



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Guimarães Araújo, Daniella; Barros de Melo, Marilene; Brant, Luiz; Viana, Francisco  
Cecílio; Santos, Max André

Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto  
municipal

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2013, pp. 1154-1166

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263667017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal

## The challenges of implantating the forward Plan of Sanitary Surveillance in a municipal context

### **Daniella Guimarães Araújo**

Especialista em Vigilância Sanitária. Chefe do Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA – Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento – NEPEC. Endereço: SIA Trecho 5 Área Especial 57, CEP 71205-050, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: daniella.araujo@anvisa.gov.br

### **Marilene Barros de Melo**

Doutora em Ciências da Saúde. Superintendente de Pesquisa. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: marilene.melo@esp.mg.gov.br; marilenebmelo@gmail.com

### **Luiz Brant**

Pós-Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Endereço: Av. Alfredo Balena, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: brant.ufmg@gmail.com

### **Francisco Cecílio Viana**

Doutor em Ciência Animal. Consultor Ambiental do Centro Mineiro de Estudos Epidemiológicos e Ambientais Ltda.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Barro Preto, CEP 30190.002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: fcviana@terra.com.br

### **Max André Santos**

Especialista em Saúde Pública. Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: maxandre@medicina.ufmg.br

## **Resumo**

Este artigo, resultado da pesquisa – ação “A experiência de implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) em um contexto municipal”, propõe-se a analisar e discutir os desafios à sua implantação no município de Sete Lagoas, MG, observados durante quatorze meses. O estudo concluído em novembro de 2008 foi realizado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) em parceria com a Vigilância Sanitária do município citado e apoio do Núcleo de Assessoramento da Descentralização de ações em Vigilância Sanitária (NADAV/ANVISA). Constataram-se como desafios as novas estratégias de gestão utilizadas e o conhecimento como valor. A triangulação pesquisa-ação/ Planejamento/PD-VISA e a inclusão de todos os atores privilegiaram processos de decisões compartilhadas no âmbito do coletivo, ações articuladas e sustentadas em estratégias de comunicação, respeito às diferentes técnicas de abordagens e autonomia específica a cada um dos integrantes da equipe. E com um compromisso comum na efetivação de uma prática integrativa voltada para um projeto de Vigilância Sanitária mais apropriado às suas necessidades e às melhores condições de vida e saúde. Comprovou-se que a maneira de se trabalhar em Vigilância Sanitária depende do modelo de gestão e da concepção que se tenha de Saúde Coletiva.

**Palavras-chave:** Vigilância sanitária; Planejamento em vigilância sanitária; Pesquisa-ação.

## Abstract

This article is the result of the action research “The Sanitary Surveillance Forward Plan (PDVISA) implementation experience in a municipal scope”. It analyzes and discusses the challenges to its implantation in the city of Sete Lagoas - MG, which were observed during fourteen months. The study, concluded in November 2008, was carried out by the Public Health School of Minas Gerais in partnership with the Sanitary Surveillance of the referred town and with the support of the Sanitary Surveillance Decentralization Advising Center - NADAV/ANVISA. The challenges observed were related to the new strategies of management used and the knowledge as a value. The triangulation of the action research, the planning and the PDVISA, as well as and the inclusion of all actors, have privileged processes of shared decisions in the collective scope, articulated actions supported by strategies of communication, respect to the different approach techniques and specific autonomy of each one of the team members. Besides, there was commitment to educational practices geared towards an integrative sanitary project more appropriate to their needs and to better living and health conditions. It was confirmed that the *modus operandi* in Health Surveillance depends on the management model and the conception of Public Health.

**Keywords:** Sanitary Surveillance; Planning in Sanitary Surveillance; Action Research.

## Introdução

O campo da vigilância sanitária no Brasil demarca a sua especificidade ao configurar as ações de vigilância sanitária àquelas voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos à saúde, além de assumir a responsabilidade na intervenção e controle de problemas sanitários relativos às questões ambientais, à prestação de serviços de interesse da saúde e à produção, circulação e consumo de bens relacionados direta ou indiretamente à saúde (Brasil, 1990).

A complexidade de seus objetos de cuidado, a redução de suas práticas ao “poder de polícia”, historicamente instituído, e a precariedade das condições sociais, econômicas e culturais no País não favoreceram uma descentralização exitosa de suas ações nos municípios, sendo muitas vezes considerada como um “contragosto”, sem o devido apoio técnico e político ao desenvolvimento de suas práticas em âmbito local<sup>1</sup>.

Diante do momento atual de pós-regulamentação do Programa Mais Saúde: Direito de Todos que busca harmonizar a evolução da assistência com a base produtiva e de inovação em saúde (Brasil, 2010) considera-se a fundamentalidade da implementação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) (Brasil, 2007). O PDVISA teve o propósito de estabelecer as diretrizes orientadoras do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), visando o seu fortalecimento e consolidação. E um dos sete eixos de Intervenção do Mais Saúde, o eixo 3, referente ao Complexo Industrial da Saúde, determina que uma de suas medidas é a de “promover e modernizar o SNVS”. Esse sistema tem como integrantes: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os órgãos ou serviços de vigilância sanitária dos Estados e municípios; o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz e os Laboratórios de Saúde Pública (Lacen). Cabe salientar que o diálogo entre o complexo industrial da Saúde e sua relação com o desenvolvimento de tecnologias como medicamentos e equipamentos utilizados no contexto do SUS é fundamental para

1 COSTA, E. A. *Termo de referência para o seminário nacional de avaliação da descentralização da vigilância sanitária: avanços, dificuldades e perspectivas*. Salvador, 2007.

a Vigilância Sanitária (VISA) no exercício de sua missão sobre o mercado.

O PDVISA, ao definir as responsabilidades desses componentes, pautou-se em mecanismos de integração e planejamento, e sua aprovação (Brasil, 2007) exigiu reflexões acerca da VISA e da complexa rede de atuação no momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil passava por grandes transformações. Fez-se necessário, então, realizar debates e adotar estratégias para uma construção participativa entre os diversos atores envolvidos em uma VISA, além dos preceitos centrados meramente na fiscalização.

As características de extensão territorial brasileira e a diversidade social, econômica e cultural demandam configurações distintas da VISA para o exercício de sua missão. Com o novo Plano Diretor, os municípios assumem a função de elaborar, a partir de suas realidades, planos de ação em vigilância sanitária específicos e articulados ao planejamento do setor saúde no âmbito municipal. Para isso, são necessárias análises situacionais de cada contexto local, com posterior reordenamento e implementação das ações, de acordo com o nível de complexidade e resultados pactuados. Organizam-se assim um novo caminhar e diferentes estratégias para o cumprimento dos compromissos estabelecidos e, conseqüentemente, a inserção definitiva da Vigilância Sanitária no campo da saúde coletiva e no SUS e o reconhecimento da sua importância pela população, gestores e profissionais da saúde (Costa, 2004; Souza e Dall'agnol, 2008; Oliveira e Dallari, 2011).

A análise *in loco* do PDVISA (Brasil, 2007) como objeto de avaliação e reorientação das ações em VISA evidencia a importância dessa investigação à medida que ela oferece maior compreensão contextual, favorecendo reflexões, ações coletivas e adoção de estratégias, como a formulação e implementação do Plano de Ação Municipal visando transformar a realidade. Utilizou-se, ainda, como aporte teórico o Planejamento Estratégico Situacional (PES), segundo as perspectivas de Matus (1993, 1997) e Cecílio (1997).

Partindo do princípio que os problemas experimentados - no sentido foucaultiano desse termo - na esfera da VISA são multifacetados constituindo, em algumas situações, obstáculos muito semelhantes

entre si, apesar da ampla diversidade entre os municípios, optou-se por realizar uma investigação que tivesse a pesquisa-ação como instrumento metodológico. Esse estudo buscou identificar e analisar as implicações da implementação do PDVISA em um contexto municipal, relacionando-as às dimensões técnico-científicas, operacionais e políticas. O presente artigo origina-se dessa pesquisa e propõe descrever e analisar os desafios para a implantação do PDVISA em um município de médio porte em um Estado da Região Sudeste do Brasil.

### **Vigilância sanitária: contexto municipal**

O município estudado fica a 76 km de uma capital de Estado da região Sudeste, é considerado de médio porte e possui 221.764 habitantes. É polo de atração para uma região com mais de 30 municípios, é a oitava maior economia de Minas Gerais. Na última década, foi uma das cidades mineiras de maior crescimento econômico. Segundo dados da Fundação João Pinheiro, no período de 2000 a 2008, o PIB de Sete Lagoas passou de R\$ 1 bilhão para R\$ 4,7 bilhões. A sua infraestrutura básica de saúde é composta por três hospitais, dois pronto-socorros e um pronto-atendimento. A cidade é um polo regional atendendo cerca de 35 municípios para serviços de saúde com amplo e diversificado atendimento de consultas, serviços clínicos, serviços laboratoriais e diagnósticos de média e alta complexidade. Oito centros de saúde e 32 postos de estratégias de saúde da família estão localizados nos principais bairros da cidade.

Apesar da existência anterior de ações de vigilância sanitária, a VISA municipal foi criada em 1993. No período de implantação do PDVISA, a equipe de trabalho da VISA era composta por quarenta e oito trabalhadores, 78,17% do sexo feminino e 20,83% do sexo masculino. Em sua totalidade, esses trabalhadores realizam ações de baixa, média e alta complexidade, sendo que as inspeções em serviços hemoterápicos, hemodiálise e UTI neonatal são funções realizadas pela coordenação regional estadual por meio da Gerência Regional de Saúde.

Evidenciou-se, ainda, nesse cenário uma pequena credibilidade e visibilidade no que se refere à vigilância sanitária no cenário do sistema de saúde local. A interação com as demais áreas do

SUS é frágil em decorrência da inexistência de ações conjuntas. O resultado é a existência de um conjunto de trabalhadores insatisfeitos. Nesse contexto laboral, faz-se necessário reestruturar as estratégias de gestão e a utilização de ferramentas como o planejamento.

## Material e método

A pesquisa situou-se no âmbito dos estudos qualitativos, na modalidade pesquisa-ação, sob o parecer nº 0007/2008 do Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Estudos Odontológicos do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

A opção pela pesquisa-ação sustentou-se nas suas possibilidades de favorecer o conhecimento do contexto da investigação e a transformação da realidade vigente, a partir de concepções e sistematizações que contribuíssem para a explicação dos acontecimentos a partir das vivências dos diversos sujeitos da pesquisa. A investigação constituiu-se, então, como uma ação coletiva que não se sustenta em modelos rígidos previamente determinados, pois exige, em seu percurso, a adoção de estratégias que sejam adequadas à realidade vigente no processo investigativo. A pesquisa assume, assim, o caráter de produto da mudança, evitando a aceitação de um conhecimento que se transforme em um fim em si mesmo (Thiollent, 1986; Franco, 2005, 2008).

Os sujeitos da pesquisa representaram a totalidade dos técnicos da VISA municipal em exercício, 48 (quarenta e oito) trabalhadores, sendo 48% com formação em 2º grau e 52% em 3º grau. Eles assumiram a função de abrir espaços de interlocução com todos os atores sociais envolvidos no campo da vigilância. O conhecimento que esses sujeitos possuem sobre o território é fundamental para o planejamento em todas as suas fases, desde a definição de prioridades, até o direcionamento de estratégias e efetivação das ações em VISA pautadas em princípios como a equidade e a integralidade. Devido à diversidade da formação acadêmica, sua composição caracterizou-se pela multiprofissionalidade, estratégia que segundo Souza e Costa (2010) tem procurado dar conta da complexidade do objeto da VISA, a partir de seus diversos saberes especializados.

A obtenção de informações no processo de inves-

tigação se constituiu a partir das técnicas de grupo focal e oficinas de trabalho, que foram gravadas em áudio e transcritas, bem como da observação participante. Tanto os grupos focais como as oficinas buscaram conhecer as necessidades das práticas em vigilância sanitária a partir do aprendizado organizacional, visando à adoção de referenciais teóricos e estratégias no sentido de transformar o processo de trabalho e, simultaneamente, produzir conhecimento científico (Kopnin, 1978; Abrantes e Martins, 2007).

A pesquisa iniciou-se com o grupo focal como estratégia de estabelecer uma reflexão, a “fala em debate”, entre os técnicos, acerca dos conceitos, impressões e concepções relativos às circunstâncias que envolvem a vigilância sanitária, a implementação das diretrizes do PDVISA e suas implicações nessa prática (Krueger, 1994; Minayo, 2010). Os grupos focais foram realizados em dois momentos. O primeiro, anterior à formulação e implementação do PDVISA, visou à elaboração do diagnóstico situacional. O segundo, a partir do olhar dos sujeitos, foram investigados os desafios em relação ao plano e sua execução. Os grupos foram constituídos aleatoriamente, no máximo, com 16 integrantes.

A partir da análise das informações coletadas no primeiro momento dos grupos focais, apreendeu-se que os desafios relacionados à implantação do PDVISA podem ser sintetizados em três categorias: os desafios da prática em vigilância sanitária; o desgaste no processo de gestão e a fragilidade no conhecimento acerca dos eixos do PDVISA. Devido à complexidade do campo da vigilância sanitária, fez-se necessário realizar um recorte em relação aos vários problemas e trabalhar com o objeto “Alimentos”, que apresentou como problema priorizado as Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), devido a sua casuística, o que o transforma no maior desafio local de acordo com os trabalhadores. Dessa maneira, a DTA não seria um “pseudoproblema”, mas o “nó crítico”, que segundo Cecílio (1997) “é uma causa do problema que, se for atacada ou modificada, terá um grande impacto sobre o problema. O nó crítico traz também a ideia de ser algo sobre o qual eu posso intervir, que está dentro do meu espaço de governabilidade” (p. 158-159).

As oficinas foram constituídas a partir dessas

categorias e se pautaram no planejamento participativo (Matus, 1993, 1997). Estrategicamente, elas se estruturaram como um processo de intervenção psicossocial que a partir dos aspectos pedagógicos e terapêuticos promoveram espaços de informação, reflexão e discussão, durante reuniões de trabalho entre gestor e técnicos em uma perspectiva de dinâmica de grupo (Afonso, 2007). Enquanto que, no âmbito da cultura da participação e do trabalho em equipe instrumentalizaram e fortaleceram o processo de gestão na esfera da VISA municipal. As quatro oficinas contemplaram os pressupostos do planejamento estratégico, duas referentes ao momento explicativo/normativo e duas, ao estratégico, a partir de uma abordagem dialógica, político-pedagógica, com ênfase na problematização das experiências locais e na construção de matrizes de sistematização de dificuldades e proposições.

No momento explicativo/normativo, procurou-se analisar e trabalhar os problemas e suas origens relativos à prática em vigilância sanitária e ao seu processo de gestão e, as fragilidades no que concerne ao conhecimento dos eixos do PDVISA, ou seja, o que é a realidade e como ela poderia ser, identificando-se os “nós críticos” a serem enfrentados. No momento estratégico/tático-operacional buscou-se constituir as estratégias de enfrentamento às causas dos problemas relacionados à prática em vigilância sanitária e viabilidades para um conhecimento mais consolidado sobre os eixos do PDVISA. Neste momento, com base no PDVISA, buscou-se formular e implementar as ações no Plano de Ação Municipal com base no PDVISA.

O tema central de discussão nas oficinas se pautou em “a VISA que temos e a VISA que sonhamos” e se sustentou nos cinco eixos do PDVISA: 1- Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito do SUS; 2- Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; 3- A vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde; 4- Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; 5- Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

A técnica da observação participante constituiu-se através da observação propriamente dita, obtenção de informações, análise dos dados, reações

e expressões corporais e das falas dos sujeitos pesquisados. O registro deu-se a partir de anotações livres dos pesquisadores sobre os treze nós críticos levantados pela equipe e focados nos cinco eixos do PDVISA, durante o acompanhamento do processo de trabalho em VISA, das oficinas e grupos focais.

Para a análise dos dados obtidos nos grupos focais, oficinas e observação participante utilizou-se a “análise de conteúdo”, segundo Bardin (2009).

## Resultados e discussão

A partir da análise de conteúdo das oficinas, elaboraram-se as seguintes categorias relacionadas aos desafios de implementação do PDVISA: reestruturação das estratégias de gestão e a produção do conhecimento no âmbito da Vigilância Sanitária.

### O Desafio da reestruturação das Estratégias de Gestão

A inserção do PDVISA (Brasil, 2007) na Vigilância Sanitária do município em estudo demandou a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como possibilidade de diálogo, problematização coletiva, negociação política e de corresponsabilização. Aspectos fundamentais para a ampliação da governabilidade dos trabalhadores, que, na concepção de Matus (1993), depende do grau de controle que os atores envolvidos possuem em relação à determinada situação. O nível de controle depende de algumas alianças, das formas de enfrentamento e da viabilidade das ações operadas.

O referencial matusiano contribuiu, sensivelmente, para a reconstrução do modelo de gestão implementando um sistema de gestão coletiva e descentralizada ao PDVISA (Brasil, 2007). Os elementos para a análise situacional foram obtidos a partir das oficinas conduzidas por técnicos da VISA municipal, realizadas em dois momentos. O primeiro, possibilitou uma reflexão crítica da realidade do processo de trabalho em VISA, favorecendo assim a elaboração de um diagnóstico. O segundo, articulou ações propositivas visando à transformação dessa situação. Essa análise foi fundamental para avaliar as viabilidades do plano e o desenho de estratégias para o alcance dos resultados esperados que de acordo com Matus (1993) é base para a definição das ações.



### A oficina como estratégia de gestão dialógica

A técnica da oficina foi utilizada como alternativa de impulsionar espaços de discussão e reflexão sobre as ações e serviços em VISA e suas adequações aos problemas, necessidades e demandas da população. Situação, cujo objetivo foi aproximar os trabalhadores da realidade local, pautando-se na concepção de integralidade proposta pelo PDVISA e de responsabilização na organização do processo de trabalho e na adoção das ações de elaboração, monitoramento e avaliação do Plano de Ação Municipal (PAM).

A experiência da oficina, segundo o depoimento de uma participante: *ajudou a gente a esboçar objetivos [...] antes era um trabalho meio que no escuro [...] a gente agora trabalha de forma coletiva... compreendemos o 'todo'... temos voz ativa... autonomia... antigamente era só cumprir ordem e pronto*. Esse comentário foi endossado por todos os técnicos presentes. As oficinas favoreceram a sistematização do PAM abrindo espaços de reflexão crítica, propositiva e de decisões compartilhadas no âmbito desse coletivo. E, ao mesmo tempo, possibilitou a divisão das responsabilidades, articulação e respeito às diversas abordagens, contribuindo assim para a consolidação da autonomia de cada sujeito envolvido. Condição essencial para o enfrentamento dos problemas, para a sustentação e integração da equipe para se tornarem autores, coordenadores e condutores dos diversos planos de ação.

A posição dos trabalhadores em relação à VISA que temos era de insatisfação em relação ao processo de trabalho e às ações de vigilância, não reconhecidas e desconsideradas por grande parte da população, o que pode ser constatado com o que afirmou um dos técnicos: *a maior parte da sociedade não tem noção do nosso trabalho. Falam: lá vem a vigilância incomodar, detectar falhas e aplicar punições*. Essa percepção demonstra a falta de conhecimento em relação ao trabalho da vigilância, o que pode ser resultado da posição que a VISA tem assumido no âmbito da sociedade e no campo da saúde. Principalmente, quando se depara com uma realidade que para o grupo de técnicos está centrada *em uma fiscalização sem reconhecimento, sem avaliação de riscos, com estrutura inadequada, sem articulação com as demais áreas de saúde e com baixa autonomia*. Condição essa que estimulou os diversos sujeitos da

pesquisa a buscar uma atitude de transformação da VISA local, demarcando-a como uma ação realizada por técnicos que assinalam ter agora “voz e vez” na prática em VISA. Esse reconhecimento é fundamental, essencialmente em uma atividade considerada de relevância pública e natureza regulatória, tarefa estatal intransferível; as ações de seus trabalhadores se pautam em fundamentos jurídicos e no poder de polícia (Costa, 2008; Marangon e col., 2009).

Um dos principais problemas relacionados à estrutura da VISA localizava-se, justamente, na “porta de entrada” desse serviço: *tinha um buraco na porta de entrada*. Este fato era discutido como uma metáfora em relação às dificuldades de iniciar um novo processo de trabalho e serviu como estímulo aos pesquisadores para apropriarem do “Meio do Caminho” de Andrade (2001) – “Tinha uma pedra no meio do caminho/ no meio do caminho tinha uma pedra” (p. 9). Situação que expressava a imagem de um ambiente físico sujo, com estado de conservação precário e equipamentos inadequados e/ou insuficientes. Mas, que foi considerado pelo grupo um estímulo à mudança.

As constantes trocas de Secretários de Saúde no Município suscitou questionamentos como: *Até onde poderemos ir neste ano tão político?* ou *Será que vamos mesmo mudar, já foram tantas as tentativas, tantos já passaram por aqui....* Influências políticas ou outros tipos de pressão foram relatados por Souto (2007) e as respostas a essas questões deram-se a partir da elaboração de projetos relevantes construídos em parcerias como atores internos e externos à ANVISA. A abertura desses espaços de interlocução fez com que os trabalhadores do município investigado convivessem com a certeza de que pela primeira vez eram ouvidos e tinham voz ativa em um projeto de governo para o âmbito da vigilância sanitária. A estratégia de responsabilização demonstrou o potencial político do gestor e segundo os sujeitos da pesquisa *ampliou a governabilidade do gestor*, devido à relação de confiança estabelecida com a equipe. Do ponto de vista teórico, essa situação pode ser compreendida através do que Matus (1993) denominou como triângulo de governo. Ou seja, a função do governo é agir para transformar, concepção também assumida pelo PAM ao sistematizar coletivamente o processo de trabalho em VISA. A

equipe adotou assim a posição de “sujeitos da ação”, que diante dos desafios impostos, caracterizados na perspectiva de Matus (1993) como “nós críticos”, iniciaram movimentos de valorização da VISA integrada intersetorialmente, articulando atores sociais como prefeito, secretário de saúde, conselheiros de saúde, trabalhadores do setor de comunicação da secretaria e da mídia local.

### **A gestão da VISA municipal e seus Nós Críticos**

A primeira fase das oficinas, denominada de momento explicativo, como já assinalado, viabilizou a compreensão da realidade vigente e a apreensão dos “nós críticos”. De acordo com os trabalhadores, o maior desafio eram as doenças transmitidas por alimentos (DTA), suas causas, indicadores e consequências, devido ao impacto que provocam. Suas implicações foram relacionadas ao aumento do número de internações e dos custos operacionais originários das doenças, ao absenteísmo no âmbito da VISA e ao seu baixo reconhecimento como ação de proteção à saúde.

Compreendendo a perspectiva estratégica do PD-VISA (Brasil, 2007) como uma maneira de cumprir os compromissos pertinentes à vigilância sanitária local, buscou-se relacionar os nós acima assinalados aos eixos desse Plano Diretor. Selecionou-se 13 (treze) “nós críticos” relacionados às DTAs, situando-os em uma Matriz de Problemas com descritores, causas, consequências, soluções de enfrentamento e construção de viabilidades.

Desses treze nós, cinco eram relacionados ao eixo 1 do PDVISA (Brasil, 2007). Para o seu enfrentamento, algumas ações foram realizadas como o estabelecimento de parceria com o setor de arrecadação de tributos do município; a elaboração de um manual de procedimentos sobre os aspectos administrativos do processo de trabalho em VISA; a sensibilização do gestor de saúde municipal diante da precariedade da estrutura física, de comunicação, de equipamentos e de locomoção da VISA municipal; a instituição de uma comissão geral na secretaria municipal de saúde para acompanhamento de projetos e recursos e a qualificação dos técnicos da área de alimentos.

A tônica dos processos de qualificação baseou-se na realidade do processo de trabalho em vigilância sanitária, buscando a interação da teoria e prática, com a inserção de espaços de discussão sobre o

processo de trabalho, as resoluções e as estratégias de enfrentamento sobre os casos notificados, bem como na realização das oficinas de educação permanente sobre a temática, denominadas de “Às segundas-feiras na VISA”. Para um dos técnicos [...] *esses encontros ajudaram bastante na integração da equipe... mais solidariedade e confiança... entrosamento... esse é um momento de discutir as dificuldades encontradas [...] e de aprendizado*. O fortalecimento dessa concepção era nítido diante de um grupo cada vez mais assíduo, participativo e corresponsável. A eficácia dessa ação também pôde ser percebida nas oficinas de orientação técnica ao setor regulado, voltadas ao setor de panificação e restaurantes, com a participação maciça do setor.

A abertura de espaços de apropriação da questão laboral foi ainda contemplada com a instituição das Histórias da VISA Real, na qual os técnicos através da narrativa socializavam suas experiências a partir das práticas da vigilância sanitária.

A análise das ações de qualificação demonstrou o fortalecimento da condição de cidadania na comunidade local, ao instaurarem espaços de diálogo e de escuta do que o povo “sabe, espera e conhece” (Damatta, 1988). Situação que privilegiou uma reflexão mais próxima de quem está sob efeito das ações de vigilância ou da sua ausência e do exercício do direito aos alimentos, medicamentos e ambientes seguros, além do reforço ao sentido de cidadania.

Em relação ao eixo 2 do PDVISA, foram assinalados 2 (dois) “nós críticos”. Um deles exigiu movimentos de consolidação de parcerias intersetoriais. Todos visando um alargamento das ações e a necessidade de múltiplos atores para o enfrentamento, como um dos técnicos sinaliza a seguir: [...] *os resultados das parcerias [...] foram muito bons [...] a convivência da vigilância com a SMS é totalmente diferente... ela não era incluída nesta secretaria... a própria prefeitura tinha uma visão errada do nosso trabalho. Posso ainda falar de alguns exemplos práticos, a parceria com a Secretaria da Fazenda... a vigilância notifica o estabelecimento clandestino e a secretaria cobra o Alvará. A parceria com a prefeitura... deu consistência ao cadastro de estabelecimentos da vigilância que não batia nem 50% com o setor de ISS da Prefeitura. A com o PSF, principalmente o ACS [...] ele conhece bem toda aquela região, a reali-*



*dade que aquele povo vive, então fica mais fácil para nos ajudar a fortalecer as nossas ações.*

Apesar de reconhecer a complexidade da estratégia intersetorial, esse comentário comprova os resultados efetivos da articulação entre diferentes setores no que se refere às ações facilitadoras para a implantação do PAM. Uma vez que o compartilhamento das práticas explicitadas acima aproxima-se da perspectiva de rede, na qual relações horizontalizadas e interdependentes favorecem uma estrutura societária mais compromissada com a concepção da promoção da saúde.

O segundo “nó crítico” do eixo 2 do PDVISA (Brasil, 2007) diz respeito à inexistência, anterior, de priorização de riscos: [...] *até há pouco tempo não havia mas hoje cumprimos praticamente todas as nossas metas devido ao monitoramento... através de reuniões periódicas... priorização dos hospitais pelo maior risco, com inspeção e reinspeção em datas estabelecidas...os estabelecimentos com irregularidades mais graves e foram feitos termos de obrigação a cumprir com eles.*

Ainda hoje, trabalha-se muito a noção de risco, mas pouco a sua gestão. O comentário acima demonstra um avanço do modelo de gestão implementado, uma vez que os técnicos, ao identificarem os estabelecimentos de risco e as irregularidades mais frequentes, planejavam um monitoramento mais próximo e específico a cada um deles. Isto estimulando a capacidade do setor regulado de evitar uma situação de risco e de assumir uma posição de responsável diante do que é possível para ele, evitando a concretização do risco. Pois, de acordo com Castiel, (1999), Brüseke (2007), Porto (2007) e O'Dwyer e colaboradores (2007), o risco não existe por si só, mas apenas diante de uma situação de caráter multifatorial, da ausência de ações de controle preventivas e da capacidade de o setor regulado enfrentá-las. Ficou explícito na análise das narrativas uma variedade de fatores de risco permeando a prática sanitária e o seu enfrentamento sempre associado a princípios como intersetorialidade, multiprofissionalidade, mobilização social, responsabilização múltipla.

No que tange aos “nós críticos” associados ao eixo 3, buscou-se inserir a VISA no contexto das ações integrais de saúde através de ações conjuntas com as demais áreas da Secretaria Municipal de

Saúde (SMS) para enfrentamento dos problemas. Aplicaram-se questionários semiestruturados, em feiras livres, cozinhas industriais, no serviço de pediatria de um hospital e em pronto-atendimentos municipais sobre as DTAs, os alimentos causadores e a percepção da população.

Esses levantamentos serviram de norte para a conformação de ações mais integradas e voltadas ao controle das DTAs, como o estabelecimento de um fluxo de notificação e de estratégias conjuntas de prevenção. Estas se orientaram em direção à concepção de Vigilância em Saúde, ultrapassando um modelo sustentado em ações pontuais e pouco integradas. Um outro fator importante foi o agrupamento das três vigilâncias dentro de um mesmo prédio.

A estratégia da realização desta pesquisa-ação demonstra a centralidade que a produção do conhecimento ocupou na VISA em estudo, minimizando as implicações do “nó crítico” relacionado ao eixo 4 do PDVISA (Brasil, 2007). Mesmo que a inclusão da pesquisa fosse vista pela equipe, a princípio, de forma pouco clara ou até mesmo com certa desconfiança *será que a gestão está pensando em fazer mestrado/doutorado?*, os participantes compreenderam que, enquanto sujeitos da pesquisa e da ação de planejamento, eram coautores do trabalho em desenvolvimento. Esta posição propiciou o entendimento do processo de trabalho e as transformações eram subsidiadas e ao mesmo tempo delineadas pela diversidade e complexidade do campo Vigilância Sanitária, refletindo um mosaico permeado de compartilhamento, organização e saberes diversos.

No que se refere aos “nós críticos” associados ao eixo 5 do PDVISA (Brasil, 2007), a sua resolução situou-se na integração da VISA com as mídias locais. A interlocução com a mídia favoreceu a socialização das ações referentes à construção da consciência sanitária e no que se refere à vigilância, o que ficou evidente na percepção de alguns dos sujeitos da pesquisa [...] *a mídia tem ajudado bastante a mudar a concepção da comunidade em relação à vigilância... que está mais em evidência... na mídia*, aproximando-se do que é preconizado em alguns estudos (Guareschi e Jovchelovitch, 1998; Porto, 2007). Cabe, então, destacar o lugar que a mídia ocupa na dinâmica dos processos sociais e sua importância na

instituição do imaginário da sociedade. No âmbito desta pesquisa, a mídia conseguiu transformar a percepção que a comunidade local tinha da Vigilância Sanitária, antes marcada pela impessoalidade, pouca efetividade e baixa resolutividade, demarcando-a como integrante do campo da saúde e o seu significado para esse. Além de reforçar a qualidade das ações e serviços prestados e a importância da participação social nas ações educacionais e regulatórias.

Esta forma de abordagem marcou a inserção de uma nova cultura em VISA que avançou de ações unilaterais, geralmente, de caráter fiscalizatório e punitivo para movimentos de construção e transformação que considerem os diversos atores envolvidos e se situem na perspectiva da promoção de saúde. Situação enfatizada nesta explanação: *a vigilância criou uma outra imagem [...] antes o fiscal entrava no estabelecimento... ele não tinha credibilidade porque o serviço não prosseguia... para se fazer uma notificação... tinha que ter jogo de cintura [...] a gente fechava o estabelecimento e a pessoa abria em outro lugar com os mesmos problemas pois não havia um trabalho preventivo... Hoje ele existe... tem respaldo jurídico, união da equipe [...]. estamos parceiros no município. Até o jeito do contribuinte chegar é diferente, hoje eles questionam menos...o trabalho melhorou bastante[...].*

A nova postura da VISA estava evidente em suas várias ações; ela buscou ocupar o poder que lhe é outorgado, de polícia administrativa, entretanto, caminhando além do seu caráter repressivo, adotando abordagens preventivas baseadas na escuta, no diálogo e na corresponsabilização, visando o bem coletivo.

Devido à menor governabilidade, em relação às demais ações, o “nó crítico” ligado à política de regularização dos comércios informais e à falta de condições para a regularização deles, optou-se por não incluí-lo no planejamento, bem como o relacionado com a adequação do código sanitário, não trabalhado durante o período. O que demonstra o amadurecimento do grupo em relação ao processo de implantação do PDVISA, coincidindo com o achado por Teixeira (2009), ao investigar, busca formular e implementar um instrumento de avaliação quanto à implantação do PDVISA no âmbito do Estado

de Santa Catarina. Observou-se no município de Sete Lagoas, que os sujeitos da pesquisa, diante da complexidade do planejamento, optaram por preservar, neste momento, algumas questões e priorizar outras, pois de acordo com Matus (1997) a questão da governabilidade ocupa um papel central e exige processos de articulação. Esta escolha também se pautou em Kopnim (1978). O autor adverte que um problema científico não pode ter a sua escolha direcionada apenas no que o pesquisador deseja conhecer, mas no que é possível conhecer dentro das condições existentes. Entretanto, após a conclusão da pesquisa, foram planejadas ações preventivas voltadas ao comércio informal, principalmente, as feiras livres e alimentos comercializados de maneira informal.

Com a reestruturação da estratégia de gestão no âmbito da VISA em estudo concretizaram-se alguns princípios antes viáveis, mas pouco exercitados, como o conhecimento do contexto, a cogestão, mobilização social, cidadania, pactuação de resultados e corresponsabilização. Demarcando um sistema de gestão criativa com tomada de decisão e de controle coletivas, resultantes de consenso e capazes de instigar a comunicação. A tática da corresponsabilização, baseada nessa perspectiva dialógica, na participação coletiva e no compromisso, de acordo com os técnicos da vigilância *não apenas favoreceu a descentralização das ações, a desconcentração dos poderes, mas ampliou a governabilidade e a autonomia da equipe para a tomada de decisão sobre a pluralidade das ações em VISA.*

As possibilidades criadas pelas técnicas de obtenção de informações e as constituídas pelo referencial do Planejamento Estratégico Situacional promoveram a inserção de outras formas de gerir diferentes do modelo de gestão vigente na VISA municipal que reproduzia as condições de outros serviços no País (Cohen, 2009; Leal e Teixeira, 2009; Marangom e col., 2009). Esse modelo é marcado pelo enfoque no modo cartorial burocrático e fiscalizatório de atuação da VISA municipal, pela rigidez, centralização das ações e um desempenho sustentado em abordagens fiscalizatórias e sem priorização de riscos, com pequena ênfase em ações educativas (Cohen, 2009; Leal e Teixeira, 2009; Marangom e col., 2009). Características muito distantes

dos elementos necessários para gerir a implantação do PDVISA (Brasil, 2007). Desafio que estimulou a equipe de trabalhadores a assumirem uma posição pró-ativa no sentido de se priorizar os riscos, utilizar outros formatos na articulação inter e intrasetorial, estimular a participação da sociedade no sentido de se transformar a realidade vigente. Diante dessas características, é possível afirmar que houve, de certa forma, uma inovação no processo de trabalho em VISA e, mais, essencialmente, no seu modelo de gestão.

### **O desafio da produção do conhecimento em VISA**

O conhecimento produzido nos vários espaços de formulação e implementação do PAM, na perspectiva foucaultiana, relacionava-se ao conjunto de instrumentos empregados na pesquisa e ao desejo de transformação dos sujeitos. Esse valor depende de como essas ações têm impactado a vida dos trabalhadores e, segundo Lopes (2008), da lógica do sistema de acumulação e reprodução capitalista, devido à centralidade econômica que o saber vem assumindo.

A importância da produção do conhecimento ficou demarcada pelos técnicos, a partir de declarações como: *a ANVISA ou a própria secretaria do município poderia fazer mais curso para nós [...] quanto mais conhecimento, mais consciência do trabalho e do que temos ainda a aprender. Sentimos... a equipe mais unida... mais divisão do conhecimento. A gente passou a ter maior conhecimento do risco e mais segurança para cobrar [...]. Hoje... a gente tem conhecimento técnico e ético... isso nos dá respeito e credibilidade.*

Esse comentário define a essencialidade da qualificação da equipe e da importância das novas estratégias de gestão em Vigilância Sanitária. A qualificação associada ao processo de trabalho tem sido objeto de estudo de autores como Ceccim e colaboradores (2006) que demarcam a necessidade de compreender o trabalho como um princípio educativo. No caso desta pesquisa, o trabalho na Vigilância Sanitária tornou-se, então, o *locus* privilegiado do processo educativo e espaço privilegiado de reflexão sobre conhecimento/prática profissional, segundo Souza e Stein (2008), respeitadas as diversidades quanto ao grau de instrução, conhecimento e qua-

lificação. E, a partir das oficinas de planejamento e monitoramento e das oficinas de qualificação técnica, os integrantes da equipe da vigilância sanitária consolidaram-se como multiplicadores desse processo sustentado por uma prática em equipe, responsável e colaborativa.

Construir esse saber e socializá-lo entre os múltiplos atores sociais envolvidos nas ações de vigilância é também um modo de desconcentrar poder e exercício de cidadania, articulando saber, poder e autoridade. A percepção dos técnicos sobre respeito e credibilidade advindos do saber é legitimada, uma vez que, segundo Wéber (1999), somente uma autoridade em uma área específica possui o poder de induzir a aceitação de suas concepções. Essa legitimidade é também firmada quando esse saber se constitui a partir de ações educativas e de qualificação voltadas às demandas e necessidades da população, envolvendo os trabalhadores da VISA, comunidade e setor regulado.

A percepção de um dos fiscais em relação a essa ação pode ser sintetizada da seguinte maneira: *uma coisa fundamental que houve foi a questão da capacitação, do treinamento oferecido para o setor regulado [...] quando a vigilância oferece um curso e mostra a importância de certas práticas, aí eles começam a entender [...] nos respeitam mais porque eles não estão vendo mais aquela vigilância que chega e cobra mas não explica nada... hoje ocorre um diálogo maior... pois também ouvimos o que eles têm a dizer...*

Esse comentário reflete o pensamento do grupo e expressa a importância da socialização das ações educativas, privilegiando os diversos sujeitos na ação em VISA. Essa ação não pode ser unilateral, as estratégias adotadas devem favorecer que todos os sujeitos sejam ativos durante o processo, pois como Ceccim (2007) ressalta, ouvir as diversas vozes é um exercício de cidadania. De acordo com o depoimento acima, observa-se que ficou mais fácil para o setor regulado compreender os riscos em relação a certas práticas após apreenderem o “tal objeto”, que não existe por si só, mas sim a partir de um significado emitido, compartilhado e reconhecido pelo coletivo. A proximidade dos vários atores sociais viabilizou uma postura reflexiva e crítica, além do intercâmbio de experiências, que aconchegaram o conhecimento

à realidade vigente, tornando-o mais acessível a esses atores. Dessa forma, pode o saber assumir um caráter emancipatório voltado ao bem coletivo.

As possibilidades de apropriação do conhecimento por parte dos sujeitos da pesquisa só minimizam alguns dos desafios relacionados à produção do saber no fazer laboral em VISA e confirmam a necessidade de maiores investimentos em processos sistemáticos de qualificação para os profissionais da VISA como um todo, respeitadas a diversidade de saberes e as práticas (O'Dwyer e col., 2007; Leal e Teixeira, 2009).

O desenvolvimento desta pesquisa apontou as viabilidades da modalidade de pesquisa-ação assinaladas por Franco (2005, 2008), explicitadas a partir da articulação de processos de reflexão/pesquisa e formação em serviço no momento das oficinas, compreendidas como espaço de interações dialógicas e acordos/negociações. Além de ter se constituído na tríade que Stengers (1990) assinala para a construção de um campo de conhecimento: conhecer, prever e agir. A tríade foi base para a análise do PDVISA (Brasil, 2007) e a elaboração do Plano de Ação Municipal. A partir dessas análises, formularam-se e se implementaram estratégias que facilitaram a superação dos desafios, a emergência de ações a partir do coletivo dos atores sociais envolvidos e favoreceram a resolução das necessidades despontadas no processo de implantação do PDVISA (Brasil, 2007).

## Considerações finais

A opção pela modalidade de pesquisa-ação e a implantação do PDVISA (Brasil, 2007) por si só já se constituíram como desafios. No caso da pesquisa, por ser pouco frequente no campo da saúde, bem como situar-se em um processo de trabalho de natureza plural como a Vigilância Sanitária. Situação que exigiu a articulação de métodos para a obtenção de informações, buscando apreender o que nascia dos múltiplos olhares atentos aos fatos e às diversas ações coletivas desenvolvidas em prol do campo da Vigilância Sanitária. Facilitada pela possibilidade que a pesquisa-ação oferece de interação entre todas as variáveis presentes no processo de trabalho em

vigilância sanitária e estimulada pelo seu poder de transformação.

A triangulação pesquisa-ação/Planejamento/PDVISA consolidou-se como uma estratégia efetiva para produção de conhecimento científico e um novo modo de ação em VISA, a partir de um processo transparente e democrático, imprescindível para dar visibilidade à busca de fortalecimento do campo da Vigilância Sanitária no município. Durante o transcorrer do trabalho, foi possível nomear as principais questões relacionadas ao objeto de investigação. As técnicas utilizadas para coletar as informações referentes à pesquisa resultaram em momentos de reflexão crítica e propositiva que estimularam o enfrentamento de desafios como a nova estratégia de gestão e o desafio da produção do saber no âmbito do trabalho. E, definiram a equipe como autora e condutora das ações de vigilância sanitária a partir da realidade local.

Os principais desafios para a implantação do PDVISA no âmbito municipal situavam-se no modelo burocrático e fiscalizatório da VISA local, na rigidez e centralização das ações, na pequena ênfase em ações educativas, sem priorização de riscos e no conhecimento frágil no que concerne ao PDVISA. Esses desafios, presentes desde o início da implantação do PDVISA (Brasil, 2007) foram minimizados pela adoção do referencial do Planejamento Estratégico Situacional que viabilizou a inclusão de todos os atores envolvidos nas ações de vigilância sanitária, a eleição das DTAs como o problema crucial e a adoção de estratégias de enfrentamento para as causas do problema priorizado, bem como pela socialização do conhecimento referente ao PDVISA. Condições que privilegiaram processos de decisões mediados pelos referenciais teóricos específicos aos objetos de estudo e compartilhadas no âmbito do coletivo; ações articuladas e disseminadas entre os integrantes da equipe, respeito às diferentes técnicas de abordagens e autonomia específica a cada um desses integrantes. Além de viabilizarem uma melhor interlocução do gestor e do técnico da VISA com as demais áreas do campo da Saúde, o cidadão, o setor regulado e a comunidade. Situações que refletiram em um compromisso comum na efetivação de uma prática integrativa voltada para um

projeto de Vigilância Sanitária mais apropriado às suas necessidades e às melhores condições de vida e saúde. Comprovando que a maneira de se trabalhar em Vigilância Sanitária depende do modelo de gestão e da concepção que se tenha de Saúde Coletiva.

O resultado da pesquisa demonstrou que se um grupo de trabalhadores submetidos a condições pouco adequadas de trabalho forem investidos de autonomia, isto pode suscitar transformações no processo de trabalho. Reconhece-se que a pesquisa empreendida contribuiu para a consolidação de uma vigilância sanitária mais adequada à realidade local a partir da problematização de seu objeto de trabalho, mediada por referenciais teóricos e com saber dos sujeitos da pesquisa construído no labor cotidiano.

## Referências

- ABRANTES, A. A.; MARTINS, L. M. Scientific knowledge production: the subject-object relationship and thought development. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 11, n. 22, p. 313-325, 2007.
- AFONSO, L. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- ANDRADE, C. D. *Alguns poemas*. São Paulo: Record, 2001.
- BARDIN, L. A. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 018055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.052, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 maio 2007. Seção I, p. 33-36.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos*: 2008 - 2011. 5. ed. Brasília, DF, 2010.
- BRÜSEKE, F. J. Risco e contingência. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 69-80, 2007.
- CASTIEL, L. D. *A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- CECCIM, R. B. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 153-178.
- CECCIM, R. B. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 29-48, 2007.
- CECÍLIO, L. C. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-195.
- COHEN, M. M. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 867-901, 2009.
- COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004.
- COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 77-90.
- DAMATTA, R. Brasil uma nação em mudanças e uma sociedade imutável?: considerações sobre a natureza do dilema brasileiro. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 204-219, 1988.
- FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.



FRANCO, M. A. S. *Questões de método na construção da pesquisa em educação*. São Paulo: Cortez, 2008.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1998.

KOPNIN, P. V. *A dialética como lógica e teoria do conhecimento*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

KRUEGER, R. A. *Focus group: a practical guide for applied research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. Analysis on the situation of human resources for sanitary surveillance. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 167-179, 2009.

LOPES R. S. *Informação, conhecimento e valor*. São Paulo: Radical Livros, 2008.

MARANGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E. A. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 457-479, 2009.

MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993.

MATUS, C. *Adeus senhor presidente: governantes e governados*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 617-624, 2011.

PORTO, M. F. S. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUTO, A. C. *Processo de Gestão na Agência Nacional de Vigilância Sanitária*: Anvisa. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SOUZA, D. B.; DALL'AGNOL, C. M. Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 452-457, 2008.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3329-3340, 2010.

SOUZA, J. S.; STEIN, A. T. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2225-2238, 2008.

STENGERS, I. *Quem tem medo da ciência: ciências e poderes*. São Paulo: Siciliano, 1990.

TEIXEIRA, A. P. C. P. *Plano diretor de vigilância sanitária: uma proposta para avaliar sua implantação da saúde*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1986.

WEBER, M. *Economia e sociedade*. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 1999.

Recebido em: 31/05/2012

Reapresentado em: 21/03/2013

Aprovado em: 01/04/2013