais infectados, consumo de carne e leite crus, cozimento inadequado	

Fonte: GUILHERME; ESTEVES (2017)

(conclusão)

Como alimentos mais frequentes relacionados aos casos de surtos, tanto pela literatura quanto pelo sistema de vigilância, destacam-se o frango, a carne e os produtos derivados, como sobremesas, leite e produtos lácteos. Além destes, com frequências um pouco menor, estavam saladas, legumes e frutas, ovos e produtos à base de ovos (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Segundo Drager (2018), além dos alimentos já mencionados, surtos alimentares ou doenças de origem alimentar estão relacionados com o consumo de alimentos crus ou malcozidos (por exemplo, ovos crus ou mal cozidos, carnes, moluscos, peixes), leite não pasteurizado ou sucos, enlatados domésticos, produtos frescos ou queijos não pasteurizados.

A maioria dos surtos tem sido relacionada à ingestão de alimento com boa aparência, sabor e odor normais sem qualquer alteração organoléptica visível. O alimento contaminado só apresenta características alteradas quando o processo de decomposição está bem evoluído. Microrganismos patogênicos nem sempre alteram sabor ou odor dos alimentos dificultando sua identificação pelo consumidor. Esses fatos dificultam também a rastreabilidade dos alimentos causadores de surtos (OLIVEIRA *et al.*, 2010, GUILHERME; ESTEVES, 2017).

A contaminação por agentes biológicos ocorre principalmente devido a uma manipulação inadequada dos alimentos, seja com más práticas de preparo, estocagem, armazenamento e distribuição ou, principalmente, condições higiênico-sanitárias impróprias dos manipuladores que são fontes potenciais de contaminação (ALIMENTARIUS, 2006; DRAEGER, 2018).

Outra fonte de risco de contaminação dos alimentos é pelos produtos químicos, sendo seu controle e sua detecção ainda mais complexos. A produção de substâncias químicas sintéticas, de um modo geral, vem, desde os anos 1940, dobrando de volume a cada década. “Ao menos cinco novas substâncias sintéticas são desenvolvidas para utilização comercial a cada dia, embora não tenhamos uma ideia exata dos potenciais malefícios delas para nós – por si mesmas, ou em relações sinérgicas com outras substâncias químicas” (FITZGERALD, 2008, p. 325 *apud* MARINS; TANCREDI; GEMAL, 2014, p. 60).

Uma exposição prolongada ou eventual a um agente químico pode levar ao desenvolvimento posterior de doenças, inclusive câncer. Diferente das doenças alimentares de origem por microrganismos com reações rápidas, as por produtos químicos podem levar anos até serem identificadas. Com isso, têm crescido as preocupações com problemas relativos à alimentação industrializada, tornando o

alimento seguro assunto de interesse significativa para a saúde pública (MARINS; TANCREDI; GEMAL, 2014; AZEVEDO; RIBAS, 2016).

A contaminação dos alimentos por substâncias químicas tóxicas, como agrotóxicos, toxinas de algas, metais pesados e drogas veterinárias, também representa um problema grave para a saúde pública. Essas substâncias podem causar dano à saúde após uma única exposição ou, mais frequentemente, em decorrência de uma exposição continuada. Em geral, os efeitos crônicos, ou seja, efeitos cumulativos provocados pela exposição continuada a pequenas doses dessas substâncias são difíceis de ser monitorados e seu impacto na saúde ainda é subestimado (BRASIL, 2008).

De acordo com Draeger (2018) e WHO (2015), as principais vítimas acometidas por DTA são as populações de baixo poder aquisitivo que, na maioria das vezes, procuram produtos mais baratos em lugares com precárias condições de conservação. A falta de infraestrutura adequada de armazenamento de alimentos e a insuficiência ou ausência de fiscalização contribuem para um ambiente de alto risco de contaminação dos alimentos. Além disso, conforme ocorre o desenvolvimento econômico de um país, seu sistema de produção de alimentos sofre grande crescimento.

Além das características econômicas, a localização geográfica de alguns países também contribui para a ocorrência de doenças de origem alimentar. Países de clima tropical, como o Brasil, são mais propensos ao desenvolvimento de pragas, de microrganismos e a formação de toxinas. Ao mesmo tempo, muitos desses países ainda estão em fase de desenvolvimento e não possuem medidas de controle de produção e armazenamento que consigam garantir a completa segurança dos alimentos. O quadro de recorrência de DTA, em países em desenvolvimento, leva a um ciclo vicioso de debilitação da população mais pobre e perda da capacidade de ascensão social (WHO, 2015a; DRAEGER, 2018).

Entre as responsabilidades que cabem à vigilância sanitária assumir frente às doenças de origem alimentar destacam-se: a) notificar o surto de DTA à área de vigilância epidemiológica, quando do conhecimento e/ou acesso à informação; b) participar das ações de planejamento com a equipe de investigação epidemiológica, para o estabelecimento de estratégias e de definição das medidas de controle frente ao surto de DTA; c) participar da atividade de campo, realizando a inspeção sanitária do(s) local(is) envolvido(s) com o surto de DTA para a identificação de pontos críticos

na cadeia alimentar do alimento suspeito e adoção de medidas de intervenção e controle; e) coletar, acondicionar e transportar, em conformidade com as normas técnicas, as amostras do ambiente e dos alimentos suspeitos envolvidos no surto e encaminhar ao laboratório de saúde pública; f) aplicar, no âmbito de sua competência, as sanções legais cabíveis aos responsáveis pela ocorrência do surto; m) realizar ou apoiar o desenvolvimento de pesquisas técnico-científicas específicas; n) criar mecanismos de disponibilização de documentação (BRASIL, 2010).

Apesar da comprovada relação de várias doenças com a ingestão de alimentos e suas repercussões na saúde e na economia, apesar das legislações existentes e medidas de controle já implementadas no Brasil, pouco se conhece da real magnitude do problema. A situação se agrava pela dimensão continental do País, pela precariedade das informações e da estruturação dos órgãos de controle, tornando complexa uma ação fiscalizatória que abranja todos os estabelecimentos produtores de alimentos. Assim, o país ainda enfrenta problemáticas severas no controle das DTA em todo o seu território (BRASIL, 2010; DRAEGER, 2018).

É importante mencionar que o ano de 2020 está sendo marcado por uma pandemia mundial causada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) que se tornou um dos grandes desafios do século XXI. O Brasil e o mundo estão neste enfrentamento contra os problemas, tanto de saúde como econômicos, impostos pela Covid-19 e a vigilância sanitária tem se demonstrado uma peça-chave fundamental para o enfrentamento da pandemia, inclusive na área de alimentos. Toda a cadeia de alimentos, da produção até a entrega ao consumidor, é considerada uma atividade essencial neste momento (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020; BRASIL, 2020d).

A Anvisa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e autoridades estrangeiras relacionados ao controle sanitário de alimentos, como nos Estados Unidos e na Europa, indicam não haver evidências de contaminação pelo novo coronavírus por meio de alimentos. Entretanto, mesmo que os alimentos sejam considerados improváveis veículos de transmissão do COVID-19, considera-se crucial o atendimento fiel às Boas Práticas de Fabricação e de Manipulação de Alimentos nesse momento, de forma a continuar a garantir a entrega de alimentos seguros à população brasileira (BRASIL, 2020d).

11 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo procurou avaliar os dados por uma abordagem qualitativa. Contou com a participação de 11 fiscais de campo que se disponibilizaram a responder a ficha de caracterização e o questionário. Todas as participantes foram do sexo feminino, dividindo-se entre as faixas etárias entre 31 a 40 anos e 41 a 50 anos, estando a maior parte (7) dentro desta faixa, a maioria das participantes (8) possui pós-graduação com especialização e/ou mestrado em áreas relacionadas com vigilância sanitária, saúde pública, ciência e tecnologia de alimentos. O que demonstra alto de grau de capacitação das fiscais. Com relação à remuneração houve uma pequena diferença entre satisfeitas (6) e pouco satisfeitas (5).

Sales (2016, pg. 52) encontrou resultados semelhantes com “a maioria dos entrevistados da VISA é do sexo feminino e possui especialização”. E similares também com os resultados encontrados no estudo realizado em uma capital da região sul, em que os dados apresentados referentes ao perfil socioeconômico e educacional dos profissionais mostraram que a maioria pertencia ao sexo feminino (83,72%), tinha idade entre 31 a 50 anos (76,75%), 81,39% dos profissionais possuíam nível superior, sendo que 55,81% possuíam especialização e 9,30% mestrado (OLMEDO et al., 2019).

Dados divergentes foram verificados no último censo realizado pela ANVISA a respeito do perfil e processo de trabalho dos profissionais da Vigilância Sanitária, em que eram em maioria do sexo masculino, com idade entre 31 e 50 anos, estatutários, com Ensino Médio completo, e de diversas categorias profissionais (BRASIL, 2004). Ressalta-se que esse era o perfil encontrado antes do concurso realizado em 2010.

O concurso para área de alimentos contou com 28 vagas, apenas dois homens foram aprovados dentre os ingressos. Fato que, em parte, pode explicar a participação apenas de mulheres.

11.1 Localização GEREFI e distribuição dos fiscais

Quando questionadas a respeito da localização da GEREFI em que exercem suas ações, foi obtida participação de fiscais de todas as seis GEREFIS. Com relação à opinião quanto à distribuição dos fiscais de vigilância sanitária nestes órgãos ou sua concentração na sede da AGEFIS.

Acredito que os fiscais de vigilância sanitária devem ficar distribuídos nas GEREFIS de modo a otimizar o trabalho por questões de deslocamento e melhor reconhecimento do território, além disso, uma maior proximidade no acesso à população (FISCAL 3).

As respostas das participantes foram unânimes para que os fiscais permaneçam distribuídos nas GEREFIS, as justificativas apresentavam grande semelhança, relacionadas com logística, deslocamento e conhecimento do território. A referida questão foi abordada, pois é um tema que já foi levantado por alguns gestores, e que considero relevante apresentar o ponto de vista de uma parcela dos fiscais de campo.

11.2 Formação acadêmica e influência na atuação como fiscal

O concurso, realizado em 2010 para fiscalização municipal, reservou vagas exclusivas para fiscais atuarem na vigilância sanitária, tendo como pré-requisito formações acadêmicas específicas, o que não havia ocorrido em certames anteriores, que exigia apenas nível médio. O percurso temporal e a evolução dos serviços relacionados à saúde fizeram com que a secretária de saúde contratasse especialistas terceirizados para dar suporte técnico aos fiscais que anteriormente atuavam. Situação que foi alterada com a chegada dos fiscais especialistas, que na área de alimentos possuíam graduação em nutrição ou engenharia de alimentos.

A opinião das participantes também seguiu uma mesma uniformidade de respostas, destacando a importância da formação acadêmica para um melhor entendimento e atuação sobre a fiscalização de alimentos.

Tenho certeza de que a contribuição de um nutricionista na atuação fiscal é extremamente importante, visto que detém o conhecimento técnico para avaliar os requisitos necessários para a produção e comercialização de alimentos seguros, desde as condições higiênico-sanitárias na fabricação até a rotulagem do produto (FISCAL 11).

Engenharia de alimentos. Sim, acredito que minha formação contribui com minha atuação fiscal tendo em vista que toda a minha formação está voltada para a área de alimentos e esta é a minha área de atuação dentro da fiscalização. Tanto contribui para a etapa de fiscalização que envolve áreas de fabricação de produtos, quanto no que se refere à estocagem, logística, vida de prateleira, produção e comercialização, manipulação... (FISCAL 7).

A Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas CFN 380/2005, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece que a sua atuação na saúde coletiva envolva atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária, prevendo o desenvolvimento de competências gerais e específicas ao longo da sua formação profissional (BRASIL, 2005).

Recine *et al.* (2012) destacam que, além dos conhecimentos “biologicistas”, o profissional inserido no SUS deve ter a capacidade de leitura dos problemas sociais do local em que atua. E com relação ao profissional nutricionista, cresce sua atuação na gestão de políticas públicas e na promoção da saúde e em diversos setores, como vigilância sanitária e fiscalização.

O conhecimento técnico aliado com o domínio das legislações embasam as ações e compõem um sistema formal em que são elaborados, o meio institucional, e onde seu conteúdo teórico é transmitido. A vivência no campo da prática produz uma experiência, saberes que cada um vai desenvolver lendo e interpretando os sinais, as pistas e os indícios. “A acumulação de observações singulares obtidas a partir de experiência empírica resulta em saberes indiciários que produzem um conhecimento, interpretando os sinais ...” (SILVA; LANA, 2016, pg. 8)

Na área de atuação do fiscal de VISA, o conhecimento técnico-científico fornece importantes subsídios, mas outras competências se fazem necessárias para

um melhor desempenho como servidor público e, como relatam Alves e Martinez (2016), entende-se que as competências em si mesmas não são manifestações de conhecimentos, mas, sim, a sua utilização, integração e mobilização. Refletem uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar aos mesmos.

11.3 Rotina de atuação fiscal

O fiscal possui um trabalho muito dinâmico, falar em rotina seria até inadequado já que a mesma não faz parte do cotidiano da atuação fiscal, todo dia fazendo inspeções em vários locais, tendo que lidar com pessoas de diferentes classes e graus de instrução. Aqui, tentou-se fazer um breve relato de como ocorre a vivência do fiscal de campo.

Durante as inspeções sanitárias os fiscais identificam e avaliam os riscos sanitários inerentes a cada área por meio da observação sistemática e ordenada dos processos, procedimentos e estruturas dos serviços e produtos de interesse da saúde. E para atuar os profissionais utilizam um conjunto de saberes técnicos, empíricos e culturais (SILVA; LANA, 2016).

De uma forma geral, a minha rotina fiscal é bastante complexa e demanda sempre uma postura bem enérgica. Ao chegar na GEREFI recebemos nossa rota diária, planejada pela sede em parceria com os assistentes de fiscalização. Para este primeiro momento, tenho uma ressalva, pois gostaria que as rotas fossem elaboradas com a participação mais ativa dos fiscais de campo, já que somos nós que conhecemos o território a ser fiscalizado, os locais com mais ou menos riscos sanitários. Acho que caberia um maior planejamento e diálogo entre a sede e os fiscais de campo.

Após recebermos a rota, saímos para o campo. É no campo, onde exercemos de fato o nosso trabalho. Alguns dias mais tranquilos, outros mais apreensivos, fatos inerentes à atividade de fiscalização. Ressalto, neste momento, o esforço de encontrar o equilíbrio entre o que a legislação exige e o bom senso junto ao fiscalizado. Tarefa bem árdua, já que, especificamente, na área de alimentos encontramos um público bem divergente de conhecimento e capacidade de compreensão das boas práticas sanitárias. O que gera muitas vezes, autos de infração, interdições, apreensões. Atividades estas comuns a rotina do fiscal, mas que não deixam de gerar certa indisposição entre o fiscal e o fiscalizado. Muitas vezes, o fiscal é considerado inimigo da sociedade, em especial do setor regulado.

E, por fim, a finalização da rota, onde encerramos no sistema Fiscalize as OS (Ordens de Serviços) do dia. É importante registrar que o sistema Fiscalize

ainda encontra-se em desenvolvimento. A versão 2, exige muito do fiscal. Desde o preenchimento dos dados do fiscalizado até anexar os termos lavrados. Este ponto também é muito importante a colaboração dos fiscais de campo para a construção de um sistema eficaz.

Resumindo: a rotina do fiscal não é nada fácil (FISCAL 9).

...Ao chegarmos no estabelecimento, quando se encontra em funcionamento, entramos, apresentamo-nos e em seguida adentramos a cozinha. Em algumas vezes, a liberação para entrar na cozinha ou no estabelecimento é demorada e, nesses casos, torna-se necessário explicar mais detalhadamente a ação e/ou contra-argumentar os responsáveis pelo estabelecimento para conseguirmos o acesso.

Após a inspeção, preenchemos o instrumento fiscal, explicamos o documento, coletamos a assinatura, digitalizamos o documento e, por fim, o entregamos aos responsáveis. Assim, sucessivamente, acontece nas próximas inspeções, cerca de três ao todo. Quando fechado o estabelecimento, preenchemos o documento descrevendo o possível motivo do fechamento.

Após terminadas as inspeções possíveis de serem concluídas dentro nosso expediente, retornamos à GEREFI. Respondemos virtualmente as ordens de serviço no sistema após chegar na Gerefi, às vezes, respondemos em casa. Após responder virtualmente, devolvemos para chefe os documentos elaborados na ação de fiscalização (FISCAL 8).

A rotina inicia na chegada à regional, onde verificamos qual rota vai ser realizada (na maioria das vezes conseguimos consultar com antecedência). Com a rota em mãos vamos aos estabelecimentos previamente descritos na demanda. Em cada local realizamos a inspeção de acordo com a orientação da demanda. Finalizada a rota, retornamos à regional para responder no sistema (FISCAL 5).

Esquematizando em resumo a prática fiscal:

- 1- Na GEREFI faz análise da rota com as respectivas ordens de serviço do dia;
- 2- Saída a campo para inspeções sanitárias, sendo verificado: condições estruturais, equipamentos, funcionários/pessoal, documentação e procedimentos baseados nas legislações vigentes, principalmente, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 216/2004 (ANVISA), média de três locais inspecionados por dia, com lavraturas dos termos cabíveis e/ou intervenções imediatas como apreensão de alimentos vencidos.
- 3- Retorno à GEREFI, para responder no sistema as ordens de serviço, em que se se faz o preenchimento de todo um questionário sobre o estabelecimento inspecionado com o devido despacho do fiscal e cadastro dos termos lavrados.

Depreende-se, pelas falas, que o trabalho do fiscal de campo vai muito além da inspeção das condições sanitárias *in loco*, faz-se necessário o domínio das ferramentas tecnológicas (computador, smartphones) e de informações antes e após ida ao campo. As ordens de serviço são respondidas tanto nos locais de trabalho quanto em casa, devido à escassez de equipamentos. O uso do sistema *Fiscalize*, como ferramenta, está aquém das necessidades e praticidades. O *Fiscalize* é um sistema criado e adotado pela AGEFIS que, além de informatizar os processos fiscais, é um mecanismo utilizado para mensurar a produtividade do fiscal. “Trata-se de uma ferramenta tecnológica desenvolvida pela agência para computar a produtividade de cada fiscal em campo, bem como criar um banco de dados de fiscalizados e do processo fiscalizatório em todas as suas etapas” (VIEIRA, 2020, pg. 74).

Durante as inspeções sanitárias os fiscais identificam e avaliam os riscos sanitários inerentes a cada área por meio da observação sistemática e ordenada dos processos, procedimentos e estruturas dos serviços e produtos de interesse da saúde. E para atuar os profissionais utilizam um conjunto de saberes técnicos, empíricos e culturais (SILVA; LANA, 2016).

11.4 Percepção Fiscal de Vigilância Sanitária de Alimentos de Fortaleza sobre o impacto de sua atuação na proteção da saúde pública

Dentre os objetivos propostos no presente estudo, um dos mais relevantes é a questão da percepção do fiscal como um agente público colaborador na proteção à saúde pública. A percepção geral foi que o trabalho desempenhado pela fiscalização sanitária tem impacto na proteção da saúde da população. Há o reconhecimento da importância de sua atuação frente às situações de risco à saúde que são geradas pelo desrespeito às normas sanitárias. Corroborando com esse entendimento, estudo realizado por Olmeda *et al* (2019) constatou que 97% dos entrevistados - que possuíam perfil semelhante do presente estudo: profissionais de vigilância sanitária da área de alimentos - acreditavam que o papel que exerciam era importante, pois estava diretamente relacionado à prevenção de riscos à Saúde Pública.

Considero que sim. Acredito que ao longo dos anos conseguimos promover uma melhoria nas condições sanitárias de muitos estabelecimentos, seja por promoção de uma mudança de cultura nos locais com uma maior conscientização e incorporação das boas práticas como rotina, seja por receio de ser fiscalizado ao perceber que existe uma fiscalização atuante e com expertise na área para entender melhor e exigir a legislação aplicada (FISCAL 3)

Sim. A existência da fiscalização, por si só, é capaz de intimidar ações que causem risco à saúde da população por receio de sanções ao infrator e acredito que esse fato é o de maior impacto de uma forma geral.

Efetivamente, pode-se citar situações em que a ação de fiscalização impediu, através de medidas como a interdição cautelar, a produção e comercialização de produtos alimentícios possivelmente contaminados ou outras situações em que houve a apreensão de alimentos contaminados (comprovados em laudos laboratoriais) (FISCAL 4).

Ação fiscal pode, por vezes, passar despercebida, tanto por falta de consciência dos riscos sanitários quanto pela falta de divulgação e reconhecimento seja pelos órgãos gestores, mídia e própria população, que em muitas ocasiões, por falta dessa consciência, se coloca contra a ação fiscal. Diferentemente de outros profissionais de saúde, os fiscais de VISA agem, na maior parte das vezes, diante da possibilidade de um agravo à saúde, o que pode tornar sua ação menos reconhecida e evidenciada. Captar as condições de vida e trabalho qualifica de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito da saúde e da doença.

O principal foco do trabalho da vigilância sanitária é garantir a proteção e a promoção da saúde à população, contando com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo em todo tipo de problema sanitário que possa afetar a relação entre meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços à comunidade. A partir de sua definição, a ação da fiscalização sanitária tem por sentido essa proteção. A percepção positiva do resultado de sua ação qualifica essa relação como realização concreta, considerando que a consciência é por ela gerada, a partir da interpretação da realidade cotidiana, “(...) *das pequenas e continuadas lutas diárias*” (GOMES, 2004, p. 54).

11.5 Dificuldades ou limitações vivenciadas

O serviço público, em muitas instâncias, possui carências sejam estruturais sejam de pessoal. A fiscalização, em especial, exige um mínimo de condições (carros, termos, apoio) para que possa ir ao campo e exercer suas atividades de modo satisfatório. Para além das questões materiais, os pontos levantados pelas fiscais abordam temas relacionados com a insegurança, seja pela violência física ou moral; deficiência de capacitação; falta de continuidade das ações; morosidade nos julgamentos dos autos; entre outros.

- Conseguir realizar uma inspeção de qualidade e cumprir todas as OS's do dia;
- A falta de um código sanitário para a cidade de Fortaleza;
- Aplicar a legislação sanitária em estabelecimentos de padrões socioeconômicos muito baixos;
- A mudança constante nas legislações;
- A negligência dos proprietários dos estabelecimentos quanto à manutenção de uma estrutura física adequada e à adoção contínua de boas práticas de manipulação. Só se regularizam após serem inspecionados e mesmo já cientes das normas que devem ser cumpridas, voltam a infringi-las.
- Fazer o papel que deveria ser dos consultores (nutricionistas/eng. de alimentos) e dos RTs pelas empresas, durante a inspeção.
- Medo e sensação de insegurança em inspecionar determinados tipos de estabelecimentos e em determinados bairros da cidade.
- Não haver planejamento para realizar busca ativa de estabelecimentos que nunca foram inspecionados (Fiscal 1).

As dificuldades já citadas típicas do exercício da fiscalização, onde encontramos uma sociedade desinformada e que tem a cultura de achar que a fiscalização é inimiga da população. O que torna a rotina de trabalho bastante cansativa. Além das dificuldades que a própria gestão cria, como o fato de incentivar o uso de táxi durante as inspeções. Não consigo aceitar como a administração cogita propor a fiscalização o uso de táxis. Tal fato gera muita insegurança ao fiscal. Como interditar estabelecimento, apreender produtos utilizando táxis? É um risco eminente ao fiscal.

Outro ponto é o distanciamento entre a sede e os fiscais de campo já citado anteriormente. Algumas ações são cobradas, sem um planejamento conjunto entre a sede Agefis e os fiscais de campo. Sinto como se existisse uma competição. O que deveria ser ao contrário. Imagino como o nosso trabalho cresceria se de fato o diálogo e a parceria entre a sede e os fiscais de campo fossem priorizados (Fiscal 9).

As dificuldades ou limitações vivenciadas pelos fiscais seguem similarmente as abordadas no trabalho realizado por Melo (2020; pg. 111), as fragilidades reiteradamente citadas pelos fiscais de VISA foram “a falta de veículos oficiais; utilização de táxi para realizar as inspeções; a falta de estrutura nas GEREFIS; número de fiscais insuficientes e a participação restrita dos fiscais de VISA na gestão da AGEFIS”. A falta de diálogo e participação ativa dos fiscais nas ações planejadas pela agência acaba gerando um descompasso entre que a sede pensa e o que executado na prática pelos fiscais.

Quadro 5- Dificuldades listadas pelas Fiscais

Fiscal	Dificuldades
1	A falta de um código sanitário para a cidade de Fortaleza;
	Aplicar a legislação sanitária em estabelecimentos de padrões socioeconômicos muito baixos*
2	Quantidade limitada de fiscais;
	Capacitação insuficiente dos fiscais*
3	Dificuldade em acessar locais dominados por facções, o que limita a ação fiscal, pois na rotina, não andamos com apoio de segurança.
	... questão periférica se dá pelo fato de muitos estabelecimentos pertencerem a pessoas de baixa renda, com dificuldades financeiras para cumprir as exigências da legislação, que acaba tendo as mesmas exigências para grandes e pequenos
4	Mudanças frequentes e, por vezes, repentinas das legislações*.
5	Falta de compreensão de alguns cidadãos que não nos recebem bem*.
6	Ausência de carros*
	Falta de computadores*
7	A falta de continuidade das ações fiscais no que se refere aos estabelecimentos autuados, os julgamentos são tardios...*
8	A constante mudança de chefia (sete em cinco anos) e a maioria sem conhecimento de fiscalização, especialmente de vigilância sanitária...
	Falta de uma política pública de fiscalização e alinhamento à política pública de saúde pública.
	Ausência de educação sanitária à sociedade...
	Falta de conhecimento e comprometimento da gestão da AGEFIS com o tema Vigilância Sanitária
9	Maior planejamento e diálogo entre a sede e os fiscais de campo*
	... o uso de táxi durante as inspeções
10	A necessidade de atingir uma meta de produtividade acaba prejudicando o desenvolvimento de uma fiscalização completa, fazendo o fiscal focar mais na demanda.
11	Incompreensão da sociedade sobre o trabalho da vigilância sanitária e sua relevância para a promoção e proteção à saúde
	...exposição do fiscal a situações de risco em locais perigosos

Fonte: elaboração própria.

*Dificuldades respondidas mais de uma vez.

Trabalho realizado por Sales Neto, Gondim, Batista e Lopes (2018) com trabalhadores da Vigilância Sanitária de Fortaleza identificou achados equivalentes sobre as dificuldades para a execução do trabalho, sendo as mais citadas em termos recursos materiais e humanos apontaram insuficiência de veículos e de trabalhadores, respectivamente; sobre gestão de trabalho destacaram-se a falta de aplicação das penalidades, planejamento deficiente e capacitação insuficiente. Vale destacar que o referido estudo foi realizado em 2014, quando os fiscais de VISA ainda estavam lotados na Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA). Situações que demonstram que, mesmo após a criação da AGEFIS como um órgão específico de fiscalização, o quadro de dificuldades a serem superadas permanecem.

Situação também não distinta da encontrada por Olmeda et al (2019) em Curitiba, cujos profissionais que trabalhavam na vigilância sanitária não dispunham de equipamentos em quantidade adequada para realizar as ações de inspeção e os recursos disponibilizados não eram suficientes para o desenvolvimento das ações de VISA, não havendo dados separados por área de atuação da VISA, em especial da área de alimentos.

Dentro do rol de dificuldades ou limitações vivenciadas pelas fiscais destaca-se também a insegurança durante as fiscalizações, principalmente nas áreas mais periféricas da cidade, dominadas por facções criminosas. Os índices de criminalidade no Brasil como um todo, mas em especial no Ceará, são elevadíssimos, sendo que nos últimos anos, ocorreu um agravamento da situação da segurança pública e do sistema prisional do estado, situação intimamente relacionada, dentre outros aspectos, à migração, à criação e ao fortalecimento de facções criminosas (SOUSA; NUNES; BARROS, 2020).

O grave problema da insegurança pública limita a liberdade civil, o que acaba refletindo em todos os aspectos da vida social, trazendo limitações principalmente de mobilidade, quando se tenta evitar locais mais perigosos, onde o aparato estatal muitas vezes nem chega. “A disfuncionalidade da democracia brasileira é, porém, mais ampla e profunda, espalhando-se no plano dos direitos políticos, econômicos, sociais e culturais” (WEICHERT, 2017, pg. 109).

Com relação às opiniões sobre a meta de produtividade, “que acaba prejudicando o desenvolvimento de uma fiscalização completa, fazendo o fiscal focar mais na demanda” (Fiscal 10). Ponto também questionado nos achados de Vieira (2020), em que a AGEFIS, seguindo uma lógica mercadológica no serviço público,

estipula metas difíceis de serem cumpridas com qualidade, “além de um conceito de eficiência baseado na magnificação de resultados numéricos”. Para a fiscalização como um todo, mas em especial na área de VISA, o atendimento da demanda da sociedade de modo satisfatório deve ser a principal preocupação e prioridade, e não cumprimento de uma meta quantitativa.

Foi levantada a falta de um código sanitário para a cidade de Fortaleza, na verdade existe um Código de Saúde do Município de Fortaleza, composto por 43 artigos, porém é de 1977, anterior à Constituição Federal e à Lei de criação do SUS, praticamente não utilizado por não contemplar a magnitude de serviços de interesse à saúde e suas especificidades quanto ao risco sanitário.

11.6 Aspectos relevantes para um melhor desempenho na atuação fiscal

Tendo por base os fatores que limitam ou dificultam a ação fiscal, as respostas nesse quesito foram propositivas para uma melhoria das condições da fiscalização como: maior apoio de segurança, maior disponibilização de veículos oficiais, modernização dos equipamentos, como uso de tablets, comunicação mais eficiente entre sede AGEFIS e fiscais nas GREFIS, capacitações e padronização das ações, maior participação dos fiscais no desenvolvimento de procedimentos e roteiros de inspeção, divulgação positiva das ações de fiscalização.

Apoio de profissionais de segurança (ex. policiais, guarda municipal), apoio de capatazia, disponibilidade de veículos e local adequado/equipamentos de refrigeração para apreensão de alimentos. Instrumentos de trabalho modernos (ex. tablets) que otimizassem o tempo e trabalho do fiscal para não termos que fazer o retrabalho de digitação dos termos lavrados (Fiscal 1).

Uma divulgação positiva das ações da fiscalização e não apenas a divulgação punitiva; julgamentos mais rápidos dos autos de infração; redução da quantidade de termos a serem preenchidos em cada local (ex: autuação e interdição em um só termo fiscal).

Locais interditados deveriam ser melhor acompanhados pela AGEFIS. Hoje os estabelecimentos descumprem as interdições e nenhuma medida é tomada pela agência, de modo que o fiscal volta posteriormente ao local, em uma futura inspeção e o responsável pelo local não se sente motivado a se

adequar já que entende que nem mesmo a medida mais dura (interdição) foi de fato efetivada (Fiscal 7).

Dentre os pontos levantados para a melhoria no desempenho da função fiscal, destaca-se o aspecto educativo das capacitações. Considerando esta observação e a relevância do tema, os participantes do trabalho realizado por Marques e Rabelo (2020) destacaram a importância da educação permanente e continuada e a participação no planejamento e gestão das ações. O incentivo da gestão municipal na qualificação profissional deveria ser constante, principalmente levando-se em consideração a natureza dinâmica da fiscalização, a diversidade de serviços em que atua e as constantes modificações da legislação sanitária (SALES NETO; GONDIM; BATISTA; LOPES, 2018).

O Ministério da Saúde definiu uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) que se configura como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, no contexto real em que ocorrem. “A EPS considera a prática como fonte de conhecimentos e de problemas, problematizando o próprio fazer; coloca os trabalhadores como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação” (MARQUES; RABELO, 2020, pg. 7). O processo de Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta essencial para a “superação e o empoderamento das equipes, para organização do processo de trabalho”. Torna os profissionais mais valorizados, interessados e participativos para o enfrentamento das dificuldades individuais e coletivas no trabalho (GUIMARÃES; CORVINO, 2016, pg. 63).

11.7 Principais irregularidades sanitárias/riscos sanitários constatados na ação fiscal.

Quando se fala em irregularidades sanitárias, são situações que contrariam ou não estão de acordo com as determinações das normas sanitárias. A identificação e a redução de riscos buscam reorientar e adequar as estratégias de intervenção para defesa e proteção da saúde. A vigilância sanitária utiliza-se de vários instrumentos para intervenção e prevenção de riscos, entre eles a fiscalização, que vai a campo

verificar o cumprimento e a aplicação das normas sanitárias, as irregularidades constatadas podem se configurar em ocorrências de risco à saúde (FREITAS; SANTOS, 2013).

Identificar as experiências do campo pode levar à reflexão sobre a promoção da segurança sanitária alimentar, inserida dentro do conceito de segurança alimentar que transcende o aspecto quantitativo e biologicista inerente à segurança sanitária e assume a ideia de qualidade de alimentos isentos de contaminantes, não somente biológicos e genéticos, mas também físicos e químicos (AZEVEDO; RIBAS, 2016).

Alimentos fora da temperatura adequada de conservação /armazenamento, ineficiência ou ausência de capacitação dos manipuladores em boas práticas, ausência de pia completa para lavagem de mãos e falta de higiene e organização das instalações (Fiscal 2)

Limpeza e organização insatisfatória dos ambientes de trabalho, incluindo risco de contaminação cruzada pela desorganização dos setores de manipulação; higiene incorreta de frutas e vegetais a serem consumidos crus (Fiscal 4).

As principais não conformidades sanitárias descritas foram: higiene precária das instalações e equipamentos, falta de pia para higienização das mãos, alimentos acondicionados fora da temperatura recomendada, alimentos armazenados de forma inadequada (sem identificação), descongelamento efetuado em temperatura ambiente, higienização incorreta de frutas e verduras consumidas cruas, produtos de origem animal (queijo, carnes, mel) sem selo de inspeção, presença de pragas, falta de documentação (ou desatualização) (análise da potabilidade da água, capacitação dos manipuladores de alimentos).

Publicação da Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina (2017) cita alguns fatores similares que influenciam na contaminação dos alimentos por agentes patogênicos, sendo eles: pessoas infectadas; práticas inadequadas de manipulação; ingredientes crus contaminados; falta de limpeza e desinfecção dos equipamentos; alimentos sem procedência; aditivos acidentais e intencionais; saneamentos deficientes; preparação de alimentos com excessiva antecipação; descongelamento inadequado; conservação inadequada de alimentos quentes.

As práticas inadequadas durante o processamento dos alimentos podem facilitar a contaminação, a sobrevivência e a multiplicação de micro-organismos

causadores de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) (MARMENTINI; RONQUI; ALVARENGA, 2015).

O manipulador de alimentos tem grande influência na alimentação e tem papel fundamental na segurança alimentar, porém pode se tornar uma fonte de contaminação dos alimentos produzidos, pois, em contato com os mesmos da origem até o consumo, pode se tornar um transmissor de agentes patogênicos. Uma manipulação errada e o desleixo em relação às diretrizes higiênicas favorecem a contaminação causadora de doenças infecciosas em seus hospedeiros nas condições favoráveis à sua sobrevivência e desenvolvimento (SILVA; SANTOS; SOARES, 2017, OMS, 1989).

Trabalho de revisão, realizado por Ferreira e Franco (2021), sobre as produções científicas nacionais e internacionais que tratam da importância das boas práticas de manipulação dos alimentos em restaurantes, verificou que métodos de higiene, feitos pelos colaboradores, quando bem treinados e efetuados, são bastante eficazes quanto à preservação dos alimentos. E destaca que os estabelecimentos alimentícios, quando são supervisionados por técnicos como nutricionistas ou tecnólogos de alimentos, executam os procedimentos corretamente.

De acordo com a Comissão do Código Sanitário da Junta da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a higiene dos alimentos compreende as medidas preventivas necessárias na preparação, manipulação, armazenamento, transporte e venda de alimentos, para garantir produtos inócuos, saudáveis e adequados ao consumo humano (OMS, 1968).

Marins, Tancredi e Gemal (2014) enfatizam que a higiene e a fiscalização dos alimentos constituem um serviço indispensável para saúde pública, complementar da nutrição, que estuda os processos de conservação dos produtos alimentícios e as alterações, adulterações e falsificações que eles podem sofrer, tanto *in natura* quanto depois de preparados, e estabelece normas práticas de apreciação e vigilância.

11.8 Instrumentos de trabalho mais efetivos para regularização das infrações sanitárias

Diante das irregularidades sanitárias, os fiscais devem agir utilizando-se do poder de polícia administrativa e das ferramentas legais disponíveis. Para as intervenções, a fiscalização dispõe dos termos fiscais, documentos que podem gerar penalizações ou a obrigação de fazer.

De acordo com Silva e Lana (2016, pg. 4).

A utilização dos instrumentos necessários para a realização do trabalho é definida como a técnica ou instrumentalidade que envolve a habilidade desta utilização, dando a singularidade ao trabalho. A utilização dos meios de trabalho, ou seja, a técnica é orientada por uma racionalidade instrumental, o saber-fazer, que envolve a habilidade e capacidade de utilização dos instrumentos e saberes no ato do trabalho.

O termo fiscal relatado como mais aplicado e efetivo para regularização das não conformidades sanitárias constatadas foi a Notificação, termo fiscal que descreve as providências legais a serem sanadas e concede um prazo para que o estabelecimento se regularize. O prazo pode variar de 2 a 30 dias, podendo ser estendido pela chefia quando solicitado e justificado.

Notificação. Pois o fiscalizado compreende, na maioria das vezes, o que deve ser resolvido e o problema é solucionado com mais eficácia (Fiscal 5).

A outra ação também considerada efetiva é a Interdição, que gera um Auto de Infração e o Termo de Interdição, ficando o estabelecimento todo ou em parte interditado, com sua atividade suspensa, medida considerada mais extrema, porém efetiva para regularização de situações de grave risco à saúde.

Interdição certamente é o mais difícil e perigoso de ser aplicado, porém o mais eficaz na minha opinião. Porque a demanda pela desinterdição rápida traz resultados imediatos (FISCAL 2).

Para além da verificação do cumprimento às normas sanitárias, as ações fiscais levam em consideração o contexto do problema a ser enfrentado. O tipo de abordagem pode sofrer diferenciação de acordo as interpretações com aspectos econômicos e sociais; tendo como foco principal a eliminação ou correção do risco

sanitário. Lana e Silva (2016) consideram que além do contexto, a intervenção da autoridade sanitária avalia a gravidade do risco, assim como a pertinência da intervenção escolhida e os recursos disponíveis no momento da ação para que o risco possa ser controlado.

11.9 Avanços ou mudanças do quadro sanitário desde a atuação dos fiscais especialistas ingressos no concurso de 2010

Levando em consideração o marco temporal de 10 anos do concurso para fiscais do município, e a chegada de fiscais especialistas para atuarem na vigilância sanitária, criou-se a expectativa que a chegada de um novo corpo técnico mais qualificado e em maior número, resultaria, por conseguinte, em uma fiscalização dos estabelecimentos realizada de forma mais satisfatória para atendimento das demandas da população.

Tendo como base a percepção dos fiscais participantes, pode-se dizer que houve avanços das condições sanitárias dos locais inspecionados, até mesmo para aqueles que não tiveram uma intervenção direta da fiscalização, levando em consideração que a melhoria de um setor impulsiona toda uma cadeia de estabelecimentos a buscarem se adequar às normas e padrões higiênico-sanitários. Dentro das mudanças resultantes da ação fiscal, ressalta-se também uma mudança de cultura como relata uma fiscal *“...acredito que conseguimos promover uma mudança de cultura, seja ela no âmbito educativo, mudando a cultura de muitos locais que passaram a incorporar as boas práticas em suas rotinas”* ... (Fiscal 3).

...É possível ver a evolução no respeito às normas sanitárias na cidade desde o ingresso de fiscais especialistas, isso porque a fiscalização se tornou mais criteriosa e focada em processos e segurança alimentar e não apenas em estrutura física (Fiscal 8).

Sim. A presença de fiscais especialistas fizeram e faz toda a diferença na fiscalização do município de Fortaleza. O conhecimento técnico e específico dos fiscais de VISA tem contribuído visivelmente para uma melhor qualidade dos serviços prestados à população, desde uma simples mercearia até grandes indústrias (Fiscal 9).

Importante destacar que o aumento do número de locais inspecionados em conjunto com um maior rigor ao atendimento das normas sanitárias, fez impulsionar o mercado de consultorias na área de alimentos, profissionais com *expertise* na área de alimentos que auxiliam os locais a cumprirem e manterem as determinações das boas práticas de manipulação e comercialização de alimentos.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito do tema estudado por essa dissertação foi avaliar a atividade da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde da população, valendo-se da percepção, das vivências no campo de um dos principais atores envolvidos, o fiscal.

A partir da reforma sanitária, o Brasil vem construindo seu Sistema Único de Saúde, pautado no atendimento integral à saúde pública e por princípios de justiça social. Os problemas enfrentados por nossa realidade sanitária e social aumentam as demandas e a responsabilidade de profissionais e gestores em enfrentar as inúmeras necessidades e riscos impostos à população.

Dentro de escopo das atribuições da VISA, a promoção da saúde como campo de ação propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação da assistência a doenças e assume a saúde em seu conceito amplo de qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está na união de forças e mobilização da sociedade. Por esses aspectos, as ações de promoção e prevenção à saúde tem o potencial de ruptura da lógica hegemônica, do biomédico, curativista e do cuidado individual desfragmentado. Com a maior parte dos recursos públicos em saúde voltados para essas ações em detrimento de ações de promoção e prevenção de doenças (BRASIL, 2002; LAVIOLA, 2010).

O trabalho em saúde tem papel central na dinâmica da vida em sociedade, “como prática social necessária à reprodução da força de trabalho” (SOUZA; COSTA, 2010, pg.2) sob o ponto de vista do capital. A vigilância sanitária tem sua atuação voltada para os riscos atuais e potenciais, gerados por essa dinâmica, tendo como propósito a promoção e proteção da saúde contra doenças ou agravos. Assim, intervindo sobre objetos de trabalho (alimentos, medicamentos, serviços, tecnologias) com a fiscalização atuando diretamente sobre os riscos gerados por essas produções sociais.

A VISA desempenha seu papel entre os espaços das relações entre saúde x mercado. A prática da fiscalização encontra-se nos confrontos de suas condições materiais de existência e das relações de dominação existentes (trabalho e capital). A defesa da saúde pública deve se sobrepor ao interesse privado.

Na área de alimentos, parte vital para manutenção da vida, existe uma gama de riscos, do campo ao prato, aos quais a população pode estar exposta. A fiscalização age como um braço estatal no enfrentamento desses riscos, sendo que muitos desafios são impostos para a execução dessa tarefa. O reconhecimento, por parte das participantes, da importância de sua atuação na defesa da saúde pública, assim como da relevância de sua capacidade técnica, demonstra o grau de consciência da relevância pública de sua atuação, mesmo diante de dificuldades: estruturais, exposição a riscos, de valorização, indicando que existe a necessidade de fortalecimento do trabalho dessa categoria profissional e reconhecimento como agentes transformadores da saúde pública.

No caso dos fiscais especialistas da VISA, a falta de integração e participação nos procedimentos e ações desenvolvidas pela AGEFIS resulta em falhas na comunicação e na execução das ações. Pode-se considerar que o conhecimento e a capacidade de contribuição dos fiscais são subestimados quando não aproveitados em suas competências. Outras preocupações geradas pela falta de estrutura adequada e a cobrança por alcançar a meta para produtividade, podem acabar precarizando a atuação da fiscalização e, por conseguinte, a defesa da saúde da população.

A precarização do serviço público, em especial da fiscalização, no atual contexto político e econômico neoliberal, aliado com o modelo gerencialista de gestão na administração pública que prioriza metas, números à qualidade do serviço prestado. Acaba tendo como resultado na prática a desqualificação dos trabalhadores e do serviço público.

Essa desqualificação fica ainda perceptível quando há falta de capacitação e de diálogo entre a agência e os fiscais das GREFIS. As considerações de Souza *et al* (1991) apontam que as organizações sofrem influências *político ideológicas* de seus grupos dirigentes o que, no caso da AGEFIS, tendem a seguir o modelo hegemônico, incluindo-se ainda, o fato de se negligenciar o estímulo a processos educativos e participativos voltados aos seus trabalhadores.

O contexto atual de ataques ao serviço público, particularmente ao servidor público, com retirada de direitos dos mais vulneráveis, enquanto uma casta de privilegiados permanece intocável e os reais problemas do país são propositalmente ignorados pelos que se acham donos do poder. As categorias fiscais, no atual governo

federal, são ainda mais atacadas, seja por falta de apoio ou por críticas infundadas. Uma tentativa de proteger setores privados em detrimento do interesse público.

Em momentos de graves crises, como a pandemia por COVID-19, é imprescindível a atuação do Estado, o trabalho da fiscalização foi e é essencial para o controle de doenças e agravos a saúde. Nesse momento, a fiscalização recebeu grande destaque nas mídias pelas ações de combate a aglomerações e cobrança de cumprimento dos decretos de enfrentamento da COVID-19. As medidas de controle sanitário foram e são importantes aliadas para o combate ao coronavírus.

A fiscalização das atividades urbanas e vigilância sanitária do município de Fortaleza alcançou novo patamar com o ingresso de um novo corpo técnico e com a criação da AGEFIS. Houve avanços, mas ainda persistem muitas questões para serem corrigidas, aperfeiçoadas e muitos pontos para avançar. Os desafios impostos à fiscalização devem ser encarados e enfrentados pela perspectiva de seus principais atores, os fiscais, com base nas reais necessidades dos serviços, quando voltados para o bem do interesse público.

Pode-se concluir que, pela relevância do trabalho da fiscalização da vigilância sanitária na proteção à saúde, essa é uma área que merece ser aprofundada e avaliada em todos seus aspectos. Em especial, acerca do trabalho em campo, onde se concretiza toda a fundamentação teórica das normatizações criadas, considerando suas especificidades quanto aos agentes envolvidos, os objetos, meios de trabalho e finalidade.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando; DIAS, Minhoto Laurindo; ALVES, Costa Ediná (org.). Poder de polícia e vigilância sanitária no Estado Democrático de Direiot. In: COSTA, Ediná Alves. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 37-60
- ALIMENTARIUS, Codex. Higiene dos alimentos–Textos básicos. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2006.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. O conceito de saúde e a Vigilância Sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. In: COSTA, A.E. **Vigilância Sanitária desvendando o enigma**. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 19-43.
- ALMEIDA, Mirella Dias; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Feira livre e risco de contaminação alimentar: estudo de abordagem etnográfica em Santo Amaro, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 110, 2014.
- ALVES, Sandra Mara C. **Processo de Participação da sociedade civil nas consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2000- 2006)**. Dissertação (Mestrado em Política Social)- Universidade Brasília, 2008.
- ALVES, Cristina Garcia Lopes; MARTINEZ, Maria Regina. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 56, p. 159-169, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1336>.
- AZEVEDO, Elaine de; RIBAS, Maria Teresa Gomes de Oliveira. Estamos seguros? Reflexões sobre indicadores de avaliação da segurança alimentar e nutricional. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 241-251, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000200008>.
- BARBOSA, Ana de Oliveira; COSTA, Ediná Alves. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 03, p.3361-3370. Mai. 2011.
- BARROS, Ana Paula Ferrari de Lemos. **Saúde, sociedade e imprensa: a visibilidade do cidadão na cobertura da vigilância sanitária. 2007**. Dissertação (Mestrado em Comunicação) -Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- BARROS, Rosires Magali Bezerra de. **Análise das relações de poder na descentralização da vigilância sanitária do município de Natal/RN**. 2016. 149f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo: A transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. 200 p.

BERGER, Johannes; OFFE, Claus. **A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviços. Trabalho e sociedade:** problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, v. 2, p. 11-53, 1991.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A Instrução Normativa – IN nº 66, de 1º de setembro de 2020. Dispõe sobre a lista de Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE sujeitas à vigilância sanitária por grau de risco e dependente de informação para fins de licenciamento sanitário. **Diário Oficial da União.** Brasília, Distrito Federal, 2020a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 153 e Instrução Normativa nº 16 de 20 de abril de 2017. Dispõe sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária, para fins de licenciamento. **Diário Oficial da União.** Brasília, Distrito Federal, 2017.

BRASIL. Ministério da Economia. Resolução 55, de 21 de maio de 2020. Dispõe sobre a definição de baixo risco para os fins da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. **Diário Oficial da União.** Brasília, Distrito Federal, 2020b.

BRASIL. Lei n.8.080 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 da União,** Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei de Segurança Alimentar e Nutricional: conceitos. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Brasília: Consea, 2006. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/consea/biblioteca/publicacoes/cartilha-losan-portugues>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 207, de 3 de Janeiro de 2018** (Publicada no DOU nº 4, de 5 de janeiro de 2018) Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA Nº 18/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA. Covid-19 e as Boas Práticas de Fabricação e Manipulação de Alimentos.** 06 de abril de 2020d.

BRASIL. Decreto-lei nº 986, de 21 de outubro de 1969. Institui normas básicas sobre alimentos. **Diário Oficial da União,** Brasília, n. 202, seção 1, p. 8.935, 1969.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 1999.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº. 8080. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei 8078, de 11 de setembro de 1990, Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual integrado de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde e a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança dos Alimentos, responsabilidade de todos! Dia Mundial da Segurança dos Alimentos**, 08 de Junho de 2020. Disponível: <http://bvs.saude.gov.br/component/content/article?id=3205>. Acesso em: 10 out. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Surtos de doenças transmitidas por alimentos no Brasil**. Brasília. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária – 2004**. Acessado pelo endereço eletrônico www.anvisa.gov.br.

BRASIL. SINAN. **Sistema de informações de agravos de notificações**. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/> Acesso em: 15 maio de 2019.

BURITY, Valéria et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Abrandh, 2010.

CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF)-Bahia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 219-232, 2013.

CARVALHO, Alba Maria Pinho. Estado e políticas sociais no Brasil contemporâneo. **Rev Polític Públicas**. 2002;6(1):41-66. Disponível em: [233143463.pdf](https://www.core.ac.uk/files/143463.pdf) (core.ac.uk). Acesso em: 13 jun. 2021.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Foodborne Germs and Illnesses. 2018. Disponível: <https://www.cdc.gov/foodsafety/foodborne-germs.html>. Acesso em: 20 out. 2020.

CEARÁ. Lei nº 10760, de 16 de dezembro de 1982. Dispõe sobre o sistema de saúde do estado do Ceará e aprova a legislação básica sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ceará, CE: **Diário Oficial do Estado**, 17 dez. 1982.

COHEN, Mirian Miranda; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. **Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena**, Estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 7, n. 3, Sept. 2004.

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 995-1004, jun. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013321>. Acesso em: 31 mar. 2019.

COSTA, Edna Alves., org. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA. 237 p. 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6bmrk>. Acesso em: 18 mar. 2019.

COSTA, Edna Alves. **Vigilância sanitária e proteção da Saúde**. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004. 496 p.

COSTA. Regulação e vigilância sanitária para a proteção da saúde. In: Vieira, F. P.; REDIGUIERI, C. F.; REDIGUIERI, C.F. (org). **A Regulação de Medicamentos no Brasil, Porto Alegre**: Editora: ARTMED; p.21-37. 2013.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.15-40.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, jun. 2011. GN1 Genesis Network. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200023&script=sci_arttext. Acesso em: 07 ago. 2020.

SETA, Marismary Horsth de; DAIN, Sulamis. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 3307-3317, nov. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000900002>.

DIAS, R.s.; BERNARDES, A.F.L.; ZUCCOLI, P.C.. A Importância do Processo de Investigação na Elucidação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA). **Períodico Científico do Núcleo de Biociências**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 17-23, 31 dez. 2011. Instituto Metodista Izabela Hendrix. <http://dx.doi.org/10.15601/2238-1945/pcnb.v1n2p17-23>.

DRAEGER, Cainara Lins. **Incidência das doenças transmitidas por alimentos no Brasil: uma análise de 2007 a 2017**. 2018. 97 f., il. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [S.l.], n. 24, p. 85-116, set. 1991. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-64451991000200006>.

FAO. *The State of Food and Agriculture*, 2000.

FAGNANI, Eduardo; FONSECA, Ana. Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania. **São Paulo: Fundação Perseu Abramo**, 2013.

FERREIRA, Rhaissa Pinheiro; FRANCO, Nathália dos Reis. A IMPORTÂNCIA DAS BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DOS ALIMENTOS AO COMBATE DE DOENÇAS: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, [S.L.], v. 8, n., p. 365-378, 11 mar. 2021. *Revista Interdisciplinar em saúde*. <http://dx.doi.org/10.35621/23587490.v8.n1.p365-378>.

FIGUEIREDO, Ana Virgínia Almeida; RECINE, Elisabetta; MONTEIRO, Renata. Regulação dos riscos dos alimentos: as tensões da vigilância sanitária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 7, p. 2353-2366, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.25952015>

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743-752, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lang=pt#. Acesso em: 26 abr. 2019.

FORTALEZA. Lei Municipal nº 4950, de 30 de novembro de 1977. Dispõe sobre o Código de Saúde de do Município de Fortaleza. **Diário Oficial do Município**. Fortaleza, Ceará, 1977.

FREITAS, Fernanda Pini; SANTOS, Branca Maria Oliveira. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance Under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 43-51, fev. 2013.

GUERRA, Sidney; EMERIQUE, Lílian Márcia Balmant. O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, v. 9, p. 379-397, 2006.

GUILHERME, Daniela de Lima; ESTEVES, Deigilam Cestari. DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS E ÁGUA. **Rev. Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, Ms, v. 14, n. 1, p. 390-401, 2017.

GOMES, Carlos Minayo. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. In: GOMES, Carlos Minayo. **Trabalho e Conhecimento: Dilemas na Educação do Trabalhador**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 43-58.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda. Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas. In: CORBO, Anamaria D'Andrea; FONSECA, Angélica Ferreira (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.87-120.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel**. Porto Alegre: LPM Edit., 1980.

LAVIOLA, Eduardo Cezimbra. **Estado e vigilância sanitária: trabalho, força de trabalho e educação profissional em saúde, no contexto do município do Rio de Janeiro**. 2010, 142 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2010.

LEAL, Cristian Oliveira Benevides Sanches e TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 22, n. 10, 2017.

LUCHESE, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCENA, Regina Célia Borges de. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Rev. Adm. Pública**, [S. l.], v. 49, n. 5, p. 1107-1120, out. 2015 DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7612137128>..

MAGALHÃES, Rosana. REGULAÇÃO DE ALIMENTOS NO BRASIL. **Revista de Direito Sanitário**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 113, 9 mar. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p113-133>. Acesso em: 7 jun. 2020.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; LUCHESE, Geraldo. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 682-692, Apr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 Jan. 2020.

MALUF, Renato. S.; MENEZES, Francisco. Caderno "Segurança Alimentar". In: FÓRUM SOCIAL MUNDIAL, 1., Porto Alegre, 2001. **Anais Porto Alegre: FSM**, 2001. Disponível em: http://ag20.cnptia.embrapa.br/Repositorio/seguranca+alimentar_000gvxlxe0q02w_x7ha0g934vgwlj72d2.pdf. Acesso em: 26 de Setembro de 2020.

MARINS, Bianca Ramos; TANCREDI, Rinaldini C. P.; GEMAL, André Luís (org.). **Segurança alimentar no contexto da vigilância sanitária: reflexões e práticas**. Rio de Janeiro: Epsjv/fiocruz, 2014. 288 p. Disponível em:

[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files /seguranca_alimentar_vigilancia_0.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/seguranca_alimentar_vigilancia_0.pdf). Acesso em: 16 maio 2020.

MARQUES, Maria Cristina da Costa *et al.* **Vigilância Sanitária: teoria e prática**. São Carlos: RiMa, 2006. 226 p.

MARQUES, Cláudia Maria da Silva; RABELO, Claudia Passos Guimarães. Competências para atuação em vigilância sanitária: abordagem metodológica. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 3-13, 30 nov. 2020. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01569>.

MARMENTINI, Regiane Pandolgo; RONQUI, Ludimilla; ALVARENGA, Verônica Ortiz. A importância das boas práticas de manipulação para os estabelecimentos que manipulam alimentos. **Revista Facimed**, v.40, n.8, p. 263- 273. 2015.

MEDAUAR, Odete. **Direito Administrativo Moderno**. 21. ed. São Paulo: Fórum, 2018. 444 p.

MEIRELLES, Hely Lopes de. **Direito Administrativo Brasileiro**. 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2010. 872 p.

MELO, Michelle Reinaldo Cavalcante de. " **Avaliação das Ações de Vigilância Sanitária a partir da Atuação da Agência de Fiscalização do Município de Fortaleza**". 2020.152f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza (CE), 2020.

MENDONÇA, Francisco de Assis, SOUZA, *Adilson Veiga*, DUTRA, *Denecir de Almeida*. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade & natureza**, v. 21, n. 3, p. 257-269, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. **São Paulo: Hucitec**, 2014. 407 p.

MOTTA, Renata Campos. Biopolítica e neoliberalismo: a vigilância sanitária no limite da utilidade para o comércio internacional. **Revista de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 9, 1 jul. 2008. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i2p9-30>.

MORÉ, Carmen. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. **CIAIQ2015**, v. 3, p.126-131, 2015.

MOURA, Eryl Catarina. Direito a saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 101-119, 1996.

OLIVEIRA, Ana Beatriz Almeida de et al. Doenças transmitidas por alimentos, principais agentes etiológicos e aspectos gerais: uma revisão. **Revista HCPA**, Porto Alegre. Vol. 30, n. 3, jul./set. p. 279-285, 2010.

OLIVEIRA, Willian Marques. **O Papel do Estado Brasileiro no Direito Sanitário**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Direito Administrativo. Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, Distrito Federal, 2013.

OLIVEIRA, Amanda Maia de. **Proteção e promoção da saúde através do atendimento de denúncias e solicitações pela ouvidoria da Vigilância Sanitária no município de Fortaleza**. 2012. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Vigilância Sanitária de Alimentos, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

OLMEDO, Patrícia Vitória. *et al.* Perfil dos profissionais de Vigilância Sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 23-32, 28 fev. 2019. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01144>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Aspectos microbiológicos da higiene dos alimentos. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1968.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Métodos de vigilância sanitária y gestión para manipuladores de alimento. Informe de una reunión de consulta de la OMS. Genebra, 1989

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA. **O que você precisa saber sobre a fome em 2012**. Genebra, 2012. Disponível em: <https://www.fao.org.br/oqvpsf2012.asp>. Acesso em: 14 set.2020.

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 10-15, 29 maio 2020. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01530>.

PAIM, Jairnilson Silva. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. 353 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, nov. 2007 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>.

PATAKI, Arion Alvaro. **Poder de Polícia**. Disponível em: <http://www.sadireito.com/index.asp?lr=area.asp&area=5&Pagina=textosT.asp&texto=5615&categoria=1>. Acesso em: 1 ago. 2018.

PAUGAM, Serge (coord). *A pesquisa sociológica*. Petrópolis – RJ, **Vozes**, 2015.

PIOVESAN, MF. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Portaria MS/GM nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências dos entes federados, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2004.

RECINE, Elisabetta *et al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 21-33, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732012000100003>.

ROCHA, Silvio Luís Ferreira da. **VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS E PROTEÇÃO À SAÚDE DO CONSUMIDOR**. 2003. 36 f. Monografia (Pos) - Curso de Especialização A Distância em Direito Sanitário Para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Departamento de Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2003.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. In: **Revista Avaliação de Políticas**, Ano I, v. 1, n.º 1, Escrita Editora, Jan-Jun/2008.

ROZENFELD, Suely., (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 301 p. ISBN 978-85-7541-325-8. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SALES NETO, Manoel Ribeiro de. **“Todos buscamos a melhoria da saúde, mas trabalhamos isoladamente”: integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde**. 2016. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

SALES NETO, M. R. de; GONDIM, A. P. S.; BATISTA, J. S.; LOPES, N. M. de S. Vigilância Sanitária: a necessidade de reorientar o trabalho e a qualificação em um município. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 56-64, 2018. DOI: 10.22239/2317-269x.01176. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1176>. Acesso em: 14 out. 2020.

SAMPAIO JÚNIOR, Plínio de Arruda. **Entre a nação e a barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SANTOS, Célio Máximo Barbosa. **SEGURANÇA ALIMENTAR E ROTULAGEM DE ALIMENTOS SOB A PERSPECTIVA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR BRASILEIRO**. **Percursos Acadêmicos**, Minas no Barreiro, v. 1, n. 2, p. 327-346, jul. 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010. 499 p.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101997000600016>.

SETOR de alimentos lidera estatística. **O Povo**, Fortaleza, 16 maio 2015. Disponível em: ww20.opovo.com.br/app/opovo/economia/2015/05/16/noticiasjornaleconomia,3438726/setor-de-alimentos-lidera-estatistica.shtml. Acesso em: 26 ago. 2020.

SILVA, Ana Valesca Fernandes Gilson; LANA, Francisco Carlos Felix. A instrumentalidade nas ações de vigilância sanitária em Minas Gerais. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S./], v. 4, n. 1, p. 3, 29 fev. 2016. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.3395/2317-269x.00536>.

SILVA, Eliane Pereira; BERGAMINI Alzira Maria Morato; OLIVEIRA, Maria Aparecida Alimentos e agentes etiológicos envolvidos em toxinfecções na região de Ribeirão Preto, SP, Brasil: 2005 a 2008. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.** São Paulo, v. 7, n. 77, p. 04-10, maio 2010.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. Maria Ozanira da Silva e Silva (org). São Paulo: Veras Editora; São Luiz: GAEPP, p. 89 a 177, 2008.

SILVA, Maria Ozanira Silva. Construindo uma proposta metodológica participativa para desenvolvimento da pesquisa avaliativa: uma contribuição da teoria crítica para a prática do Serviço Social. Porto Alegre: **Textos & Contextos**, 2012.

SILVA, Raquel Nunes Almeida da; SANTOS, Ana Paula Lopes; SOARES, Lilian Santos. Avaliação microbiológica das mãos de manipuladores em restaurantes comerciais e institucionais da cidade de Salvador, BA. **Higiene Alimentar**, v. 31, n. 270/271, 2017.

SOARES, Laura Tavares R. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. 630 p.

SOUZA, Gisélia Santana; COSTA, Ediná Alves. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S./], v. 15, n. 3, p. 3329-3340, nov. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000900008>.

SOUSA, Ingrid Sampaio de; NUNES, Larissa Ferreira; BARROS, João Paulo Pereira. Interseccionalidade, femi-geno-cídio e necropolítica: morte de mulheres nas dinâmicas da violência no Ceará. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 48, p. 370-384, ago. 2020.

SOUZA, Alina Maria de Almeida *et al.* Processo Educativo no Serviço de Saúde. Desenvolvimento de Recursos Humanos – OPAS. Brasília, n. 1, p. 245-260, 1991.

TAKAGI, Maya. **A implantação da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: seus limites e desafios**. 2006. 208p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/286223>. Acesso em: 5 ago. 2018.

TANCREDI, R. C. P.; BARRETO, A. F.; TANCREDI, J. G. R. Direito e saúde: a discricionariedade nas ações fiscais da vigilância sanitária de alimentos. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 31-42, 2007.

TANCREDI, Rinaldini C. P.; MARINS, Bianca Ramos. Evolução da higiene e do controle de alimentos no contexto da saúde pública. *In*: MARINS, Bianca Ramos; TANCREDI, Rinaldini C. P.; GEMAL, André Luís (org.). Segurança alimentar no contexto da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. p. 15-36.

TANCREDI, Rinaldini Coralini Philippo. **Aplicabilidade normativa nas ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária Municipal do Rio de Janeiro**. 2006. 64 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8256>. Acesso em: 28 jul. 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 807-817, 2009.

VIEIRA, Tainá Arruda de Lima. **"A Agência de Fiscalização de Fortaleza no Contexto da Dominância Financeira: uma avaliação da política municipal de fiscalização"**. 2020. 161f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza (CE), 2020.

WEICHERT, Marlon Alberto. Violência sistemática e perseguição social no Brasil. **Rev. Bras. Segur. Pública**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 106-128, ago./set. 2017.

WIZBICKI, Leticia de Oliveira. **A SEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL: O USO DE AGROTÓXICOS E A TUTELA DO ESTADO DE DIREITO NA PROTEÇÃO A VIDA**. 2019. 79 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Centro Universitário Curitiba, Curitiba, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Estimates of the Global Burden of Food borne Diseases**. Food borne Disease Burden Epidemiology Reference Group 2007 – 2015a. Geneva, Switzerland. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199350/1/9789241565165_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 10/10/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Estimates of the Global Burden of Food borne Diseases**. Food borne Disease Burden Epidemiology Reference Group

2007 – 2015a. Geneva, Switzerland. 2015. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199350/1/9789241565165_eng.pdf?ua=1
Acesso em: 10/10/2020.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (AGEFIS) À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA




**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a Agência de Fiscalização (AGEFIS) dispõe de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa intitulada "Estudo Avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como Função Primordial na Proteção à Saúde no Município de Fortaleza" a ser realizada pelo pesquisadora Amanda Maia de Oliveira.

Fortaleza, 20 de setembro de 2020.



Júlio Fernandes Santos
SUPERINTENDENTE- AGEFIS
AGÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO DE FORTALEZA

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa:
 Estudo Avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como Função Primordial na Proteção à Saúde no Município de Fortaleza

Informações Preliminares

Responsável Principal

CPF/Documento: 907.869.713-04	Nome: AMANDA MAIA DE OLIVEIRA
Telefone: 85988271881	E-mail: amandanut@hotmail.com

Instituição Proponente

CNPJ:	Nome da Instituição: Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP)
-------	--

É um estudo internacional? Não

Área de Estudo

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

- Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)

- Saúde Coletiva / Saúde Pública

Título Público da Pesquisa: Estudo Avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como Função Primordial na Proteção à Saúde no Município de Fortaleza

Contato Científico: AMANDA MAIA DE OLIVEIRA

Desenho de Estudo / Apoio Financeiro

Desenho:

O estudo será desenvolvido utilizando-se da pesquisa bibliográfico-documental, associado ao estudo descritivo com abordagem qualitativa, onde os dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas. O questionário será direcionado aos Fiscais de Vigilância Sanitária de Alimentos de Fortaleza. Tipo de avaliação interna a qual é empreendida por avaliadoras pertencentes à própria instituição executora do projeto.

Apoio Financeiro

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo
				Financiamento Próprio

Palavra Chave

Palavra-chave
Vigilância Sanitária, fiscalização sanitária, alimentos, segurança alimentar

Detalhamento do Estudo

Resumo:

O presente projeto de pesquisa intitulado "Estudo Avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como Função Primordial na Proteção à Saúde no Município de Fortaleza", encontra-se inserido na linha de pesquisa Políticas Públicas e Mudanças Sociais do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas - UFC. O objetivo do estudo é avaliar a função da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde pública. O estudo será desenvolvido utilizando-se da pesquisa bibliográfica e documental, associado ao estudo descritivo com abordagem qualitativa, seguindo os preceitos da avaliação em profundidade de Rodrigues (2008). Os dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas e análise documental. O questionário será direcionado aos Fiscais de Vigilância Sanitária de Fortaleza especialista ingressos no concurso de 2010. O referido trabalho tem o intuito de poder proporcionar um esclarecimento e divulgação do papel da Vigilância Sanitária de Alimentos na sua atuação fiscalizadora na defesa da saúde pública, assim como uma reflexão quanto a capacidade dessa defesa, frente às variadas realidades que se apresentam como um risco à saúde da população, em especial na área de alimento

Introdução:

A saúde é reconhecida como um direito humano social, expressamente previsto pela Constituição Brasileira de 1988 a qual estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de concretizar esse direito social (BRASIL, 1988). Sendo um dever do Estado, compete a este implementar políticas públicas capazes de garantir à população brasileira o acesso universal a ações e serviços públicos de saúde. Além de ações e serviços de saúde, conforme dispõe o caput do art. 196 da Constituição Federal, o Estado deve atuar no sentido de reduzir os riscos de doenças e agravos à saúde pública; ou seja, deve adotar medidas capazes de garantir a segurança sanitária da população, evitando a disseminação de doenças e eliminando riscos à saúde existentes no ambiente social, em concordância com o conceito de saúde (AITH; MINHOTO; COSTA, 2009). No âmbito do Estado, a realização do dever de assegurar a saúde se traduz pela concepção, criação e implantação de políticas públicas, definidas como "programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado, dentre eles a atuação da Vigilância Sanitária, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados" (ROCHA, 2003). Como área integrante do SUS, a Vigilância Sanitária tem sua ação voltada, sobretudo, para práticas de promoção da saúde e desempenha importante papel na prevenção de riscos, controlando possíveis agravos à população. São ações que contemplam o princípio ético da beneficência, não devendo se limitar às dimensões legais, técnicas e administrativas; contêm especificidades, visto que devem qualificar produtos, processos, serviços e ambientes, incluindo os de trabalho, mas que não se dissociam de outras do campo da saúde na concepção da integralidade do cuidado. (LEAL; TEXEIRA, 2017). A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que cria o SUS, (BRASIL, 1990) define vigilância sanitária em seu Art. 6º, § 1º: Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse de saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo; II – o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde. Por sua definição, compreende-se que a Vigilância Sanitária no Brasil desempenha um papel fundamental na proteção da saúde da população. Como é parte essencial da saúde pública, tem a árdua e incansável tarefa de defender a população contra os interesses de um modo de produção capitalista que busca o lucro, em certos casos, a qualquer custo, mesmo que para isso tenha que colocar a saúde, e até mesmo a vida, de pessoas em risco. Dessa forma, a vigilância atua com o intuito de evitar tais riscos limitando e ordenando interesses individuais pelo bem da população órgão central da coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (DE SETA, DAIN, 2011; BARROS, 2007; BRASIL, 1999). A amplitude desta definição coloca a vigilância sanitária no centro das discussões atuais sobre risco sanitário, globalização e seus efeitos e a desigualdade social crônica na sociedade brasileira. Ao lado de outras áreas e práticas de saúde contempladas na Constituição de 1988 como um direito social, esta política de proteção aos riscos vem sendo ameaçada pelo fortalecimento de um projeto político que tende a minimizar o papel do Estado ante sua responsabilidade social de prover o direito à saúde, e além disso por uma visão deturpada coloca as fiscalizações em geral com um empecilho ao desenvolvimento e a livre iniciativa (MARQUES et al., 2006). As ações de vigilância sanitária são de responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo: União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990). A ANVISA atua no âmbito federal estabelecendo normas gerais, de alcance nacional. Os Estados também podem estabelecer normas para complementar a legislação nacional, cuja aplicação se restringe ao seu território. Os municípios, por sua vez, podem também legislar, de forma a atender às necessidades e prioridades locais. Os órgãos de vigilância sanitária municipais são a instância mais próxima da população e à qual o cidadão deve recorrer prioritariamente sempre que precisar esclarecer dúvidas ou denunciar irregularidades (COHEN; MOURA; TOMAZELLI; 2004; PIOVESAN, 2002). Estudo realizado por Oliveira (2012), sobre o atendimento de denúncias pela ouvidoria da vigilância de sanitária de Fortaleza, verificou que 71% das denúncias eram relacionadas com alimentos. Esse elevado percentual pode ser relacionado pelo grande universo de estabelecimentos que comercializam alimentos, desde quiosques de lanches até grandes redes de supermercado e restaurantes. A mudança dos hábitos alimentares com a população se alimentando cada vez mais fora de casa, a crescente urbanização sem ordenamento e a elevada demanda para produção de alimentos, tem resultado em consequências negativas como o aumento de doenças transmitidas por alimentos (DTA's) em todo o mundo, com relatos de surtos de pequenas, médias e grandes proporções (DIAS; BERNARDES; ZUCCOLI, 2011). Mesmo havendo grande dificuldade de notificação de DTA's, os relatos oficiais demonstram um aumento significativo dessas doenças em escala global (SILVA; BERGAMINI;

OLIVEIRA, 2010). A atuação da fiscalização no atendimento a denúncias, assim como sua atuação preventiva de rotina torna-se imprescindível para que os riscos à saúde sejam evitados ou minimizados. É de competência da Vigilância Sanitária a ação de fiscalizar ou inspecionar alimentos, bebidas, águas do consumo humano, embalagens e matérias-primas alimentares, além dos estabelecimentos industriais e comerciais de alimentos, com o propósito de prevenir riscos à saúde do consumidor (BRASIL, 1999). Diante do exposto, considero ser de fundamental importância o conhecimento e a reflexão das possíveis formas de atuação das políticas públicas na defesa e na promoção da saúde da população. Tendo como base essa promessa, minha formação acadêmica como nutricionista e minha vivência profissional como fiscal de vigilância sanitária na área de alimentos ingressa no concurso realizado em 2010, passei a refletir e questionar sobre a importância da atuação da fiscalização da vigilância sanitária para a defesa da saúde pública, assim como relevância dos recursos humanos, legais e materiais para uma atuação efetiva da saúde da população, essa enquanto detentora do poder de polícia administrativa do Estado, até que ponto nossa legislação permite uma defesa efetiva da saúde da população, levando-se em consideração as diferentes realidades sociais e culturais existentes dentro de um território amplo e diversificado como de Fortaleza. O objeto deste estudo é a fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos no Município de Fortaleza, essa atuação faz parte da política de saúde no Brasil, sendo esta uma área temática ainda pouco estudada, e pouco divulgada, se comparada com outros campos da saúde pública. Segundo Marques et al. (2006), a vigilância sanitária, com a complexidade e extensão de suas funções, precisa problematizar seu campo de atuação e as bases de conhecimento que lhe dão aporte teórico. Como um diverso e complexo campo de práticas construído com o intuito de proteger e promover a saúde e de gerenciar o risco sanitário. As dimensões tecnológicas, políticas, sócias, culturais, econômicas, ambientais, entre outras são inerentes a praticamente todos os espaços de atuação da VISA.

Hipótese:

A atuação da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde.

Objetivo Primário:

O objetivo geral do estudo é avaliar a função da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde.

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos são: I - descrever o perfil e forma de atuação dos fiscais da Vigilância Sanitária da área de alimentos, II - identificar os possíveis fatores que limitam ou dificultam a atuação da fiscalização, III - identificar e analisar as principais irregularidades legais, riscos sanitários constatados pelos fiscais durante sua inspeção sanitária, IV - identificar os possíveis avanços ou mudanças de cenário verificados pelos fiscais a partir de sua atuação.

Metodologia Proposta:

O estudo será desenvolvido utilizando-se da pesquisa bibliográfica e documental, associado ao estudo descritivo com abordagem qualitativa, onde os dados serão coletados através de entrevistas e análise documental. Tipo de avaliação interna a qual é empreendida por avaliadores pertencentes à própria instituição executora do projeto. As entrevistas serão do tipo semiestruturadas direcionadas aos Fiscais de Vigilância Sanitária de Alimentos de Fortaleza especialistas ingressos no concurso de 2010, tendo como base os objetivos do estudo foi desenvolvido um roteiro de perguntas, envolvendo as seguintes temáticas: influência da formação para atuação fiscal; forma de atuação; impacto na proteção à saúde pública; dificuldades vivenciadas. Também será aplicada ficha de caracterização dos profissionais entrevistados com as seguintes abordagens: faixa etária (anos), nível de escolaridade (especialização, mestrado, doutorado), satisfação com remuneração (muito satisfeito; satisfeito; pouco satisfeito; insatisfeito). O estudo seguirá os pressupostos teórico-metodológicos do Mestrado Profissional de Avaliação de Políticas Públicas – UFC, que propõe uma avaliação em profundidade das políticas públicas e, tendo como referência de estudo os quatro principais eixos para a elevação de uma política: 3) trajetória institucional de um programa e 4) espectro temporal e territorial: por meio desta dimensão analítica, procura-se apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada de forma a confrontar as propostas/objetivos gerais da política com as especificidades locais e sua historicidade.

Riscos:

Desconforto ao ser abordado para participar do estudo, constrangimento pela exposição acerca das fragilidades do trabalho.

Benefícios:

Divulgação sobre a atuação da fiscalização da vigilância sanitária e sua importância na defesa da saúde pública e contribuir para melhoria do serviço prestado à população

Metodologia de Análise de Dados:

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa a ser realizada com os profissionais (fiscais) da Vigilância Sanitária do Município de Fortaleza. Os instrumentos de coleta que serão utilizados neste estudo: revisão de literatura, a pesquisa documental e aplicação de entrevista semiestruturada e ficha de caracterização. A amostragem será do tipo aleatória e por saturação no sentido de ser capaz de apontar a relevância do fenômeno do estudo. A técnica de tratamento de dados será da Análise de Conteúdo Temática, que busca a interpretação citrada do material de caráter qualitativo. A exploração do material será realizada em 3 etapas: inicialmente por uma leitura compreensiva do conjunto do material coletado; na segunda etapa, a exploração e análise do material e por último será efetuada uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar com os temas e com os objetivos pressupostos na pesquisa (MINAYO, 2014).

Desfecho Primário:

Os resultados esperados do referido trabalho serão do poder proporcionar um esclarecimento e divulgação do papel da Vigilância Sanitária na sua atuação fiscalizadora na defesa da saúde pública, assim como uma reflexão quanto a capacidade dessa defesa, frente às variadas realidades que se apresentam como um risco à saúde da população, em especial na área de alimento.

Tamanho da Amostra no Brasil: 15

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de participantes da pesquisa
Sim	BRASIL	15

Outras Informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Não

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:

15

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Fiscais da VISA de Alimentos Fortaleza	15	Entrevista

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?

Não

Propõe dispensa do TCLE?

Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?

Não

Cronograma de Execução

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Análise de Resultados	18/01/2021	15/02/2021
Realização entrevistas	14/12/2020	15/01/2021
Elaboração Dissertação Mestrado	15/02/2021	12/04/2021
Submissão Projeto ao CEP	27/10/2020	27/11/2020
Defesa Dissertação Mestrado	03/05/2021	21/05/2021
Qualificação	07/12/2020	11/12/2020

Orçamento Financeiro

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Papel A4	Custoio	R\$ 23,00
Gasolina	Custoio	R\$ 250,00
Tinta Impressora	Custoio	R\$ 45,00
Xerox	Custoio	R\$ 50,00
		R\$ 368,00

Bibliografia:

BARROS, Ana Paula Ferrari de Lemos. Saúde, sociedade e imprensa: a visibilidade do cidadão na cobertura da vigilância sanitária. 2007. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal; 2000. BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº. 8080. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. COHEN, Mirian Miranda; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 7, n. 3, Sept. 2004. DIAS, R. S.; LEAL B. A.F.; ZUCCOLI P. C. A importância do processo de investigação na elucidação de surtos de Doenças Transmissíveis por Alimentos (DTA). NBC- Periódico Científico do Núcleo de Biotecnologia - Belo Horizonte, MG, v. 01, n.02, p. 17-23, dez., 2011. LEAL, Cristian Oliveira Benevides Sanches e TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de Vigilância Sanitária. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 22, n. 10, 2017. MARQUES, Maria Cristina da Costa et al. Vigilância Sanitária: Teoria e Prática. São Carlos: RIMA, 2006. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2014. OLIVEIRA, Amanda Maia de. Proteção e promoção da saúde através do atendimento de denúncias e solicitações pela ouvidoria da Vigilância Sanitária no município de Fortaleza. 2012. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Vigilância Sanitária de Alimentos, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012. PIOVESAN, MF. A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. ROCHA, Silvio Luis Ferreira da. VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS E PROTEÇÃO À SAÚDE DO CONSUMIDOR. 2003. 36 f. Monografia (Pos) - Curso de

Especialização A Distância em Direito Sanitário Para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Departamento de Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2003. RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. In: Revista Avaliação de Políticas, Ano I, v. 1, n.º 1, Escrita Editora, Jan-Jun/2008. SILVA, E. P.; BERGAMINI A. M. M.; OLIVEIRA, M. A. Alimentos e agentes etiológicos envolvidos em toxinfecções na região de Ribeirão Preto, SP, Brasil: 2005 a 2008. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online), São Paulo, v. 7, n. 77, p. 04-10, maio 2010.

Upload de Documentos

Arquivo Anexos:

Tipo	Arquivo
Comprovante de Recepção	PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1649431.pdf
Cronograma	CRONOGRAMA_1.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_DA_INSTITUICAO.pdf
Orçamento	_ORCAMENTO_.docx
Cronograma	CRONOGRAMA_2.docx
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	_CARTA_APRECIACAO_1.pdf
Cronograma	CRONOGRAMA_1.docx
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_2.docx
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.docx
Declaração de concordância	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Amanda.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_2.docx
Orçamento	_ORCAMENTO_.docx
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1649431.pdf
Declaração de concordância	TERMO_DE_COMPROMISSO_1.pdf
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Amanda.pdf
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_DA_INSTITUICAO.pdf
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	_CARTA_APRECIACAO_1.pdf
Declaração de concordância	TERMO_DE_COMPROMISSO_1.pdf

Finalizar

Manter sigilo da íntegra do projeto de pesquisa: Sim
 Prazo: 1 ano

Data de Submissão do Projeto: 12/01/2021

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1649431.pdf

Versão do Projeto: 2

APÊNDICE A - FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PARA FISCAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS

1. Faixa etária

entre 24 e 30 anos entre 31 e 40 anos entre 41 e 50 Acima de 51

2. Escolaridade

Sem Pós graduação ou – incompleta Pós graduação – Especialista
 Pós graduação- Mestre Pós graduação- Doutorado

Especifique os cursos de Pós-graduação

Especialização em Vigilância Sanitária de Alimentos (UECE)

3. Como você sente-se em relação a sua remuneração:

Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FISCAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE ALIMENTOS

1. Endereço

Em qual GEREFI exerce sua atividade? E se você considera que os fiscais da vigilância sanitária devem permanecer distribuídos nas GEREFIS ou concentrados na sede da AGEFIS? Por favor, justifique sua resposta?

2- Qual sua formação acadêmica e você considera que sua formação de alguma maneira contribui ou não na sua atuação fiscal? Caso sim, em que aspectos? Caso não, justifique.

3- Como você descreveria sua rotina diária de atuação na fiscalização (desde a chegada a Gerefi até a finalização da rota)?

4- Você considera que a fiscalização da vigilância sanitária de alimentos de Fortaleza possui impacto na proteção da saúde pública, em caso positivo poderia citar algum fato relevante? Caso não, por quê?

5- Quais as principais dificuldades ou limitações que você vivencia em sua rotina de trabalho?

6- Quais seriam os aspectos que você consideraria relevantes para um melhor desempenho na sua atuação fiscal?

7- Quais as principais irregularidades sanitárias/riscos sanitários que você constata durante sua ação de fiscalização?

8- Dentre os instrumentos de trabalho que dispõe (Notificação, Laudo de Inspeção, Auto de Infração, Termo de Interdição, Apreensão) qual considera o mais efetivo para regularização das infrações sanitárias e por quê?

9- Você considera que houve avanços ou mudanças do quadro sanitário desde a atuação dos fiscais especialistas ingressos do concurso de 2010? Caso sim, poderia explicar?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Amanda Maia de Oliveira para ser participante da pesquisa intitulada “Estudo Avaliativo da Fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos como Função Primordial na Proteção à Saúde no Município de Fortaleza. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem por objetivo avaliar a função da fiscalização da vigilância sanitária de alimentos como um fator de proteção à saúde pública. O referido trabalho tem o intuito de poder proporcionar um esclarecimento e divulgação do papel da Vigilância Sanitária de Alimentos na sua atuação fiscalizadora na defesa da saúde pública.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário composto por 09 perguntas e 3 questões da Ficha de Caracterização para os profissionais (fiscais) de Vigilância Sanitária de Alimentos. Os mesmos serão enviados e recebidos de forma eletrônica, sendo armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso a eles o pesquisador e o orientador.

Solicitamos sua autorização para apresentar esse estudo em eventos e publicar em revista científica, nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Além disso, a qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa.

Como relação aos benefícios, o participante contribuirá para uma avaliação da atuação da fiscalização da Vigilância Sanitária de Alimentos na defesa da saúde pública, a uma divulgação e esclarecimento do papel da fiscalização, assim como contribuir para uma reflexão quanto a forma de atuação.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. É importante destacar que não terá nenhuma despesa ao participar da pesquisa e que

os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Amanda Maia de Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Campus do Pici – Bloco 873

Telefones para contato: (85)988271881

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Amanda Maia de Oliveira

Amanda Maia de Oliveira

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------