



Vigilância Sanitária em Debate

ISSN: 2317-269X

INCQS-FIOCRUZ

Olmedo, Patrícia Vitório; Fiori, Lize Stangarlin; Medeiros,
Caroline Opolski; Ferreira, Sila Mary Rodrigues
Perfil dos profissionais de Vigilância Sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira
Vigilância Sanitária em Debate, vol. 7, núm. 1, 2019, Janeiro-Março, pp. 23-32
INCQS-FIOCRUZ

DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01144>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570565982005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Perfil dos profissionais de Vigilância Sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira

Profile of food Sanitary Surveillance professionals in a Brazilian capital

Patrícia Vitório Olmedo 

Lize Stangarlin Fiori* 

Caroline Opolski Medeiros 

Sila Mary Rodrigues Ferreira 

RESUMO

Introdução: Por haver uma série de riscos relacionados à produção e manipulação dos alimentos, estes se constituem em objeto de preocupação permanente para a Saúde Pública, sendo importante pesquisar informações a respeito dos profissionais de vigilância sanitária que exercem suas atividades nesta área. **Objetivo:** Caracterizar o perfil e os aspectos do processo de trabalho dos profissionais da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos de Curitiba, Paraná, Brasil. **Método:** A amostra foi composta por 43 profissionais, que responderam a um formulário, com questões fechadas sobre perfil sociodemográfico, educacional e processo de trabalho. **Resultados:** A maioria dos profissionais eram mulheres, com idade entre 31 e 50 anos, tempo de serviço na Vigilância Sanitária maior que 5 anos, com curso superior e conhecimentos básicos de línguas estrangeiras e de informática. As diferentes categorias profissionais que compunham as equipes apresentaram disparidade salarial e uma distribuição territorial desigual. Além disso, capacitação frequente, uso de roteiros durante as inspeções e facilidade para desenvolver rotinas e relatórios diários. No entanto, não planejavam as ações de vigilância sanitária no nível local e desconheciam as metas de saúde do município. Consideraram que estão expostos a algum risco no exercício do seu trabalho e alegaram não possuir adequadas condições de trabalho. Por outro lado, julgaram seu trabalho importante e que estão satisfeitos com ele. **Conclusões:** Os profissionais são qualificados, estão familiarizados com o serviço realizado e satisfeitos. Contudo, existem dificuldades a serem superadas, no sentido de fortalecer o seu trabalho, para que sejam reconhecidos efetivamente como agentes transformadores da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária; Recursos Humanos em Saúde; Inspeção de Alimentos; Controle e Fiscalização de Alimentos e Bebidas; Órgãos dos Sistemas de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The production and handling of foods are permanent issues to the Public Health due to the several safety risks they pose to human health. Therefore, it is important to gather information on food sanitary surveillance professionals. **Objective:** Characterize the profile and work routine of sanitary surveillance officers who work with food production and handling in Curitiba, Parana, Brazil. **Method:** The sample comprised 43 individuals, who completed a form containing questions on socio-demographical profile, education level and work routine. **Results:** Most professionals were women aged 31 to 50 years, with more than 5 years of experience in the area, who hold a graduate degree and have basic knowledge in foreign languages and IT. Different professional categories that composed the sample groups presented different income and uneven geographical distribution. In addition, the groups were characterized by frequent training, the use of forms during the inspections and other sanitary surveillance duties and report writing skills. However, they did not plan their duties ahead and were not aware of the municipality's health targets. They reported to be exposed to some kind of risk during their work agenda and to have inadequate working conditions. On the other hand, they acknowledge the value of their role and were satisfied with it. **Conclusions:** The interviewed officers are qualified professionals who are familiarized and content with their duties. Nevertheless, there are some hurdles to be overcome related to the valorization of their role in the Public Health.

Universidade Federal do Paraná
(UFPR), Curitiba, PR, Brasil

* E-mail: lizestangarlin@hotmail.com

Recebido: 20 mar 2018
Aprovado: 12 fev 2019

KEYWORDS: Health Surveillance; Human Resources in Health; Food Inspection; Control and Supervision of Food and Beverages; Health Systems Agencies



INTRODUÇÃO

Um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a vigilância sanitária (VISA). Reconhecida como a área mais antiga da Saúde Pública, evidencia um campo interdisciplinar, com ações complexas que abrangem a prevenção de riscos e danos, e a promoção e proteção da saúde da população¹. Com base na definição legal da VISA, é possível distribuir suas ações em três grandes grupos: 1) Produtos de interesse à saúde: alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros; 2) Serviços de saúde e de interesse à saúde; 3) Meio ambiente, inclusive o do trabalho².

No que tange às questões de alimentação e nutrição, uma das missões da VISA é desenvolver ações capazes de minimizar ou prevenir riscos à saúde decorrentes da alimentação³. Conforme o Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969⁴, alimento “é toda substância ou mistura de substâncias no estado sólido, líquido, pastoso ou qualquer outra forma adequada, destinada a fornecer ao organismo humano os elementos normais à sua função, manutenção e desenvolvimento”.

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 atribuído à área de VISA⁵. Observa-se, com isso, que o papel das equipes de Vigilância Sanitária é fundamental para a operacionalização dessa política pública, sendo necessários o fortalecimento e o redirecionamento de suas ações, no sentido de preservar a qualidade sanitária dos alimentos, e assim proteger a saúde do consumidor, dentro da perspectiva do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA)⁶.

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^{7,8,9}. 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 vigentes⁷, para oferecer segurança dos produtos e serviços prestados.

Além das inspeções, os profissionais podem ainda auxiliar nos processos de normatização; manter atualizado o registro/cadastro de estabelecimentos; providenciar o licenciamento de estabelecimentos; realizar programas de monitoramento e controle (coletas e análises laboratoriais) de produtos, serviços, mercado e publicidade; desenvolver ações educativas junto à comunidade e ao setor regulado; investigação de surtos em conjunto com a vigilância epidemiológica; desenvolver estratégias para lidar com o mercado informal de trabalho; e realizar o atendimento de denúncias; todas com o intuito de minimizar os

riscos sanitários^{1,10,11}. Observa-se, assim, a diversidade de atribuições e grande variedade de objetos de atuação desses profissionais, que se situam num espaço de relações entre a “ciência, a saúde e o mercado”¹¹.

Para assegurar o exercício dessas atividades e o funcionamento adequado do serviço de Vigilância Sanitária, o desafio é vencer as dificuldades que interferem diretamente no processo de trabalho como: espaço físico e equipamentos insuficientes ou inadequados; falta de veículos e recursos para realizar as atividades; recursos humanos insuficientes e sem a necessária especialização; organização administrativa deficiente e sem planejamento adequado; e sistemas de informação e códigos sanitários desatualizados^{2,12,13,14}.

Os últimos estudos nacionais a respeito do perfil e processo de trabalho dos profissionais da Vigilância Sanitária^{2,14} demonstraram que eram em maioria do sexo masculino, com idade entre 31 e 50 anos, estatutários, com ensino médio completo, e de diversas categorias profissionais. As atividades eram exercidas com veículo próprio, possuíam computadores com acesso à internet e com sistemas de informação atualizados para registro e cadastro de estabelecimentos, além de linhas de telefone para atendimento à população, em sala própria. E afirmaram conhecer diretrizes, objetivos e metas relacionadas à VISA, contidas no Plano Municipal de Saúde. Em contrapartida, apresentavam disparidades salariais entre as categorias profissionais, trabalhavam na Vigilância Sanitária num período de até 5 anos, 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^{2,14}, no qual não haviam dados separados por área de atuação da VISA, em especial da área de alimentos.

Sabe-se que existe uma série de riscos relacionados à produção e manipulação dos alimentos, constituindo-se de objeto de preocupação permanente para a Saúde Pública, pois mesmo com o órgão fiscalizador e legislações sanitárias vigentes, que definem requisitos higiênico-sanitários, continuam a existir irregularidades em estabelecimentos alimentícios e riscos à saúde associados aos alimentos^{7,11,13,15}.

A cidade de Curitiba, capital do Paraná, apresenta perfil econômico baseado no comércio e no setor de serviços e, nos últimos anos, chamou a atenção por sua rede hoteleira e setor gastronômico, atraindo eventos nacionais e internacionais¹⁶. Foi uma das primeiras cidades a descentralizar/municipalizar as ações de VISA no Brasil em 1992 e, desde então, é referência em desenvolvimento e implantação de atividades nessa área^{7,16}.

No período de 2005 a 2015, foram realizadas 97.275 inspeções em serviços de alimentação de Curitiba, dos quais 70,1% apresentavam irregularidades⁷ em relação aos requisitos exigidos pela legislação sanitária vigente¹⁷, indicando que mesmo com a realização de um número considerável de inspeções em estabelecimentos na área de alimentos e com uma organização do



serviço existente há mais de 25 anos, podem existir dificuldades no processo de trabalho dessas equipes.

Nesse contexto, ao estabelecer o diagnóstico do perfil e aspectos do processo de trabalho dos profissionais da Vigilância Sanitária da área de alimentos dessa capital, espera-se promover uma reflexão sobre sua organização e gestão, o que poderá contribuir na formulação de políticas de formação profissional e educação permanente, além de viabilizar um processo de trabalho mais adequado e focado na valorização das ações desenvolvidas. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil e os aspectos do processo de trabalho dos profissionais da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos de Curitiba.

MÉTODO

O estudo quantitativo, descritivo e exploratório, de delineamento transversal, foi realizado no período de outubro a novembro de 2015, com os profissionais da Vigilância Sanitária que realizavam atividades na área de alimentos, nos nove distritos sanitários (Matriz, Portão, Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Santa Felicidade, Pinheirinho, CIC, Baixo Novo) do município de Curitiba.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob nº 043175/2015 e da Secretaria Municipal de Saúde do município, protocolo nº 60/2015.

Para compor a amostra do estudo, foram selecionados todos os profissionais lotados na Vigilância Sanitária do município que realizavam suas atividades na área de alimentos, totalizando 53 pessoas. Como critérios de inclusão foram definidos: profissionais que não ocupassem cargo de gestão (chefias, coordenações); que realizassem inspeções na área de alimentos; e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com isso, a amostra final foi composta por 43 profissionais.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário, com questões fechadas, elaborado com base nas questões do Censo Nacional dos Trabalhadores da VISA de 2004¹⁴, que abordava: 1) perfil socioeconômico dos profissionais: sexo, idade e naturalidade; 2) perfil profissional: trabalho realizado antes da Vigilância Sanitária; tempo de serviço na Vigilância Sanitária, carga horária semanal, vínculo empregatício, salário, gratificação salarial, local de trabalho, poder de polícia, atividade compatível com o salário; 3) perfil educacional e formação dos inspetores: conhecimento de línguas inglesa e espanhola, habilidades em informática, formação atual, cursos na área de VISA, capacitação em serviço; e 4) processo de trabalho dos profissionais da VISA: conhecimento das metas, planejamento das ações de saúde, número de processos sob sua responsabilidade, uso de roteiros e dificuldade em utilizá-los, habilidade em redigir relatórios de inspeção, padronização das ações, condições de trabalho, exposição a riscos, importância de seu papel na Vigilância Sanitária, relação de satisfação e maneira de trabalho quando realizavam atividades em outros setores.

Para avaliar a distribuição dos profissionais da Vigilância Sanitária que atuavam na área de alimentos por distrito sanitário, foi realizado um levantamento no sistema de informação ESaúde^a do município, considerando a região, o número total de estabelecimentos da área de alimentos e o número de profissionais da área de alimentos em cada região.

Para a coleta de dados, o formulário foi entregue juntamente com o TCLE, mediante visitas aos distritos sanitários e os profissionais tiveram o prazo de 24 h para preenchimento e devolução. Todos os formulários foram considerados, contudo, quando pelo menos uma variável não tinha sido preenchida, ela foi desconsiderada.

Os resultados foram analisados a partir de estatística descritiva e os valores ajustados para 100%. Para verificar associação entre variáveis de interesse, utilizou-se medidas de associação Qui-quadrado e exato de Fisher, com nível de significância de $p < 0,05$ (95%), ambas utilizando-se o *software SAS® (Statistical Analysis System)*, versão 9.2.

RESULTADOS

Os resultados referentes ao perfil socioeconômico dos profissionais mostraram que a maioria pertencia ao sexo feminino (83,72%, $n = 36$), tinha idade entre 31 a 50 anos (76,75%, $n = 33$), era natural do estado do Paraná (81,40%, $n = 35$) e procedente da cidade de Curitiba (60,47%, $n = 26$).

Em relação ao perfil profissional, 83,33% ($n = 35$) não trabalhavam na área de alimentos antes de iniciar as ações nas equipes de inspeção da Vigilância Sanitária. Além disso, 54,76% ($n = 23$) trabalhavam há mais que 5 anos, e apresentavam carga horária de trabalho de 30 h semanais (65,12%, $n = 28$). Todos apresentavam vínculo empregatício estatutário, sendo que a maioria (76,74%, $n = 33$) trabalhava somente na Vigilância Sanitária e relatou possuir poder de polícia (95,24%, $n = 40$) (Tabela 1).

Em relação às gratificações salariais, 90,24% ($n = 37$) relataram receber, sendo que o risco de vida foi o tipo de gratificação mais recebido (43,90%, $n = 18$). Na avaliação do salário, 41,46% ($n = 17$) dos profissionais recebiam valor maior que R\$ 4.000,00, seguido de salários entre R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00 (39,02%, $n = 16$) (Tabela 1), e 86,05% ($n = 37$) julgaram o salário recebido incompatível com as atividades realizadas.

Quando avaliada a distribuição dos profissionais da Vigilância Sanitária que atuavam na área de alimentos por região e distrito sanitário, constatou-se que a Região Central de Curitiba foi a que apresentou maior número de inspetores, seguida das Regiões Leste e Sul, com 12, 10 e nove profissionais, respectivamente. Essas regiões também foram as que apresentaram maior número de estabelecimentos, com 93.352 registros na Região Central, 36.507 na Região Leste e 17.391 na Região Sul (Tabela 2).

^a ESaúde é o sistema de informação da secretaria de saúde de Curitiba, Paraná, Brasil, no qual são armazenados todos os registros da Vigilância Sanitária.



Quando os distritos sanitários foram avaliados individualmente (Tabela 2), observou-se uma variação do número de estabelecimentos entre os distritos sanitários, com destaque

Tabela 1. Perfil profissional dos trabalhadores da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos de Curitiba, Paraná, Brasil, 2015.

Variável	Número (n)	Percentual (%)*
Trabalhou na área de alimentos antes da Vigilância Sanitária (n = 42)		
Sim	7	16,67
Não	35	83,33
Tempo de serviço na Vigilância Sanitária (n = 42)		
Até 5 anos	19	45,24
Mais de 5 anos	23	54,76
Carga horária semanal (n = 43)		
20 h	15	34,88
30 h	28	65,12
Vínculo empregatício/local de trabalho/ação/gratificação		
Estatutário (n = 43)	43	100,00
Trabalha somente na Vigilância Sanitária (n = 43)	33	76,74
Possui poder de polícia (n = 42)	40	95,24
Recebe gratificação salarial (n = 41)	37	90,24
Tipo de gratificação (n = 41)		
Insalubridade	2	4,88
Risco de vida	18	43,90
Tempo de serviço	9	21,25
Outros	12	29,27
Salário (R\$) (n = 41)		
Até 3.000,00	8	19,51
3.001,00 a 4.000,00	16	39,02
Mais de 4.000,00	17	41,46

* O formulário foi desconsiderado e os valores ajustados para 100%, quando o profissional não respondeu pelo menos uma variável.

para os distritos da Matriz, Portão, Boqueirão e Boa Vista. Esses distritos também foram os que apresentaram maior número de profissionais, juntamente com o distrito do Bairro Novo. Contudo, ao avaliar a relação do número de profissionais conforme o número de estabelecimentos, evidencia-se uma distribuição territorial desigual dos profissionais por distrito e no município como um todo, sendo que os distritos de Matriz (1:9.201,14), Portão (1:5.788,80) e Santa Felicidade (1:4.846,00) apresentaram maior número de estabelecimentos por profissional.

Em relação ao perfil educacional e formação dos profissionais, 69,77% (n = 30) afirmaram ter compreensão da língua inglesa e 58,14% (n = 25) da língua espanhola, com predomínio do nível básico em ambas; e a maioria (95,24%, n = 40) tem habilidades com informática. Os resultados mostraram ainda que 81,39% (n = 35) dos profissionais possuíam nível superior, sendo que 55,81% (n = 24) possuíam especialização e 9,30% (n = 4) mestrado. As profissões que prevaleceram do nível superior foram médico veterinário (25,58%), nutricionista (20,93%) e enfermeiro (16,27%), e as de nível médio foram auxiliar de enfermagem (20,93%) e técnico em saneamento (2,32%), configurando o perfil multiprofissional das equipes da Vigilância Sanitária. Sobre a realização de cursos de capacitação, 48,83% (n = 21) afirmaram ter realizado algum curso na área de VISA no último ano (Tabela 3).

Em relação aos processos de trabalho, 51,22% (n = 21) dos profissionais relataram que não conheciam as metas de saúde da sua área de abrangência e 69,77% (n = 30) afirmaram não planejar as ações de saúde (Tabela 4).

Quando questionados se trabalhavam com outros setores, 76,19% (n = 32) responderam positivamente (Tabela 4). Os setores mais citados foram a vigilância epidemiológica e a secretaria de urbanismo, sendo que essas ações (intra e intersetoriais) ocorriam, em sua maioria, de maneira emergencial (76,19%, n = 32). Sobre as demandas de trabalho, 69,05% (n = 29) dos profissionais relataram possuir menos de 80 processos registrados no sistema sob sua responsabilidade.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos por distrito sanitário, região de Curitiba, Paraná, Brasil, 2015.

Distrito sanitário	Região	Estabelecimentos da área de alimentos* (n)	Profissionais** (n)	Relação profissionais/nº de estabelecimentos
Matriz	Central	64.408	7	1/9.201,14
Portão	Central	28.944	5	1/5.788,80
Boqueirão	Leste	20.779	6	1/3.463,16
Boa Vista	Nordeste	20.447	5	1/4.089,40
Cajuru	Leste	15.728	4	1/3.932,00
Santa Felicidade	Nordeste	14.538	3	1/4.846,00
Pinheirinho	Sul	10.275	4	1/2.568,75
CIC	Oeste	8.395	4	1/2.098,75
Bairro Novo	Sul	7.116	5	1/1.423,20

Legenda: *Número total de estabelecimentos da área de alimentos no distrito sanitário cadastrados no ESaúde; **Número de profissionais da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos por distrito sanitário e que participaram da pesquisa.



Para auxiliar em suas atividades, a maioria dos profissionais declarou utilizar roteiros para as inspeções (71,43%, $n = 30$) e não apresentavam dificuldades na sua utilização (78,57%, $n = 33$). Além disso, não apresentavam dificuldades em redigir os relatórios de

Tabela 3. Perfil educacional e formação dos profissionais da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos de Curitiba, Paraná, Brasil, 2015.

Variável	Número (n)	Percentual (%) [*]
Formação atual ($n = 43$)		
Médio/Técnico	8	18,60
Superior	7	16,28
Especialização	24	55,81
Mestrado	4	9,30
Profissão ($n = 43$)		
Médico veterinário	11	25,58
Nutricionista	9	20,93
Auxiliar de enfermagem	9	20,93
Enfermeiro	7	16,27
Odontólogo	2	4,65
Técnico em saneamento	1	2,32
Auxiliar de saúde bucal	2	4,65
Farmacêutico	1	2,32
Biólogo	1	2,32
Técnico em higiene bucal	0	0,00
Realizou curso na área de vigilância sanitária ($n = 43$)		
No último ano	21	48,83
Há 2 anos	7	16,27
Há mais de 2 anos	8	18,60
Nunca realizou	7	16,27

^{*}O formulário foi desconsiderado e os valores ajustados para 100%, quando o profissional não respondeu pelo menos uma variável.

inspeção (88,10%, $n = 37$), demonstrando estarem familiarizados com o serviço. Apesar disso, 95,35% ($n = 41$) relataram ser necessária maior padronização das ações realizadas em todo o serviço. Quando questionados se as condições de trabalho eram condizentes com as ações desenvolvidas na Vigilância Sanitária, 85,71% ($n = 36$) responderam negativamente, e 97,62% ($n = 41$) afirmam estarem expostos a algum risco durante o desenvolvimento de suas atividades (Tabela 4), como ameaça à integridade física, exposição a doenças, a substâncias perigosas e ao estresse.

Constatou-se que 97,67% ($n = 42$) dos entrevistados acreditavam que o papel que exerciam era importante, pois estava diretamente relacionado à prevenção de riscos à Saúde Pública. Além disso, 65,12% ($n = 28$) responderam estarem satisfeitos com seu trabalho (Tabela 4).

Nesse estudo, quando avaliada a associação entre o perfil socioeconômico e o processo de trabalho dos profissionais que atuavam na área de alimentos, observou-se que aqueles que ganhavam salário acima de R\$ 4.000,00, foram os que relataram melhores condições de trabalho; assim como os que ganhavam salário de R\$ 3.000,00 à R\$ 4.000,00, que relataram estar mais satisfeitos com o trabalho, porém em ambos os testes não houve diferença significativa ($p = 0,6607$).

Mesmo que a maioria dos profissionais utilizassem roteiros durante as inspeções, a maior frequência foi registrada nos que tinham tempo de serviço de até 5 anos, embora essa variável não tenha apresentado diferença significativa ($p = 0,5539$). Outra associação avaliada foi a variável tempo de serviço e dificuldade em redigir relatórios de inspeção. Apesar de não apresentar associação estatística ($p = 0,3425$), observou-se que o grupo que apresentou maior dificuldade tinha também menor tempo de serviço (até 5 anos). Além disso, os profissionais que relataram o uso de roteiros, foram os que julgavam ser mais necessária a padronização das ações nos serviços, porém sem diferença estatística ($p = 0,4918$).

Tabela 4. Processos de trabalho adotados pelos profissionais da Vigilância Sanitária que atuam na área de alimentos de Curitiba, Paraná, Brasil, 2015.

Variável	Sim [*]		Não [*]	
	n	%	n	%
Conhece as metas de saúde ($n = 41$)	20	48,78	21	51,22
Planeja as ações de saúde ($n = 43$)	13	30,23	30	69,77
Trabalha com outros setores ($n = 42$)	32	76,19	10	23,81
Utiliza roteiros durante as inspeções ($n = 42$)	30	71,43	12	28,57
Tem dificuldade em usar os roteiros ($n = 42$)	9	21,43	33	78,57
Tem dificuldade em redigir os relatórios de inspeção ($n = 42$)	5	11,90	37	88,10
Apresenta condições adequadas de trabalho ($n = 42$)	6	14,29	36	85,71
Exposto a algum risco no trabalho ($n = 42$)	41	97,62	1	2,38
É necessário padronizar as ações ($n = 43$)	41	95,35	2	4,65
O papel que exerce é importante ($n = 43$)	42	97,67	1	2,33
Está satisfeito com o trabalho ($n = 43$)	28	65,12	15	34,88

^{*} O formulário foi desconsiderado e os valores ajustados para 100%, quando o profissional não respondeu pelo menos uma variável.



DISCUSSÃO

A identificação do perfil socioeconômico revelou a prevalência de profissionais do sexo feminino caracterizada pela maturidade produtiva. A tendência à feminilização das equipes da Vigilância Sanitária já era esperada, uma vez que esse perfil é característico da força de trabalho dos profissionais da saúde¹⁸. O fato da maioria serem mulheres e com idade madura é considerado um aspecto positivo para o serviço de Vigilância Sanitária, pois elas seriam mais comprometidas com as atividades desenvolvidas¹⁹ e capazes de exercer uma certa autonomia na tomada de decisão e de execução dos serviços de saúde¹⁸. De acordo com os últimos estudos realizados sobre o perfil dos profissionais da Vigilância Sanitária, os dados desse estudo diferem dos anteriores, nos quais a maioria dos trabalhadores eram do sexo masculino e tinham ensino médio completo, revelando uma característica nova ao perfil das equipes da Vigilância Sanitária de Curitiba^{2,14}.

Os profissionais relataram não ter experiência na área de alimentos anteriores à atuação na Vigilância Sanitária, o que pode indicar despreparo e inexperiência em relação ao tema. Eles devem ter habilidade em realizar suas atividades, para identificar potenciais riscos sanitários, compreender as legislações vigentes, suas obrigações e responsabilidades com os serviços de alimentação e a população⁹.

A Vigilância Sanitária, pela sua diversidade e complexidade, em especial na área de alimentos, exige conhecimentos para sua efetiva execução, os quais dependem do saber construído pelas pessoas que a compõem^{7,13}. Nesse sentido, torna-se necessário investir na formação desses profissionais, além de promover um processo contínuo de educação dos demais profissionais de saúde e gestores do SUS, incluindo a temática da VISA^{20,21}. Portanto, oferecer capacitação imediatamente após a nomeação, além de um processo de seleção mais especializado para quem venha a desempenhar esse tipo de atividade tão específica, torna-se ferramenta imprescindível.

Embora a maioria dos profissionais tenha revelado não ter experiência na área de alimentos antes de assumir suas atribuições na Vigilância Sanitária, atualmente demonstraram ser qualificados e capacitados, e possuem rotinas de uso de roteiros, desenvolvimento de relatórios e estarem familiarizados com esses procedimentos. Isso é satisfatório, pois quando capacitados, os trabalhadores sentem-se mais seguros diante dos diferentes processos de produção de alimentos, o que aumenta a eficácia do controle e a qualidade do serviço realizado^{9,22}. Além disso, ao estar familiarizado com o processo, os profissionais também podem se tornar capazes de especificar as inadequações e fornecer instruções claras e facilmente compreensíveis²³.

O uso de roteiros durante a realização dos serviços também pode ser considerado um aspecto importante, pois a utilização desses instrumentos permite a padronização dos procedimentos adotados pelos profissionais^{24,25,26}. Isso contribui para que os trabalhadores tenham respaldo e segurança das ações entre os distritos sanitários do município. Além disso, essas ferramentas servem para reforçar a coerência da inspeção e a eficácia dos controles,

reduzir o tempo de aplicação e aumentar a qualidade da inspeção⁹. Por fim, vale destacar a importância destes roteiros serem reprodutíveis e apresentarem um bom custo-efetividade e praticidade²⁶.

Nesse estudo, ficou evidente que as equipes da Vigilância Sanitária de Curitiba, que atuam na área de alimentos, possuem um caráter multiprofissional, com trabalhadores(as) de nível médio e superior, de várias categorias profissionais. O mesmo foi constatado nos últimos estudos nacionais a respeito do perfil do profissional da Vigilância Sanitária, apresentando a incorporação de novas profissões, ao longo dos últimos 14 anos^{2,14}. Contar com equipes com esse perfil torna-se um diferencial, pois a formação profissional tem papel importante tanto no fornecimento e entendimento das competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho, como também na garantia de que o monitoramento e o controle dos riscos sanitários sejam realizados de forma consistente^{9,15}. Essa multiprofissionalidade das equipes da Vigilância Sanitária também contribui com a produção teórica e técnica na área, e com benefícios à saúde da população¹³.

Sendo assim, a formação desses profissionais pode influenciar no nível de familiaridade com os processos de produção e contribuir de maneira significativa com a clareza das orientações fornecidas para os responsáveis das empresas, para a realização de um programa específico, ou para ações com a comunidade. Além disso, o empoderamento do profissional auxilia na análise dos pontos de risco na produção, fornece orientações adequadas sobre a legislação e auxilia na correção das melhorias higiênico-sanitárias necessárias²³.

Apesar do caráter multiprofissional dos trabalhadores(as), todos apresentavam vínculo empregatício estatutário e a maioria não trabalhava em outro local, o que é positivo, pois a diversidade de funções pode gerar situações de vulnerabilidade com relação à intervenção profissional, principalmente nas questões éticas que envolvem o exercício do poder de polícia^{11,14}, que se fundamenta no princípio da predominância do interesse público sobre o privado²¹. O poder de polícia é definido como o conjunto de atribuições concedidas à Administração Pública, para administrar e restringir, em favor do interesse público, direitos e liberdades individuais.

O exercício desse poder pode ser efetivo na produção normativa e na fiscalização sanitária da VISA, que possui atos administrativos de auto-executoriedade, obrigando os sujeitos a se submeterem a preceitos jurídicos-administrativos, elaborados na perspectiva de interesses coletivos em imposições estabelecidas na lei²⁷.

Por ser uma competência estabelecida por lei, quase que a totalidade dos profissionais avaliados afirmaram possuir poder de polícia, o qual garante o livre acesso aos estabelecimentos da área de alimentos, legitimando as ações. Por outro lado, o conhecimento do poder de polícia pela população pode contribuir com uma visão normativa, punitiva e autoritária desses profissionais, sugerindo dificuldades de atuação e de entendimento das ações junto à comunidade e às empresas.



A discrepância entre o número de profissionais e o número de estabelecimentos de alimentos nos diferentes distritos sanitários pode ser um desafio para o processo de trabalho das equipes da Vigilância Sanitária, pois a padronização e qualificação dessas ações estão diretamente relacionadas ao número adequado de recursos humanos²¹. Sendo assim, uma maior demanda de solicitações de processos e denúncias e, consequentemente, dificuldades e atrasos em sua realização pode interferir na efetividade dos serviços realizados.

Sobre as demandas de serviço, de acordo com Lucena¹², a organização das ações de VISA fica sob a responsabilidade das normativas/estatuto de cada município. Não foi possível identificar nesse estudo se o número de processos de responsabilidade de cada técnico era grande ou não, pois o município não tem isso definido/estabelecido; o que se percebe é que existe uma grande variação desse número entre os profissionais, sem nenhum tipo de critério. Nesse contexto, seria importante repensar o processo de trabalho, verificando a distribuição dos processos de acordo com os riscos apresentados pelo estabelecimento, além do tamanho, estrutura e recursos disponíveis na unidade de trabalho, suas demandas e o perfil do território. Quando esses aspectos não são observados, pode haver uma interferência na frequência das visitas aos estabelecimentos, na tomada de decisões, como também no andamento dos referidos processos.

Ao considerarmos as recomendações de países em desenvolvimento para o número anual de inspeções em estabelecimentos da área de alimentos, verificamos que o número de profissionais nesse estudo é insuficiente para a quantidade de estabelecimentos pesquisados. No Canadá, por exemplo, no município de Saskatoon, recomenda-se que haja inspeção uma vez ao ano, no mínimo, para a maioria dos estabelecimentos relacionados à produção de alimentos, contribuindo dessa forma para a oferta de um alimento seguro ao consumidor¹⁵. Já o *Food and Drug Administration Food Code* recomenda que sejam realizadas três inspeções ao ano, em serviços de alimentação tipo *full service*²⁸.

Em Curitiba, no momento em que o estudo foi realizado, havia uma recomendação quanto ao número de inspeções, conforme o risco e metragem do estabelecimento, estabelecida em legislações municipais^{29,30}. Contudo, em 23 de julho de 2018, foi publicada uma nova Resolução da Secretária Municipal da Saúde³¹, que classifica os estabelecimentos da área de alimentos em alto e baixo risco, conforme o risco de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana, e estabelece novos prazos de retornos de inspeções aos estabelecimentos. Devido a essa nova classificação, a maioria dos estabelecimentos da área de alimentos, como os serviços de alimentação em geral, estão dispensados do processo de fiscalização prévia para emissão de licença sanitária, a qual tem prazo de validade de 5 anos, a partir de sua expedição. Ou seja, não é exigido prévia realização de inspeção sanitária no local por parte da Vigilância Sanitária para emissão da Licença Sanitária³¹. Nessa Resolução não se aborda a fiscalização para medida preventiva.

Por ser uma resolução nova, sua aplicação e eficácia serão avaliadas nos próximos anos, principalmente no que tange a prevenção de riscos à saúde da população. Porém, destaca-se que, ao

considerar o número de profissionais e de estabelecimentos, sua aplicabilidade pode ser dificultada, visto que, mesmo que haja dispensa de inspeção prévia para o licenciamento, pode haver a realização de inspeções sanitárias posteriores³¹.

A maioria dos profissionais entrevistados no estudo informou trabalhar com outros setores para auxiliar na resolutividade das atividades desenvolvidas. Dentre os setores mais citados estão a vigilância epidemiológica (intra-setorial) e a Secretaria de Urbanismo (inter-setorial), pois muitas vezes para o enfrentamento de determinados problemas de saúde é necessário realizar a parceria com outros setores para garantir uma ação mais efetiva da VISA; como nos casos das investigações de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos, em casos de estabelecimentos não regularizados ou informais, entre outras situações. Essa interface da VISA com outros setores, como a vigilância epidemiológica (intra-setorial), apresenta grande relevância, pois, compartilhando seus saberes e tecnologias, aumenta a possibilidade de alcançar os objetivos em prol da saúde e qualidade de vida da população²⁰.

Existe um debate sobre as perspectivas de mudança do modelo assistencial em saúde, enfocando diferentes concepções de vigilância da saúde e seu potencial como proposta de integração das práticas de promoção e proteção da saúde no âmbito do SUS^{21,32}. Nesse sentido, entende-se que a saúde não depende somente do setor saúde, mas também de ações inter-setoriais que contemplem uma concepção ampliada de vigilância e fomentem a atuação conjunta dos profissionais de saúde e outros atores importantes no processo de saúde-doença em prol da saúde da coletividade.

Um dos pontos que chamou a atenção no estudo foi o desconhecimento dos profissionais em relação às metas de saúde da sua área de abrangência, ausência de planejamento e padronização das ações de saúde. O mesmo foi constatado nos últimos estudos a respeito do perfil do profissional da Vigilância Sanitária, demonstrando que parece não haver muita evolução nesse aspecto, ao longo dos últimos 14 anos^{2,14}. Tal fato torna-se um problema, pois esses critérios são fundamentais para o desenvolvimento de ações estratégicas de gestão do risco sanitário, como o monitoramento das condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos da área de alimentos, controle da qualidade dos produtos ofertados, coleta de amostras e análises laboratoriais, a investigação de surtos e o controle de doenças, cujos fatores determinantes estão em seu campo de atuação¹².

Segundo Laikko-Roto et al.⁹, os procedimentos de VISA devem ser planejados, com base no conhecimento dos principais riscos do território. Sendo assim, o fato dos profissionais não planejarem suas ações e trabalharem com outros setores de maneira emergencial sugere que existe uma reversão do papel da Vigilância Sanitária; que deveria ser sustentado em ações planejadas, focando na prevenção de riscos e proteção e promoção da saúde, de forma aliada a outros setores, como a Educação, a Ação Social, o Abastecimento, o Urbanismo, para potencializar a solução dos problemas.

A ausência de planejamento e padronização das ações pode ainda estar relacionada à percepção do risco de cada profissional, pois ela consiste na capacidade de:



interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa ou de terceiros, baseada em experiências anteriores de que interpreta, e sua extrapolação para o momento futuro, sendo que esta habilidade pode variar de uma vaga opinião a uma firme convicção³³.

Com base nessas percepções, é possível desenvolver instrumentos que permitam a formulação estratégica de prioridades políticas e institucionais³⁴.

Dessa forma, no que diz respeito ao risco sanitário e à padronização das ações, é necessário desenvolver técnicas que auxiliem os profissionais a identificar o que é risco real do risco percebido, no sentido de ampliar a capacidade de reconhecer os perigos para minimizar os riscos, e padronizar as tomadas de decisões frente aos reais riscos enfrentados³⁴.

Esse planejamento de ações e essas percepções se dão em um território que possui múltiplas dimensões, onde se destacam: a geográfica, a jurídico-política, a cultural, a sanitária e a econômica. Com base nessas dimensões, são observadas diferentes concepções de território e de territorialização, seja pela comunidade, pelo setor regulado, pelos profissionais de saúde e pela gestão do município³⁵.

Para que os profissionais de Vigilância Sanitária se apropriem do território, é fundamental realizar o processo de territorialização, que consiste na construção de mapas, que apresentam a sinalização dos principais objetos de interesse da saúde no território, incluindo os de intervenção da Vigilância Sanitária, localizando os riscos e danos provenientes desses objetos. Essas informações fornecem padrões e parâmetros, de acordo com as especificidades e áreas de atuação, em consonância com as necessidades do território, auxiliando a minimizar ou prevenir os riscos à saúde decorrentes da produção, distribuição, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse da VISA dessas regiões³⁶.

A dificuldade na integração dessas práticas pode estar relacionada com o desconhecimento dos gestores quanto à importância da atuação da VISA para a saúde coletiva e do seu papel na promoção e prevenção de riscos e danos e promoção e proteção à saúde da coletividade. A identificação de que as ações de VISA são apenas prática fiscalizatória e o entendimento que uma área não depende da outra, também corrobora com a ausência do trabalho integrado¹¹.

Considerando o cotidiano das práticas dos profissionais da Vigilância Sanitária, cuja função é proteger e promover a saúde da população, verificou-se que a disparidade salarial, a incompatibilidade de atividades desenvolvidas com o salário, e a exposição desses profissionais a situações de risco durante suas ações, como ameaça à integridade física, exposição a doenças, a substâncias perigosas e estresse merecem uma avaliação criteriosa, pois constatou-se que eles se sentem vulneráveis e desprotegidos em seu ambiente e rotina de trabalho⁹.

Os últimos estudos nacionais sobre o perfil da Vigilância Sanitária^{2,14} já apontavam uma série de desafios enfrentados pelas equipes de Vigilância Sanitária no que diz respeito a deficiências de infraestrutura, recursos materiais e humanos, demonstrando

que havia um longo caminho a ser percorrido para o aprimoramento dos serviços prestados pela Vigilância Sanitária, em especial no que diz respeito à ausência de políticas de formação e capacitação aos trabalhadores do setor¹⁸.

Desde 2007, foram definidos pisos relacionados à estruturação e ao fortalecimento da gestão da Vigilância Sanitária, que incluíam investimentos em instalações físicas, equipamentos, sistema de informações, atualização de legislações e capacitação de equipe técnica¹¹. Tal fato evidencia que, mesmo com os avanços no financiamento das ações de VISA, os problemas persistiram, principalmente quanto à gestão estrutural e de pessoas, os quais podem interferir diretamente nas condições de trabalho.

Conforme os resultados desse estudo, observou-se que em Curitiba essas questões não avançaram muito nesses anos, demonstrando haver ainda grande processo para valorizar esses profissionais e as ações desenvolvidas, sendo que o desafio se coloca ainda maior diante do atual cenário social, político e econômico. Nesse contexto, “o trabalho da VISA como prática social situada nas atividades regulatórias do Estado, parece ter seu foco muito mais voltado à reprodução e ampliação do capital, do que assegurar a proteção da Saúde Coletiva”⁹.

Ainda que tenha havido um aumento do volume de recursos financeiros destinados ao setor e ao acompanhamento de sua execução pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária³⁷, indicando maior visibilidade da Vigilância Sanitária na gestão de saúde e uma amplitude nas ações desenvolvida¹¹, a sua atuação no município não é divulgada à população, situação que dificulta ainda mais o seu reconhecimento como um ato de proteção à saúde. Entretanto, os profissionais responderam que acreditavam que o seu papel era importante, porque estava diretamente relacionado à prevenção de riscos à saúde pública, e tinham uma relação de satisfação com o seu trabalho, mostrando um comprometimento com os procedimentos desenvolvidos na Vigilância Sanitária.

CONCLUSÕES

Os profissionais da Vigilância Sanitária têm papel fundamental na proteção da saúde e também no estabelecimento de relações éticas entre a produção e o consumo, além de zelar pela qualidade dos bens e serviços ofertados pelo setor regulado, para contribuir com a melhoria e qualidade de vida da população brasileira, no sentido de garantir o direito à saúde como direito fundamental.

O presente estudo revelou aspectos positivos relacionados ao perfil do profissional de Vigilância Sanitária da área de alimentos, como qualificação, capacitação, familiarização com procedimentos e rotinas de trabalho, reconhecimento da importância do trabalho realizado e satisfação com o mesmo, o que pode favorecer uma boa atuação profissional.

Em contrapartida, os desafios apontados no estudo se mostraram mais evidentes, pois relacionam-se com as premissas básicas de atuação dos profissionais de Vigilância Sanitária



como: o desconhecimento das metas de saúde de sua área de abrangência, ausência de participação no planejamento das ações de saúde do município; condições inadequadas de trabalho e exposição a riscos durante o desenvolvimento de suas atividades, indicando que existe a necessidade de fortalecer o trabalho desses profissionais, para que sejam reconhecidos, efetivamente como agentes transformadores da saúde pública.

Com isso, fica evidente que os profissionais que atuam na área de alimentos na Vigilância Sanitária de Curitiba apresentam alguns desafios em seu processo de trabalho e, por sua complexidade, requerem desenvolvimento, para maior efetividade de suas ações, e melhor estruturação dos serviços, além de uma adequação e disponibilidade de recursos (materiais e humanos), ampliando a capacidade dos serviços em promover a gestão adequada do trabalho na Vigilância Sanitária.

REFERÊNCIAS

1. Costa EA. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2015[acesso 22 out 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>
3. Marins BR, Araújo IS. Materiais educativos de vigilâncias sanitárias: perfil de produção e circulação no tema dos alimentos. Trab Educ Saúde. 2016;14(1):137-54. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00090>
4. Brasil. Decreto lei Nº 986, de 21 de outubro de 1969. Institui normas básicas sobre alimentos. Diário Oficial União. 22 out 1969.
5. Brasil. Lei Nº 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 União. 20 set 1990.
6. Seta MH, Oliveira CVS, Pepe VL. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. Cienc Saude Coletiva. 2017;22(10):3225-34. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16672017>
7. Olmedo PV, Stangarlin-Fiori L, Medeiros CO, Tondo EC, Ferreira SMR. A profile of foodservices in Curitiba and a critical analysis of the results of sanitary inspections at these establishments. J Food Safety. 2018;38:1-13. <https://doi.org/10.1111/jfs.12377>
8. Harris KJ, DiPietro RB, Murphy KS, Rivera G. Critical food safety violations in Florida: relationship to location chain vs non-chain restaurants. Int J Hosp Manag. 2014;38:57-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2013.12.005>
9. Laikko-Roto T, Makela S, Lunden J, Heikkila J, Nevas M. Consistency in inspection processes of food control officials and efficacy of official controls in restaurants in Finland. Food Control. 2015;57:341-50. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2015.03.053>
10. Ministério da Saúde (BR). Vigilância em saúde parte 2: coleção para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2011[acesso 22 out 2018]. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf
11. Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl 3):3329-40. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900008>
12. Lucena RCB. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. Rev Adm Publica. 2015;49(5):1107-20. <https://doi.org/10.1590/0034-7612137128>
13. Santos CVB, Brandespim DF. Characteristics of human resources and challenges in the work of surveillance coordinators of health in the inland of Pernambuco. Vigil Sanit Debate. 2018;6(2):54-60. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01027>
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Censo nacional dos trabalhadores da Visa 2004. Brasília, DF: Anvisa; 2005[acesso 2 mar 2018]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf
15. Medu O, Turner H, Cushon JA, Melis D, Rea L, Abdellatif T et al. Restaurant inspection frequency: the RestoFreq study. Can J Public Health. 2016;107(6):e533-e537. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5399>
16. Curitiba. Visa Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2018[acesso 2 dez 2018]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/sanitaria/informacoes-gerais/visa-curitiba>
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução RDC Nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Diário Oficial União. 16 set 2004.
18. Poz MRD, Perantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, organizador. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro, organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013[acesso 20 out 2018]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>
19. Medeiros CAF, Enders WT. Comprometimento organizacional e características pessoais: como são os comprometidos e os descomprometidos com a organização. READ. 2002;5(2):1-23.
20. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Cienc Saude Coletiva. 2014;19(11):4457-66. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013>



21. Oliveira AMC, Lanni AMZ. Pathways to sanitary surveillance: the challenge of health care surveillance. *Vigil Sanit Debate*. 2018;6(3):4-11. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01114>
22. Cunha DT, Stedefeldt E, Rosso VV. The role of theoretical food safety training on Brazilian food handlers' knowledge, attitude and practice. *Food Control*. 2014;43:167-74. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2014.03.012>
23. Nevas M, Saija K, Janne L. Significance of official food control in food safety: food business operators' perceptions. *Food Control*. 2013;31(1):59-64. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2012.09.041>
24. Balzaretto CM, Razzini K, Ziviani S, Ratti S, Milicevic V, Chiesa LM et al. Food safety in food services in Lombardy: proposal for an inspection-scoring model. *Ital J Food Saf*. 2017;6(4):6915. <https://doi.org/10.4081/ijfs.2017.6915>
25. Cunha DT, Oliveira ABA, Saccol ALF, Tondo EC, Silva EA, Ginani VC et al. Food safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: development and reliability assessment of the official evaluation instrument. *Food Res Int*. 2014;57:95-103. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2014.01.021>
26. Cunha DT, Saccol ALF, Tondo EC, Oliveira ABA, Ginani VC, Araújo CV et al. Inspection score and grading system for food services in Brazil: the results of a food safety strategy to reduce the risk of foodborne diseases during the 2014 FIFA World Cup. *Front Microbiol*. 2016;7:614. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2016.00614>
27. Porto Alegre. Manual de processo administrativo sanitário. 2a ed. rev. atual. Porto Alegre: Secretaria de Saúde; 2010[acesso 10 out 2018]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120417124501manual_de_processo_administrativo_sanitario.pdf
28. Leinwand SE, Glanz K, Keenan BT, Branas CC. Inspection frequency, sociodemographic factors, and food safety violations in chain and nonchain restaurants, Philadelphia, Pennsylvania, 2013-2014. *Public Health Rep*. 2017;132(2):180-7. <https://doi.org/10.1177/0033354916687741>
29. Curitiba. Resolução Nº 12, de 2 de outubro de 2009. Estabelece os prazos de validade da licença sanitária (LISA), definidos em função do grau de risco sanitário, complexidade das ações de avaliação e fiscalização sanitária, conforme anexo da resolução. Diário Oficial Município. 6 out 2009.
30. Curitiba. Resolução Nº 5, de 30 de abril de 2010. Altera a lista do anexo, conforme previsto no art. Nº 2 da Resolução Nº 9/2009-SMS, que descreve a relação de atividades de interesse à saúde, priorizada pela vigilância sanitária, segundo a codificação da classificação nacional de atividades econômicas - CNAE, com a descrição das atividades econômicas; a classificação de risco para fins de taxa de vigilância sanitária, o alerta PARVISA, obrigatório para parecer técnico prévio ao alvará para estabelecimentos novos e o alerta PROJEVISA, obrigatória para aprovação de projeto arquitetônicos na vigilância sanitária. Diário Oficial Município. 11 maio 2010.
31. Curitiba. Resolução Nº 2, de 23 de julho de 2018. Dispõe sobre processo de licenciamento sanitário inicial e de renovação para os estabelecimentos de interesse a saúde pela vigilância sanitária municipal para instalação e funcionamento no Município de Curitiba e dá outras providências. Diário Oficial Município. 24 jul 2018.
32. Costa EA. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: UFBA; 2008.
33. Widemann PM. Introduction risk perception and risk communication. Jülich: Programme Group Humans, Environment, Technology; 1993.
34. Navarro MB, Cardoso TA. Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. *Cienc Cognição*. 2005;5(1):67-72.
35. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M et al. Território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-55.
36. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizador. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 15-40.
37. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Relatório de atividades 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2009[acesso 7 mar 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/281258/308532/Relatorio_5_anos_DEFINITIVO.pdf/857a85f9-ab6e-4358-b67c-1f0b81bee7d1

Conflito de Interesse

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



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.
Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.