



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes

Karla Teles Reis

Análise das ações das Vigilâncias Sanitárias municipais em serviços intra-hospitalares de imagem no Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

Karla Teles Reis

**Análise das ações das Vigilâncias Sanitárias municipais em serviços intra-hospitalares de
imagem no Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-Graduação em Física Médica, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Augusto de Freitas Peregrino

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

R375 Reis, Karla Teles.

Análise das ações das Vigilâncias Sanitárias municipais em serviços intra-hospitalares de imagem no Estado do Rio de Janeiro / Karla Teles Reis. - 2024.
71 f.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Augusto de Freitas Peregrino

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes. Pós-graduação em Física Médica.

1. Serviços de vigilância sanitária. 2. Segurança do paciente – Teses. 3. Diagnóstico por imagem. 4. Vigilância sanitária – Organização e administração. I. Peregrino, Antonio Augusto de Freitas. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes. III. Título.

CDU 351.77:618.19

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Karla Teles Reis

**Análise das ações das Vigilâncias Sanitárias municipais em serviços intra-hospitalares de
imagem no Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre,
ao Programa de Pós-Graduação em Física
Médica, da Universidade do Estado do Rio
de Janeiro.

Aprovada em 24 de abril de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antonio Augusto de Freitas Peregrino (Orientador)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dra. Samara Ferreira Machado
Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes – UERJ

Dr. Hugo Braz Marques
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

A minha família, pelo apoio e dedicação. Aos meus amigos do trabalho, que foram fundamentais para esse processo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Antonio Augusto de Freitas Peregrino, pelo apoio, incentivo e por todo ensinamento que me proporcionou durante essa jornada.

A minha filha, Maria Clara, com quem estudei logaritmo.

Ao meu marido, Wagner Barros, que foi também meu tradutor.

Aos professores do curso pelo acréscimo de conhecimento.

Aos colegas de turma, principalmente a Cláudia Beatriz Serodio, que esteve ao meu lado durante todos os momentos.

Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância.

John F. Kennedy

RESUMO

REIS, Karla Teles. *Análise das ações das Vigilâncias Sanitárias municipais em serviços intra-hospitalares de imagem no Estado do Rio de Janeiro*. 2024. 71 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Física Médica) – Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O objetivo do presente estudo é analisar o impacto da política de descentralização das ações de vigilância sanitária nos serviços de imagem intra-hospitalares, através do diagnóstico situacional das Vigilâncias Sanitárias (VISAs) municipais no Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, foi utilizado como metodologia e delineamento: estudo observacional qualitativo, transversal com propósito analítico, de base amostral e prospectivo, estruturado com o suporte do checklist da ferramenta STROBE. O estudo foi desenvolvido no Estado do Rio de Janeiro, no biênio de 2022/2023. Os dados foram coletados de forma indireta, através de questionário auto-aplicado confeccionado através da plataforma Google Forms, de questões fechadas, gerando variáveis originalmente qualitativas e quantitativas originalmente quantitativas. Posteriormente foram organizados em planilha no programa Microsoft Excel e tratadas estatisticamente através do software JAMOV, de onde foram retirados informações, tabelas e gráficos, para que fosse possível realizar as discussões pertinentes, sobretudo através de testes de associações qualitativas e análises bivariadas. Com base nos resultados obtidos, espera-se que este estudo possa orientar a gestão na reflexão sobre os temas abordados, buscando contribuir para a tomada de decisões e a elaboração de planos de melhorias em prol da saúde pública.

Palavras-chave: descentralização; vigilância sanitária; segurança do paciente; diagnóstico por imagem; serviços centralizados no hospital.

ABSTRACT

REIS, Karla Teles. *Analysis of the actions of municipal Health Surveillance Services in intra-hospital imaging services in the state of Rio de Janeiro*. 2024. 71 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Física Médica) – Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The objective of the present study is to analyze the impact of the policy of decentralization of health surveillance actions on in-hospital imaging services, through the situational diagnosis of municipal Health Surveillance Services (VISAs) in the State of Rio de Janeiro. To this end, the following methodology and design were used: qualitative, cross-sectional observational study with analytical purposes, sample-based and prospective, structured with the support of the STROBE tool checklist. The study was developed in the State of Rio de Janeiro, in the 2022/2023 biennium. Data were collected indirectly, through a self-administered questionnaire created using the Google Forms platform, with closed questions, generating originally qualitative and qualitative originally quantitative variables. They were later organized in a spreadsheet in the Microsoft Excel program and treated statistically using the JAMOV software, from which information, tables and graphs were taken, so that it was possible to carry out relevant discussions, especially through qualitative association tests and bivariate analyses. Based on the results obtained, it is expected that this study can guide management in reflecting on the topics covered, seeking to contribute to decision-making and the development of improvement plans in favor of public health.

Keywords: decentralization. health surveillance; patient safety; diagnostic imaging; centralized hospital services.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Escolaridade x sexo	32
Gráfico 2 – Escolaridade do coordenador x vínculo funcional	35
Gráfico 3 – Atividade no horário x percepção de quantidade de servidores	36
Gráfico 4 – Mudança e descontinuidade no executivo x regiões administrativas	38
Gráfico 5 – Assessoramento por físico-médico x região administrativa	40
Gráfico 6 - Capacitação x Laudo LCR-UERJ requerido	45
Gráfico 7 - Capacitação x Cadastro atualizado	46
Gráfico 8 - Escolaridade Coordenador x Cadastro atualizado	48
Gráfico 9 - Realização profissional x Cadastro atualizado	49
Gráfico 10 - Instalações físicas x Realização profissional	51
Gráfico 11 - Vínculo coordenador x Realização profissional	52
Gráfico 12 - Físico-Médico x Interface LCR-UERJ	54
Gráfico 13 - Vínculo x Interface LCR-UERJ	55
Gráfico 14 - Região administrativa x Laudo LCR-UERJ requerido	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das variáveis qualitativas.....	29
Tabela 2 – Frequência do perfil sociodemográfico	32
Tabela 3 – Informações do gestor.....	34
Tabela 4 – Percepção pessoal acerca dos respectivos órgãos.....	39
Tabela 5 – Informações operacionais	41
Tabela 6 – Variáveis e valores de p das análises	43
Tabela 7 – Tabela de Contingência: Capacitação x Laudo LCR-UERJ requerido	44
Tabela 8 – Tabela de Contingência: Capacitação x Cadastro atualizado	46
Tabela 9 – Tabela de Contingência: Escolaridade Coord. x Cadastro atualizado	47
Tabela 10 – Tabela de Contingência: Realização profissional x Cadastro atualizado	49
Tabela 11 – Tabela de Contingência: Instalações físicas x Realização profissional.....	50
Tabela 12 – Tabela de Contingência: Vínculo coord. x Realização profissional.....	51
Tabela 13 – Tabela de Contingência: Físico-Médico x Interface LCR-UERJ	53
Tabela 14 – Tabela de Contingência: Vínculo x Interface LCR-UERJ	55
Tabela 15 – Tabela de Contingência: Região adm. x Laudo LCR-UERJ requerido.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i> , 2019
DCR	Departamento de Ciências Radiológicas
EPI	Equipamento de Proteção Individual
LCR	Laboratório de Ciências Radiológicas
MS	Ministério da Saúde
PICO	Paciente, Intervenção, Comparação e <i>Outcomes</i> (desfecho)
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
<i>STROBE</i>	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	OBJETIVOS	18
1.1	Objetivo Geral	18
1.2	Objetivos Específicos	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	Os exames de imagem em âmbito intra-hospitalar	22
2.2	Contextualização das Atividades	23
2.3	Segurança do Paciente	24
3	METODOLOGIA	26
3.1	Desenho da Pesquisa	26
3.2	Cenário de Estudo	26
3.3	Amostragem	27
3.4	Coleta de Dados	27
3.5	Elegibilidade	28
3.6	Variáveis	28
3.6.1	<u>Variáveis Categóricas</u>	29
3.6.2	<u>Variáveis Binárias ou Dicotômicas</u>	29
3.6.3	<u>Variáveis Ordinais</u>	29
3.7	Tratamento Estatístico	29
3.8	Organização e Análise de Dados	30
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1	Dados Estatísticos e Tabelas de Frequências	31
4.1.1	<u>Perfil sociodemográfico</u>	31
4.1.2	<u>Perfil do gestor</u>	33
4.1.3	<u>Percepção pessoal acerca dos respectivos órgãos</u>	35
4.1.4	<u>Percepção pessoal acerca das atividades operacionais</u>	40
4.2	Testes de Associações Qualitativas	42
4.3	Análises Bivariadas	42
4.3.1	<u>Capacitação x Laudo DCR/LCR-UERJ Requerido</u>	43
4.3.2	<u>Capacitação x Cadastro Atualizado</u>	45
4.3.3	<u>Escolaridade Coordenador x Cadastro Atualizado</u>	47

4.3.4	<u>Realização Profissional x Cadastro Atualizado</u>	48
4.3.5	<u>Instalações Físicas x Realização Profissional</u>	50
4.3.6	<u>Vínculo Coordenador x Realização Profissional</u>	51
4.3.7	<u>Físico-Médico x Interface DCR/LCR-UERJ</u>	52
4.3.8	<u>Vínculo x Interface DCR/LCR-UERJ</u>	54
4.3.9	<u>Região Administrativa x Laudo DCR/LCR-UERJ Requerido</u>	56
4.4	Discussões	57
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE – Formulário	69

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a análise das ações de vigilância sanitária nos serviços intra-hospitalares de imagem no estado do Rio de Janeiro, com o processo de descentralização.

A saúde é um direito essencial e global do ser humano, conforme estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e garantido pela Constituição Federal de 1988. Garantir que a saúde seja acessível a todos é um desafio que requer a implementação de políticas públicas que combatam as disparidades sociais e regionais no Brasil, promovendo a igualdade de direitos. Já na I Conferência Nacional de Saúde Consumidor, que aconteceu em 1986, se discutiu a necessidade de se implementar serviços descentralizados e articulados.

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), através da Lei Federal nº 8080 de 1990, foi iniciado o processo de descentralização das políticas de saúde. Em seu artigo 6º, a lei 8080/90 estabelece dentre as atribuições do SUS, a execução de ações de Vigilância Sanitária. Esse dispositivo estabelece ainda as atribuições e responsabilidades de cada ente federado em relação às ações de saúde. Porém, somente com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, os efeitos dessa determinação foram sentidos, sendo, então, possível estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (COHEN, 2009).

De Seta, em pesquisa realizada em 2007, identifica três tipos de obstáculos para a implementação efetiva do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): aqueles decorrentes do pacto federativo pós-1988; os ligados à descentralização no SUS, que foi estabelecida com a municipalização; e os associados à descentralização na vigilância sanitária. No último caso, chama a atenção a constatação de que, desde a criação da ANVISA, o processo de descentralização continuou a favorecer a desigualdade nas relações entre os diferentes níveis de governo, com uma clara preferência pelo nível estadual. Ademais, houve o estabelecimento de uma assimetria de poder entre as entidades de vigilância sanitária, que possuem modelos institucionais e capacidades financeiras distintas. Já em 2006 eram apontados problemas como a deficiência na supervisão do processo de descentralização nos municípios e uma inteiração limitada entre os diferentes níveis de governo.

Apesar de ser parte integrante do SUS, a vigilância sanitária desenvolveu ao longo do tempo particularidades que a afastam da Política Nacional de Saúde. Esse distanciamento histórico das práticas de saúde, notável pela escassez de indicadores que demonstrem a eficácia de suas ações, contribuiu para reforçar a percepção da vigilância sanitária como uma atividade focada exclusivamente no controle, sendo frequentemente considerada distante do conceito de vigilância em saúde pública. Na década de 1990, enquanto as normas e acordos impulsionavam a descentralização no SUS, a vigilância sanitária seguia um modelo centralizador, enfrentando sérios desafios políticos.

A motivação para a realização do presente estudo emergiu a partir da prática laboral da autora e do baixo número de VISAs (Vigilâncias Sanitárias) municipais do estado do Rio de Janeiro que atuem nas fiscalizações de alta complexidade relacionadas aos serviços intra-hospitalares de imagem de forma descentralizada.

As ações da VISA têm como pressuposto: eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde, sendo, portanto, função estratégica e essencial do SUS. Sua responsabilidade perpassa os níveis federal, estaduais e municipais, interagindo para garantir qualidade e segurança de produtos, bens, serviços e ambientes de interesse à saúde, por meio de ações de proteção, promoção e controle (LUCCHESE, 2010).

De acordo com os princípios do SUS, a descentralização representa uma das formas de garantir acesso mais efetivo aos serviços de saúde, quando realizada de forma integrada entre União, Estados e Municípios e, embora seja um movimento em curso desde a implementação do SUS, ainda são muitos os desafios para sua efetiva consolidação no país (DESETA, 2007).

Em pesquisa realizada pela ANVISA (2001), com o objetivo de conhecer aspectos estruturais da organização e do desenvolvimento das ações de VISA nos municípios, foi apontada enorme disparidade entre porte, economia e estrutura dos municípios, reforçando as diversidades enfrentadas. Exemplo disso são as concentrações da população nas grandes cidades, que constituem sérios problemas em assuntos classificados como de ação básicas e de média complexidade (fiscalização sanitária de bares, restaurantes, supermercados, escolas, creches, consultórios dentários, asilos etc.) que exigem um mínimo de estrutura para serem executadas (COHEN, 2009).

Diante do explanado, justifica-se a presente pesquisa por perceber o baixo número de

VISAs municipais no estado do Rio de Janeiro que implementaram as ações de alta complexidade em serviços intra-hospitalares de imagem.

Por ser atividade restrita ao setor público, a implementação do processo de descentralização das ações de VISA torna-se distinta do proposto para a área de assistência, onde existe a alternativa de compra de serviços pelo setor público ao setor privado (COHEN, MOURA, TOMAZELLI, 2004). Dessa forma, fica clara a necessidade de estruturação das VISAs municipais para que estas possam elaborar e cumprir um plano para a execução da descentralização proposta pela legislação.

Sendo assim, é de suma importância, analisar os maiores obstáculos das VISAs municipais, com o intuito de auxiliar na expansão da política de descentralização de maneira uniforme e avaliar as necessidades para a execução dessa política.

Os indicadores analisados nessa pesquisa estão relacionados: aos recursos humanos, às atividades desenvolvidas e à dimensão operacional.

a) Recursos Humanos:

A Resolução SES nº 1.262 de 1998, em seu artigo 3º, define a composição da equipe de Vigilância Sanitária para o estado do Rio de Janeiro, explicitando que deve ser multiprofissional e o número de profissionais suficiente e compatível com o quantitativo de estabelecimentos sujeitos à VISA no território; bem como a Resolução SESDEC nº 1.335 de 2010 que aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro, definindo-os para a estruturação da Vigilância em Saúde nas Secretarias Municipais de Saúde, baseado na integralidade de atenção à saúde, multiplicidade, articulação e integração de: sujeitos (população, trabalhadores e profissionais de saúde) e de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras

COHEN, MOURA, TOMAZELLI (2004) alegam que a efetividade das ações das VISAs é reduzida pela escassez de pessoal e a deficiente qualificação técnica da equipe, sendo a contratação através de concurso público importante para evitar a alta rotatividade dos profissionais.

Nesse item avalia-se o perfil sociodemográfico dos recursos humanos nas regiões administrativas no estado do Rio de Janeiro.

b) Atividades Desenvolvidas:

A maioria dos municípios do estado do Rio de Janeiro apresentam dificuldades no desenvolvimento das atribuições definidas através da Lei Federal 8080/90. Essas dificuldades decorrem de inúmeras deficiências seja de ordem gerencial, financeira, organizacional ou de recursos humanos, sendo que a vigilância estadual vem assumindo a execução de ações consideradas de responsabilidade do nível municipal (BAHIA, 2006).

Neste indicador observa-se: o cadastro de estabelecimentos sujeitos às ações de VISA; inspeções nos estabelecimentos sujeitos às ações de VISA; atividades educativas para o setor regulado; treinamentos internos e atendimentos de denúncias.

c) Dimensão Operacional:

Neste indicador são avaliadas as questões relacionadas com a infraestrutura física, com os recursos disponíveis e com instrumentos administrativos que interferem na implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios do estado do Rio de Janeiro, determinando o desempenho dessas VISAs.

Para a elaboração da pergunta de pesquisa e busca bibliográfica, foi utilizada a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes*) adaptada, em razão da variação nos critérios e padrões definidos e utilizados pelos estados nas resoluções e deliberações das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) para a avaliação das vigilâncias sanitárias municipais descentralizadas, o que dificulta a comparação entre as experiências locais (FERRARO, COSTA, VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

Os componentes podem ser descritos como na tabela a seguir:

TAB. 1 – Componentes da estratégia PICO adaptado

Componente	Descrição
P	VISAs municipais no Estado do Rio de Janeiro
I	Análise quanti-qualitativa nas ações de fiscalização dos serviços intra-hospitalares de imagem
O	Auxiliar na polícia de descentralização das ações de VISA nos serviços intra-hospitalares de imagem.

Sendo assim, selecionou-se a seguinte **pergunta de pesquisa** a ser investigada:

“Como ocorrem as ações das Vigilâncias Sanitárias Municipais em serviços intra-hospitalares de imagem, no contexto da pós-descentralização no Estado do Rio de Janeiro?”

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções de profissionais das VISAs municipais sobre fiscalização em serviços intra-hospitalares de imagem no estado do Rio de Janeiro

1.2 Objetivos Específicos

- a) Traçar o perfil sociodemográfico de profissionais inseridos nas VISAs municipais do estado do Rio de Janeiro;
- b) Levantar as percepções de profissionais inseridos nas VISAs municipais do Rio de Janeiro sobre a influência de aspectos organizacionais e articulações com referência científica e tecnológica estadual em seu processo de trabalho de fiscalização em serviços de radiodiagnóstico;
- c) Captar a contemplação de serviços intra-hospitalares de imagem nas ações municipais de vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária vem sendo estudado por diversos pesquisadores, os quais produzem obras relevantes acerca da evolução das atividades em cada cenário proposto, sob a ótica de cada nível de governo, e em diferentes realidades, coadjuvado por cada especificidade abordada.

Neste ditame, há tópicos que são uníssonos e prevalecem como uma realidade empírica de dificuldades que acompanham todos os segmentos da sociedade, e que neste contexto, é possível citar:

- a) Capacitação técnica e recursos humanos: muitos municípios não possuem equipe técnica qualificada o suficiente para lidar com as complexidades das ações de vigilância sanitária;
- b) Recursos financeiros: a vigilância sanitária exige investimentos em infraestrutura, equipamentos e capacitações. As limitações financeiras ou a má gestão de recursos podem afetar a implementação adequada das ações;
- c) Infraestrutura e logística: a adequação das instalações físicas, laboratórios, equipamentos necessários para a VISA pode ser um desafio para alguns municípios, especialmente os menores e com recursos mais limitados;
- d) Integração: a descentralização requer uma boa articulação entre as esferas municipais, estaduais e federal. A falta de coordenação vertical e horizontal podem levar a lacunas na cobertura de vigilância sanitária;
- e) Desigualdades regionais: municípios variam principalmente em tamanho e recursos. Algumas cidades menores podem enfrentar dificuldades adicionais para implementar as ações de vigilância sanitária de forma eficaz, devido a restrições logísticas e de recursos;
- f) Conscientização e envolvimento: a conscientização da população e dos próprios gestores municipais sobre a importância da vigilância sanitária pode ser um desafio. É essencial que a sociedade compreenda a relevância das ações de controle e fiscalização para a proteção da saúde.

- g) Aspectos políticos e administrativos: práticas de políticas de governo em detrimento às de estado, interferências políticas e má administração são manifestações rotineiras e apresentam-se como um grande obstáculo a continuidade e o compromisso com as ações de vigilância sanitária.
- h) Comunicação e Informação: a unicidade de práticas, processos, técnicas, entre outros, devem refletir em como esses dados são registrados para que seja possível gerar estatísticas, e consequentemente controle, auditoria e intervenções.

Das referências estudadas, pode-se verificar diferentes estágios do processo de descentralização da atenção à saúde, no âmbito do SUS, que ocorre desde a década de 90, em diferentes estados da federação e os respectivos reflexos em seus municípios, onde foi possível observar:

MARANGON, SCATENA e COSTA (2007) estudaram o processo no estado de Mato Grosso, no período de 1996 a 2005, tendo chegado à percepção de que se caracterizou mais pelas formalidades do que pelo incentivo à autonomia e fornecimento de suporte. Outro destaque foi dado ao quesito capacitação, que apesar de ter sido encontrado uma expressiva quantidade de registros de treinamentos no período proposto, a percepção dos profissionais não era compatível, sobretudo em ações de média e alta complexidade.

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária também foi estudado utilizando-se o ambiente do estado de Minas Gerais, através da pesquisa de LAGUARDIA (2017), tendo como período de análise de 1988 a 2015. No estudo, o autor destacou marcos temporais de importância nacional e local e as fases da descentralização, robustecendo o serviço primeiramente a nível estadual e em cidades maiores, para daí então atribuir as ações aos demais municípios, através do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. Tal processo expôs desajustes no que diz respeito a gestão de recursos, logística e processos; porém que houve um estreitamento com a sociedade no que diz respeito a comunicação e educação sanitária.

Ainda a nível estadual, BARRETO (2008) escreveu sobre impasses e desafios da implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária em municípios baianos. Os resultados indicaram que, apesar de muitos obstáculos terem sido superados na organização

das vigilâncias sanitárias municipais e, conseqüentemente, promover e proteger a saúde, ainda persistem diversos desafios para estabelecer firmemente a VISA nessas localidades. Isso ocorre devido à carência de recursos de várias naturezas, consonante à longa disputa histórica de autoridade entre as esferas municipais e estadual, no que diz respeito à tomada de decisões sobre ações e financiamento na área da saúde. Essa dinâmica se aprofunda à medida que os municípios também fortalecem seu papel no gerenciamento das responsabilidades administrativas na saúde.

LESSA (2011) também se ateve ao processo de descentralização das ações de VISA do estado da Bahia, contudo analisou a descentralização do financiamento das ações de vigilância sanitária da esfera federal para a estadual, do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no período de 1998 a 2008.

Já a nível municipal, JULIANO, ASSIS (2004) apresentaram aspectos relevantes acerca da descentralização das políticas públicas no contexto da vigilância sanitária no município de Feira de Santana (BA), no período de 1998 a 2000, na qual evidenciou a inexistência de um planejamento de descentralização, elencando fatores limitantes relacionados à recursos humanos, financeiros e interferências políticas; contudo mencionando também discretos avanços durante o período.

Diante de um programa nacional, com um país de medidas continentais, com mais de 5.500 municípios, apresentando variedade de padrões, critérios e objetivos utilizados pelos órgãos de vigilância sanitária estaduais, FERRARO, COSTA, VIEIRA-DA-SILVA (2009) trabalharam em uma obra que objetivou contribuir, por meio da formulação e validação preliminar, através de uma proposta de imagem-objetivo para a VISA municipal, a fim de criar um consenso sobre objetivos e atividades centrais para a descentralização da VISA em nível municipal, capaz de permitir a realização de estudos comparativos entre municípios de todo o Brasil.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, OLIVEIRA, OLIVEIRA, SILVA (2021), buscou avaliar o desempenho no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, entre os anos 2010 e 2019, através da porcentagem de municípios que realizavam ao menos seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios, resultando em achados estatísticos de que o processo ainda precisa de apoio tanto técnico quanto

administrativo, desvinculando interesses políticos, para a consolidação das ações integradas.

Em uma obra expressiva e detalhada, LAVIOLA (2010) aborda de forma contundente o cenário contemporâneo de vigilância sanitária no município do Rio de Janeiro, que não se adstringe apenas ao campo da saúde, trazendo marcos históricos e relacionando-os com desdobramentos mais atuais, destacando o trabalho, os processos de trabalho e o trabalhador de nível técnico frente à autonomia das ações e ao processo educativo.

A fragilidade estrutural em nível intermediário é um dos resultados apontados por COHEN (2009) na pesquisa acerca do processo de descentralização das ações de VISA nos municípios do Rio de Janeiro. Tal condição agrava os obstáculos já existentes na transferência e na condução de atribuições inerentes ao processo.

2.1 Os exames de imagem em âmbito intra-hospitalar

Exames de imagem em âmbito intra-hospitalar referem-se a procedimentos diagnóstico ou intervencionista, com e/ou sem o uso de radiação ionizante, que em função de seu custo, tecnologia, necessidade de profissionais especializados e por se tratar de atividade de risco, contemplam um rol de ações de vigilância sanitária de alta complexidade, que atende sobretudo às atenções secundária e terciária de saúde.

Os exames de imagem feitos intra-hospitalar, vão dos menos complexos aos mais específicos como raios x, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ecocardiogramas, ecodopplercardiograma, ressonâncias magnéticas, dentre outros.

A finalidade da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde que empregam Radiação Ionizante é estabelecer normas e rotinas visando à proteção dos pacientes submetidos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, para minimizar a exposição e aumentar a efetividade operacional, a qualidade da imagem e do diagnóstico; a proteção dos operadores, determinando o cumprimento das normas estabelecidas para evitar acidentes e doenças ocupacionais; e a proteção do público, reduzindo-se as doses coletivas a que se expõem, através dos procedimentos médicos. (EDUARDO, MIRANDA, 1998)

Conforme anexo da Resolução SES 1.225 de 31 de julho de 2015, que institui o guia para inspeção em hospitais e clínicas com internação, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, em seu anexo, elenca os serviços intra-hospitalares de imagem como: fluoroscopia, radiografia,

hemodinâmica, tomografia, ultrassonografia e ressonância magnética.

A RDC/ANVISA/MS nº 330, de 20 de dezembro de 2019 objetiva estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamentar o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas, norteando o funcionamento e a fiscalização dos estabelecimentos aplicáveis.

2.2 Contextualização das Atividades

Os municípios que efetivaram a assunção das ações de VISA que contemplam fiscalizações em serviços intra-hospitalares de imagem, e que possuem as respectivas legislações, são os municípios do Rio de Janeiro e de Macaé.

A Resolução SESDEC nº 1.335 de 13 de agosto de 2010 aprovou os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro, definindo-os para a estruturação da Vigilância em Saúde nas Secretarias Municipais de Saúde, baseado na integralidade de atenção à saúde, multiplicidade, articulação e integração de: sujeitos (população, trabalhadores e profissionais de saúde) e de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras.

A Deliberação CIB nº 3.612 de 07 de dezembro de 2015 pactuou a delegação de competência à agência municipal de Vigilância Sanitária de Macaé as ações de VISA de controle sanitário, concessão, revalidação e cancelamento de licença de funcionamento e a inspeção sanitária dos estabelecimentos, entre outros, nos serviços intra-hospitalares de radiodiagnóstico médico, serviço de imagem, radiodiagnóstico odontológico.

A Resolução Conjunta SES nº 1.478 de 22 de dezembro de 2016 define a descentralização de ações de VISA para o município do Rio de Janeiro, delegando ao órgão VISA municipal do Rio de Janeiro competência das ações de VISA de controle sanitário, concessão, revalidação e cancelamento de licença de funcionamento e a inspeção sanitária dos estabelecimentos de serviços intra-hospitalares de radiodiagnóstico médico, serviço de imagem, radiodiagnóstico odontológico.

A Resolução Conjunta SES/SMS/RJ nº 459 de 28 de dezembro de 2016 delega à VISA

municipal do Rio de Janeiro competência das ações de VISA de controle sanitário, concessão, revalidação e cancelamento de licença de funcionamento e a inspeção sanitária dos estabelecimentos de serviços intra-hospitalares de radiodiagnóstico médico, serviço de imagem, radiodiagnóstico odontológico.

A Resolução Conjunta SES/SMS/RJ nº 538 de 01 de março de 2018 delega à VISA municipal do Rio de Janeiro competência para as ações de controle e inspeção sanitários, concessões e cancelamentos de licença sanitárias de hospitais e clínicas, com internação, de natureza privada localizadas no município do Rio de Janeiro, que contempla, em seu inciso II, art. 1ª, parágrafo único, serviços intra-hospitalares de radiodiagnóstico médico, serviço de imagem, radiodiagnóstico odontológico.

2.3 Segurança do Paciente

Com o grande avanço tecnológico que vem ocorrendo na medicina, a área de radiodiagnóstico evoluiu de forma bastante acelerada com a incorporação de novas tecnologias. Isso por um lado melhora, de forma significativa, os resultados obtidos com o atendimento médico-hospitalar, mas por outro lado, aumenta os riscos que comprometem a segurança do paciente.

Na utilização de radiação ionizante, é essencial assegurar a proteção radiológica do trabalhador, do paciente e da população em geral, de forma que as exposições estejam dentro dos limites de dose estabelecidos. Com o objetivo de assegurar a proteção radiológica evitando a ocorrência de acidentes que possam causar efeitos biológicos e diminuindo a probabilidade de efeitos estocásticos, deve se realizar a radioproteção por meio de controle dos níveis de radiação, funcionamento de dispositivos de segurança, calibração dos equipamentos, verificação de blindagens e análise do desempenho dos equipamentos em uso.

Além dos efeitos biológicos que podem ser causados por exames que usem radiação ionizante, existem riscos envolvidos quando se realiza exame de ressonância magnética. Que devido ao grande campo de atração magnética pode atrair objetos metálicos lesando pacientes ou profissionais se não forem tomados os cuidados necessários.

A Segurança do Paciente é fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado da

saúde, visto que os cuidados hospitalares constituem um grave problema de saúde pública mundial, uma vez que já foi constatado, nos países desenvolvidos, que pelo menos 1 em cada 10 indivíduos submetidos à cuidados assistenciais hospitalares sofre algum tipo de evento adverso. Nesse sentido, a Segurança do Paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos advindos do atendimento médico-hospitalar.

Em 2013, no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), trazendo consigo uma legislação que estabelece a obrigatoriedade da criação de núcleos de segurança do paciente (NSP) e da notificação de incidentes em unidades de saúde. A ANVISA passou a divulgar boletins com o resumo das notificações, porém sem realizar comparações ao longo do tempo. Deste modo, a segurança do paciente deve ser acompanhada e fiscalizada pela Vigilância Sanitária no cumprimento das legislações vigentes.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho da Pesquisa

Trata-se de um estudo observacional qualitativo, de delineamento transversal com propósito analítico, de base amostral e prospectivo, estruturado com o suporte do *checklist* da ferramenta *STROBE*.

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em física médica, do Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes (BRAG), da UERJ, na linha de pesquisa Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS.

3.2 Cenário de Estudo

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região sudeste do país, conta com uma população de 16.054.524 habitantes, em uma área total de 43.750,425 km², resultando em uma densidade demográfica de 366,96 hab/km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023). A Unidade Federativa conta com 92 municípios, que são organizados em nove regiões de saúde: Baixada Litorânea, Centro-sul Fluminense, Costa Verde, Médio Paraíba, Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana, conforme ilustrado na Figura 1.



Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro. Fonte: CODIN

3.3 Amostragem

A base de referência de resultados escolhida para o estudo é a amostragem, de delineamento por conglomerado em um estágio, no qual os formulários foram distribuídos para colaboradores atuantes em todas as VISAs municipais do estado do Rio de Janeiro, que dentro deste contexto, os referidos órgãos são as unidades de amostragem, que permitem chegar até os funcionários, que são os elementos da população.

3.4 Coleta de Dados

Os participantes em potencial receberam convite para a participação via e-mail ou aplicativo de conversas entre o dia 29 de maio do ano de 2023 e o dia 30 de setembro do ano

de 2023 (124 dias), que continha o *link* do formulário eletrônico construído na plataforma *Google Forms* (APÊNDICE). Foi solicitado que respondessem às perguntas que além da identificação genérica, basicamente versavam acerca do perfil profissional, da gestão, atuação do respectivo serviço de vigilância sanitária, treinamentos, rotina de trabalho, estrutura do órgão e impressões pessoais.

Os formulários foram respondidos entre os dias 05 de junho e 25 de setembro do mesmo ano (112 dias), em ambiente virtual, pelo *link* enviado apenas pela autora, sem que houvesse a necessidade de recrutamento e/ou treinamento de pesquisadores de campo ou qualquer tipo de auxiliar de pesquisa.

3.5 Elegibilidade

Os órgãos de Vigilância Sanitária municipais foram tratados nesse estudo como unidades de amostragem, onde puderam ser organizados, por estratégia de apresentação, por regiões administrativas, para que se pudesse alcançar então os indivíduos.

Os elementos da população deveriam ser funcionários em efetivo serviço nas coordenações responsáveis por ações de VISA em serviços intra-hospitalares de imagem, enquadrados em um dos seguintes vínculos funcionais: efetivo não comissionado, efetivo comissionado, comissionado sem vínculo, não efetivo e não comissionado ou oriundo de outro órgão (requisitado, temporário ou similares).

3.6 Variáveis

O questionário continha 26 (vinte e seis) perguntas fechadas, as quais forneciam como resposta variáveis originalmente qualitativas e qualitativas originalmente quantitativas. Dentre as variáveis qualitativas havia: binárias ou dicotômicas, nominais ou categóricas e ordinais, conforme a Tabela 1 de distribuição (em %).

Tabela 1 – Características das variáveis qualitativas

Variáveis qualitativas	Descrição (%)
Binária	46,15
Categórica	26,92
Ordinal	26,92

3.6.1 Variáveis Categóricas

As variáveis categóricas, ou nominais, incluem categorias que não têm uma ordem específica entre elas e são mutuamente exclusivas.

As respostas com essas características abrangem as perguntas relacionadas à vínculo funcional, ao uso do laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ, uso de equipamento de proteção individual (EPI), característica das instalações físicas dos órgãos de VISA e elenca possíveis dificuldades para o desenvolvimento de atividades.

3.6.2 Variáveis Binárias ou Dicotômicas

São um subconjunto de variáveis categóricas que têm apenas duas respostas possíveis.

No questionário, contemplam as opções relacionadas ao sexo do indivíduo e a perguntas em que são suficientemente respondidas com “sim” ou “não”.

3.6.3 Variáveis Ordinais

Já nas variáveis qualitativas ordinais, as categorias têm uma ordem específica, mas a distância entre elas não são uniforme ou não tem um significado numérico preciso.

No questionário, contemplam respostas relacionadas a escolaridades, condições físicas das instalações dos órgãos, nível de satisfação pessoal e variáveis originalmente quantitativas, que neste contexto, tratam de intervalos de tempo de idade e serviço.

3.7 Tratamento Estatístico

Para testar a associação estatística entre duas variáveis qualitativas, foram utilizados

testes de hipóteses baseados na estatística de Qui-quadrado (χ^2) de Pearson e/ou Teste exato de Fisher. Adotou-se como nível de significância $p \leq 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas com o *software JAMOV*, versão 2.4.11.0, baseado na linguagem *R*, versão 4.1.

3.8 Organização e Análise de Dados

Os dados foram extraídos da plataforma *Google Forms* e organizados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*, para análise preliminar. Ato contínuo a planilha foi importada para tratamento estatístico no *software JAMOV*, de onde foram retirados informações, tabelas e gráficos, para que fosse possível realizar as discussões pertinentes.

Ao todo foram enviados 345 (trezentos e quarenta e cinco) convites para indivíduos compatíveis com o perfil esperado, onde houve a resposta de 38 (trinta e oito) questionários em que nenhum foi excluído da base de dados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Dados Estatísticos e Tabelas de Frequências

Os formulários foram confeccionados e distribuídos objetivando coletar dados pertinentes em que fosse possível responder aos questionamentos elencados nos objetivos específicos deste trabalho, aplicando as ferramentas necessárias e suficientes para prover as análises e robustecer as convicções que serão descritas.

O estudo observacional transversal busca um retrato de determinado período, sendo um corte no tempo, sem que os indivíduos sofram intervenção, de modo que o intento da pesquisa epidemiológica é o reconhecimento de uma relação de correlação entre uma exposição particular (fator de risco ou de proteção) e um desfecho de interesse.

Os indivíduos em potencial pertenciam aos órgãos de Vigilância Sanitária de todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, os quais foram convidados para responderem voluntariamente ao questionário em formato digital, de perguntas com respostas fechadas e sem nenhum tipo de medição direta ou incremento por observação pela pesquisadora ou qualquer outro auxiliar de pesquisa.

4.1.1 Perfil sociodemográfico

Os dados estatísticos dão conta que os colaboradores são predominantemente representados por indivíduos do sexo feminino (60,5% [32]), na faixa de 50 a 59 anos (39,5% [15]), com expressiva maioria formada por pós-graduados (81,6% [31]). Avaliando-se de forma relativa, dos colaboradores com ensino superior completo, 20% são do sexo masculino, já dos colaboradores que possuem pós-graduação, sobe para 68% a representação do sexo feminino, conforme o Gráfico 1.

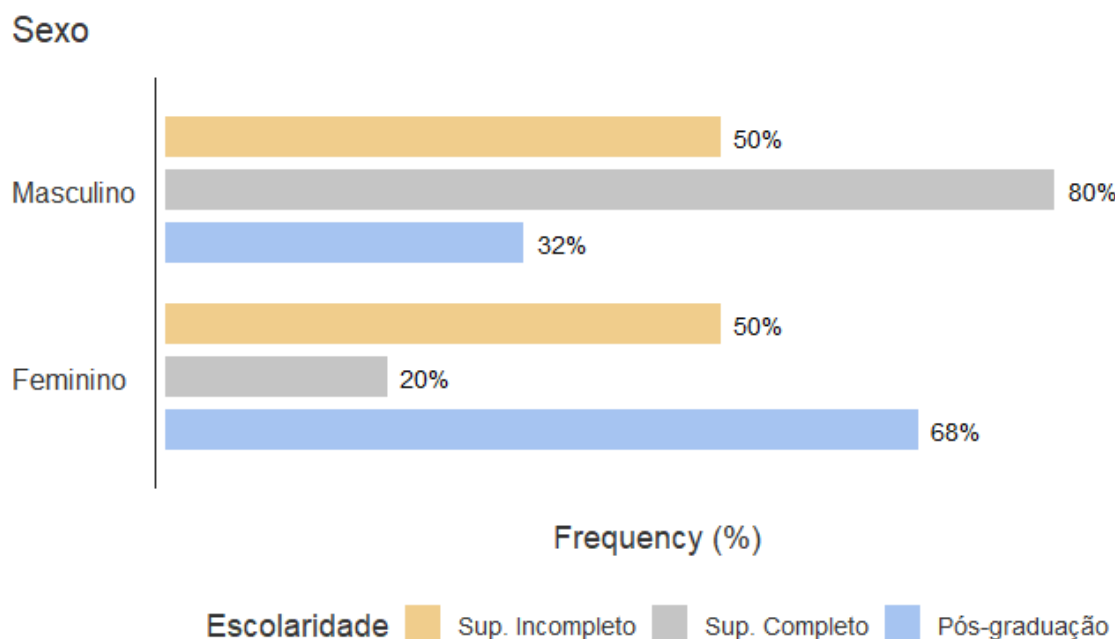


Gráfico 1 – Escolaridade x sexo

Em relação ao tempo de serviço, há uma maioria formada por funcionários que possuem mais de 15 anos de serviço público no mesmo órgão VISA (76,32% [29]); em se tratando de vínculo funcional, a maior parte é referente a servidores efetivos não comissionados (68,42% [26]).

O órgão de VISA original de cada indivíduo está estrategicamente discriminado na Tabela 2 conforme sua região administrativa, sendo sua maioria formada por representantes da região Metropolitana (52,63% [20]), em seguida, e de forma equilibrada (10,53% [4]) as regiões Costa Verde, Baixada Litorânea e Médio Paraíba.

Tabela 2 – Frequência do perfil sociodemográfico

Variável	Descrição (%)
Sexo	Masculino 39,47
	Feminino 60,53
Idade	De 30 a 39 anos 7,89
	De 40 a 49 anos 28,95
	De 50 a 59 anos 39,47
	De 60 a 65 anos 18,42

Tempo de serviço público no órgão	66 anos ou mais	5,26
	Mais de 1 e menos de 3 anos	2,63
	Mais de 3 e menos de 10 anos	10,53
	Mais de 10 e menos de 15 anos	10,53
	Mais de 15 anos	76,32
Vínculo funcional	Comissionado sem vínculo efetivo	10,53
	Efetivo comissionado	15,79
	Efetivo não comissionado	68,42
	Não efetivo e não comissionado	2,63
	Servidor de outro órgão (requisitado, temporário ou similares)	2,63
Escolaridade	Pós-graduação	81,58
	Superior Completo	13,16
	Superior Incompleto	5,26
Região Administrativa	Baixada Litorânea	10,53
	Centro-sul	5,26
	Costa verde	10,53
	Médio Paraíba	10,53
	Metropolitana	52,63
	Noroeste	2,63
	Norte	2,63
	Serrana	5,26

4.1.2 Perfil do gestor

Neste trabalho, o gestor figura a pessoa responsável por coordenar a(s) equipe(s) de fiscalização de serviços intra-hospitalares de imagem nos órgãos de Vigilância Sanitária municipais, que por ora serão chamados de coordenadores.

O perfil do gestor fornecido pelos colaboradores traz um panorama de que em 60,5% [23] são servidores efetivos do órgão, 50% [19] possui pós-graduação como escolaridade, e 44,7% [17] tem entre 3 e 10 anos de efetivo serviço no órgão, independentemente da posição.

Tabela 3 – Informações do gestor

Variável	Descrição (%)
Vínculo do Coordenador	Servidor efetivo
	60,5
	Não efetivo
Grau de escolaridade	De outro órgão (Requisitado, temporário ou similares)
	5,3
	Pós-graduação
Tempo do gestor no órgão	Superior Completo
	31,6
	Superior Incompleto
	2,6
	Médio
	15,8
	Menos de 1 ano
	13,2
	Mais de 1 e menos de 3 anos
	34,2
	Mais de 3 e menos de 10 anos
	44,7
	Mais de 10 e menos de 15 anos
	2,6
	Mais de 15 anos
	2,0

Em uma análise relativa, é possível observar que há uma frequência predominante no que diz respeito à escolaridade de nível médio em coordenadores com origem de outro órgão. O panorama muda quando se analisa a origem do gestor como não efetivo ou efetivo, que possuem distribuições mais bem equilibradas, sobretudo nas frequências que dizem respeito à formação superior completa, sendo 31% e 35%, respectivamente; e formação de pós-graduação, sendo 54% e 52%, respectivamente, conforme Gráfico 2.

Escolaridade Coordenador

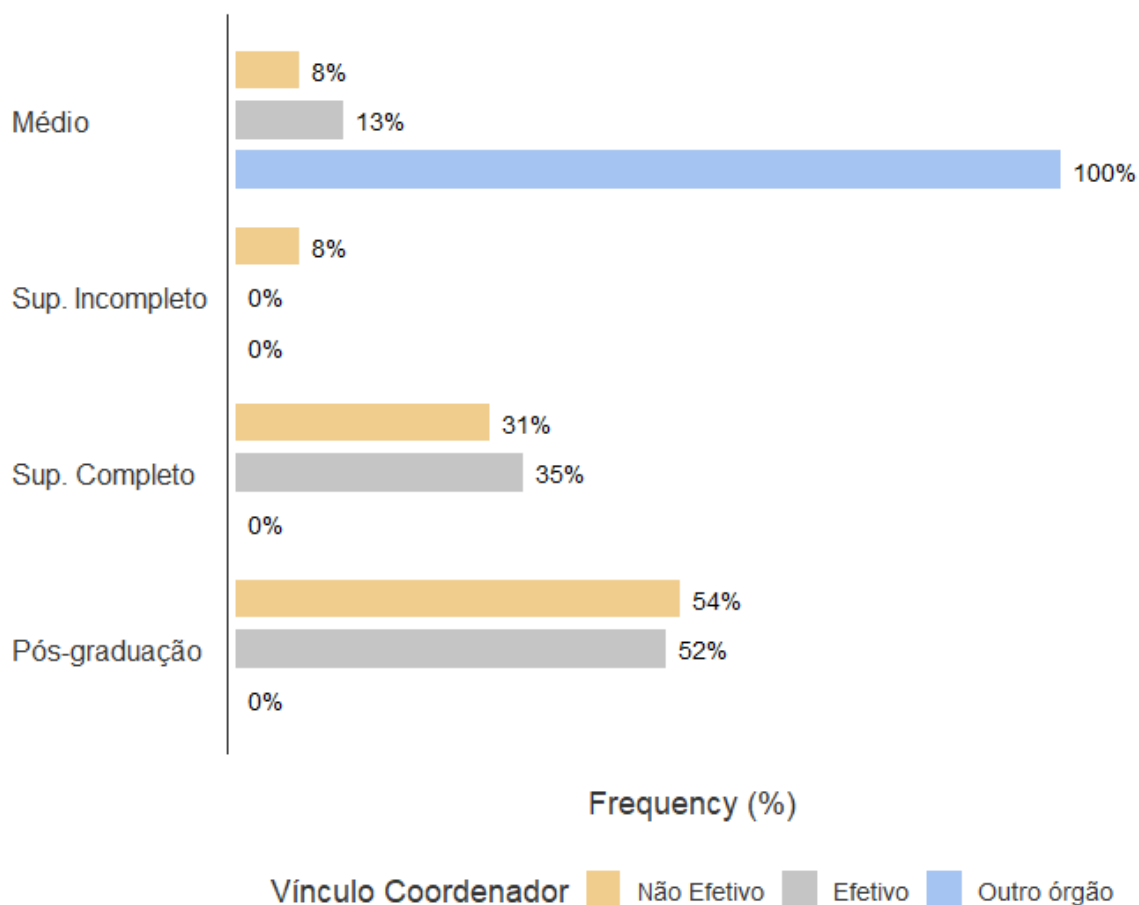


Gráfico 2 – Escolaridade do coordenador x vínculo funcional

4.1.3 Percepção pessoal acerca dos respectivos órgãos

Parte do questionário objetivava captar a percepção pessoal do indivíduo frente ao respectivo órgão VISA, e os dados encontram-se conforme a Tabela 4. Neste contexto, os indivíduos declararam maioria em que o respectivo serviço não possui quantitativo de servidores suficiente para as atividades desenvolvidas (73,7% [28]).

Também foi perguntado se o funcionário consegue desenvolver integralmente suas atividades programadas dentro do horário normal de trabalho, sendo “sim” com 68,4% [26] e “não” com 31,6% [12] de frequência.

Uma análise relativa feita com os dados coletados em relação à percepção da falta de

servidores com o não cumprimento das atividades programada dentro do horário normal não devolveu uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis testadas, com $\chi^2 = 0,842$ e $p = 0,359 > 0,05$, que vai de encontro empiricamente ao senso comum. Sendo possível observar, no Gráfico 3, que tanto para respostas que envolviam o número suficiente de servidores, quanto aquelas que não eram suficientes, houve maioria no que diz respeito a conseguir realizar as atividades programadas dentro do horário de trabalho, com 80% e 64%, respectivamente.

Atividade dentro do horário

Você consegue desenvolver integralmente suas atividades programadas dentro do horário normal de trabalho?

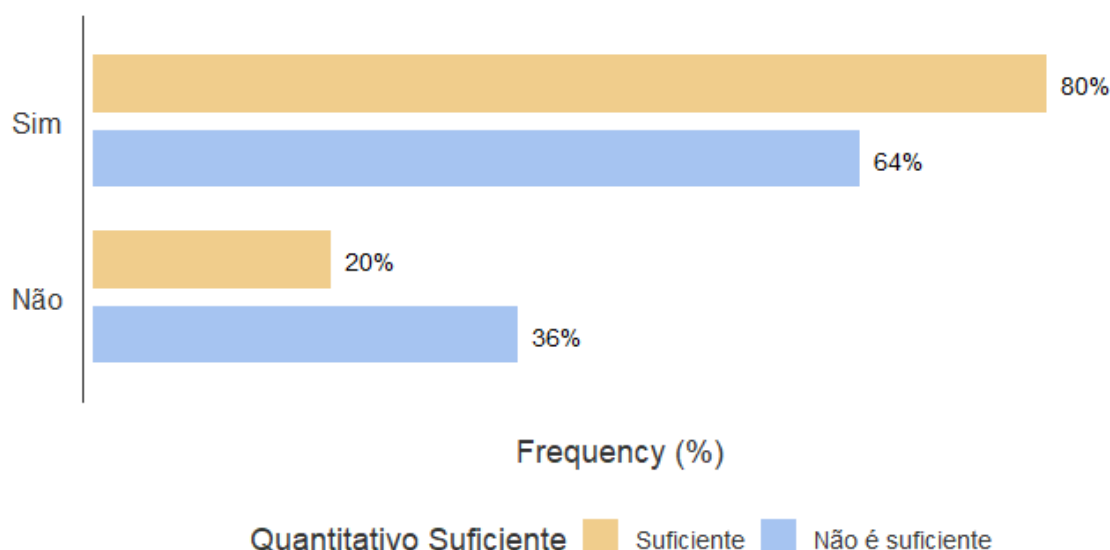


Gráfico 3 – Atividade no horário x percepção de quantidade de servidores

Houve um equilíbrio quanto à percepção dos funcionários em relação se há ou não mais facilidade para o desenvolvimento das atividades de fiscalização e vigilância sanitária nos serviços de imagem após a descentralização. E ainda, que a maior dificuldade para o desenvolvimento destas atividades é a logística de transporte com 44,7% [17], seguido de opções mais bem distribuídas, interessando: colegas de trabalho (18,4% [7]), parque tecnológico obsoleto (15,8% [6]), estrutura física (13,2% [5]); e por último, coordenação (7,9% [3]).

De um modo geral, a mudança de gestão do respectivo executivo municipal é vista como potencial provocador da descontinuidade das políticas de atuação de fiscalização e vigilância sanitária do município para 65,8% [25] dos entrevistados. Já em uma análise relativa, foi possível observar que os entrevistados das regiões Noroeste Fluminense (100% [1]), Baixada Litorânea (75% [3]), Costa Verde (75% [3]) e região Metropolitana (70% [14]) possuem as frequências mais expressivas no que diz respeito ao potencial de descontinuidade na alternância de poder do executivo, conforme o Gráfico 4.

Região

Município pertencente à respectiva região

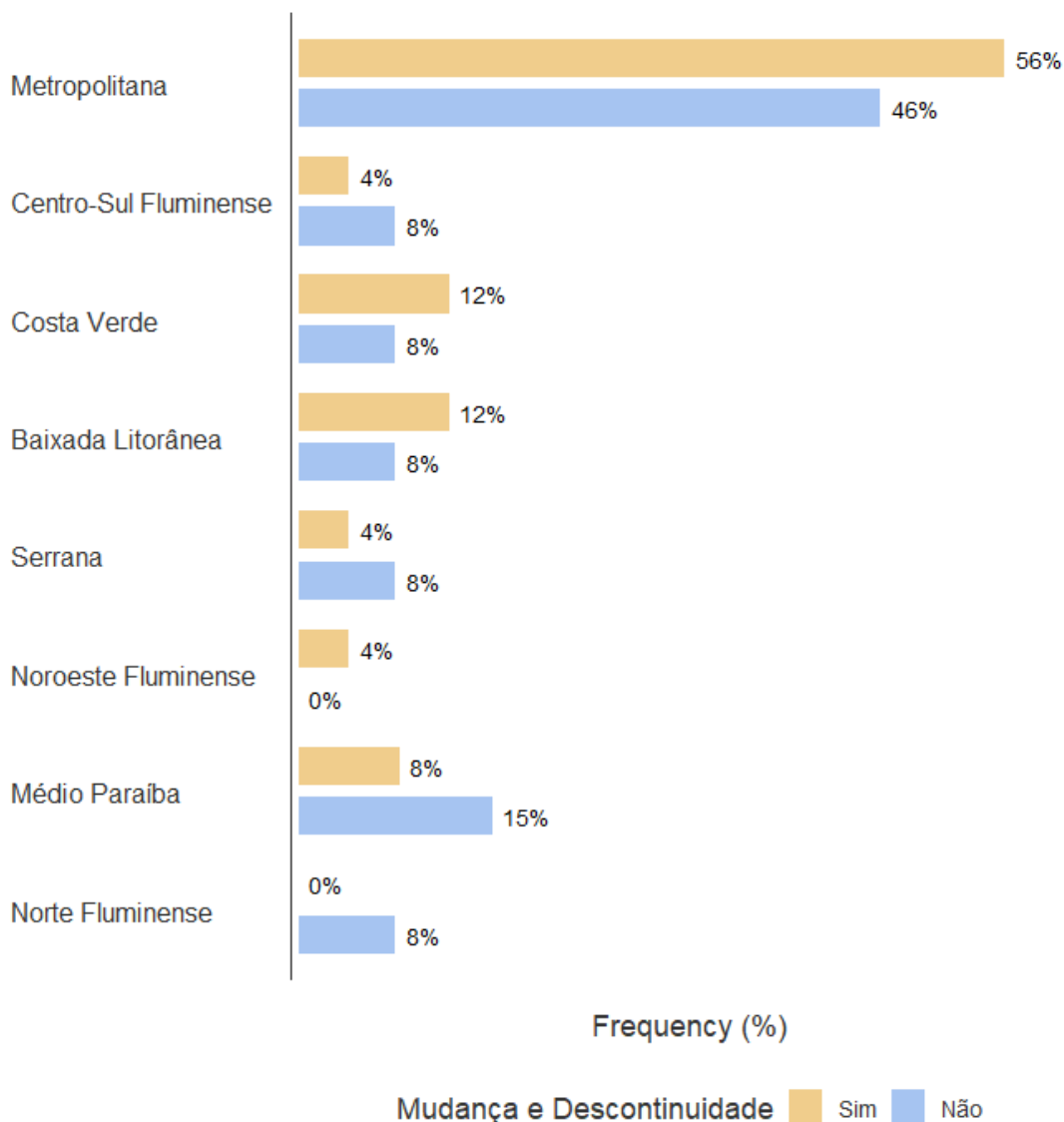


Gráfico 4 – Mudança e descontinuidade no executivo x regiões administrativas

Já em relação às instalações físicas dos órgãos de VISA municipais, houve uma predominância no retorno dando conta de que 68,4% [26] dos arguidos consideram as instalações adequadas aos fins a que se destinam, seguido, com margem, de: ruins (26,3% [10]), ótimas (2,6% [1]) e péssimas (2,6% [1]).

Fechando o núcleo da entrevista acerca da percepção pessoal do agente, foi perguntado em relação à realização profissional, onde a predominância é de servidores satisfeitos, com 50%

[19], seguido de insatisfeitos 26,3% [10], muito insatisfeitos 13,2% [5] e muito satisfeitos 10,5% [4].

Tabela 4 – Percepção pessoal acerca dos respectivos órgãos

Variável		Descrição (%)
O órgão realiza ações de vigilância sanitária nos serviços de imagem	Sim	89,5
	Não	10,5
Quantitativo suficiente para as atividades	Sim	26,3
	Não	73,7
Mais facilidade para as atividades nos serviços de imagem após a descentralização?	Sim	50,0
	Não	50,0
Maior dificuldade para o desenvolvimento das atividades após a descentralização	Parque tecnológico obsoleto	15,8
	Logística de transporte	44,7
	Coordenação	7,9
	Estrutura física	13,2
	Colegas de trabalho	18,4
A mudança de gestão do Executivo municipal pode provocar a descontinuidade das políticas de atuação de fiscalização e vigilância sanitárias do seu município?	Sim	65,8
	Não	34,2
Consegue desenvolver suas atividades dentro do horário de trabalho?	Sim	68,4
	Não	31,6
Instalações físicas do órgão	Ótimas	2,6
	Adequadas	68,4
	Ruins	26,3
	Péssimas	2,6
Realização Profissional	Muito Insatisfeito	13,2
	Insatisfeito	26,3
	Satisfeito	50,0
	Muito Satisfeito	10,5

4.1.4 Percepção pessoal acerca das atividades operacionais

O quarto núcleo de perguntas tinha o objetivo de captar dados referentes às percepções dos entrevistados acerca das atividades operacionais desenvolvidas por cada órgão de vigilância sanitária, conforme dados da Tabela 5.

Para o desenvolvimento de tais atividades, primeiramente foi perguntado em relação à treinamentos/capacitações que porventura o funcionário tenha passado para que as atividades fossem desenvolvidas: realizados pela VISA estadual, onde 73,7% [28] responderam que sim, receberam tais treinamentos, e 26,3% [10] que não; e referente à capacitação sobre a atuação especificamente em serviços de imagem, 55,3% [21] receberam e 44,7% [17] não receberam a capacitação.

O assessoramento de um físico-médico nas atividades relacionadas à exames por imagem é uma realidade em apenas uma minoria de órgãos dos entrevistados, sendo 10,5% [4] os que possuem e 89,5% [34] os que não possuem. Tais dados ficam ainda mais alarmantes quando segregados por regiões administrativas, conforme Gráfico 5, onde é possível observar que dos órgãos de onde os arguidos são provenientes e que possuem o assessoramento, todos estão concentrados na região metropolitana.

Região

Município pertencente à respectiva região

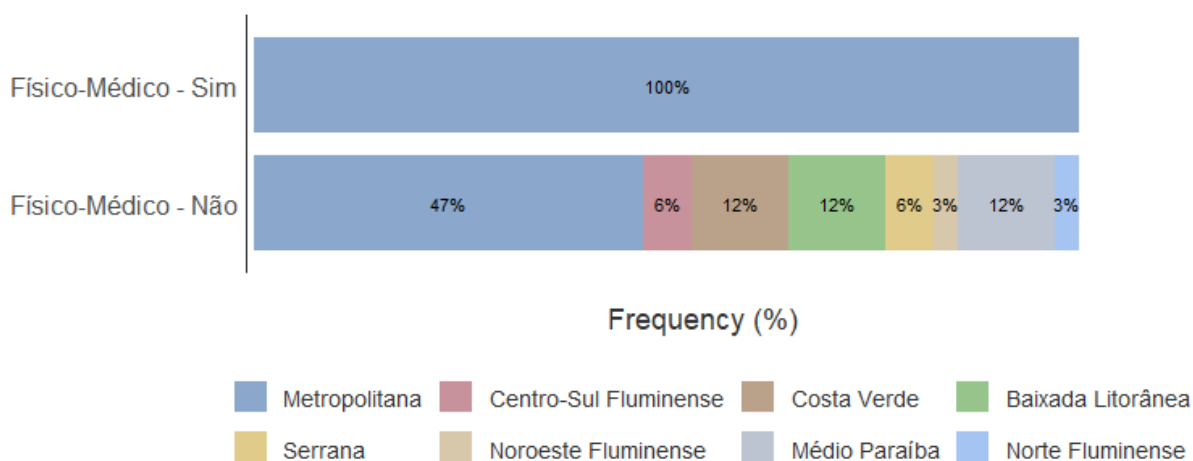


Gráfico 5 – Assessoramento por físico-médico x região administrativa

Duas perguntas deste núcleo fazem referência diretamente às atividades desenvolvidas pelo Laboratório de Ciências Radiológicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (LCR) do Departamento de Ciências Radiológicas da (DCR-UERJ) e abrangem: se o laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ é requerido durante a fiscalização nas respectivas instituições aplicáveis e se existe uma interface entre os dados produzidos pelos órgãos de VISA e o DCR/LCR-UERJ.

Em 76,3% [29] dos casos, o laudo é requerido, em contrapartida com 10,5% [4] em que não são, e 13,2% [5] que além de não serem requeridos, o servidor desconhece do que se trata o laudo.

Já em se tratando de uma possível interface dos órgãos de Vigilância Sanitária municipais com o Laboratório de Ciências Radiológicas da UERJ, uma minoria de casos ocorre a relação bem-sucedida com 13,2% [5], em contraste aos 86,8% [33] em que não há tal interface.

Outro importante aspecto presente no formulário compartilhado com os indivíduos foi em relação à existência ou não de um cadastro atualizado contendo as instituições passíveis de fiscalização, onde há a presença de exames por imagem. Foi declarado que em 73,7% [28] dos casos tal cadastro atualizado encontra-se disponível para fiscalização e em 26,3% [10], não.

Por último, foi perguntado em relação ao espaço físico em que o respectivo órgão está localizado, sendo próprio 34,2% [13] e alugado 65,8% [25]; e em relação à presença ou não de apoio logístico de transporte para a realização das atividades de fiscalização, em que foi respondido que “sim” em 76,3% [29] e que “não” em 23,7% [9].

Tabela 5 – Informações operacionais

Variável	Descrição (%)	
A VISA estadual realiza treinamentos/capacitações necessários ao desenvolvimento de suas atividades?	Sim	73,7
	Não	26,3
Capacitação sobre atuação em serviços de imagem	Sim	55,3
	Não	44,7
Assessoramento de um Físico-Médico na VISA de seu município	Sim	10,5
	Não	89,5

Laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ é requerido?	Sim	76,3
	Não	23,7
	Desconheço o que é o laudo	13,2
Existe interface de dados entre a VISA e o DCR/LCR-UERJ	Sim	13,2
	Não	86,8
Espaço Físico	Próprio	34,2
	Alugado	65,8
Transporte	Sim	76,3
	Não	23,7
Cadastro Atualizado	Sim	73,7
	Não	26,3

4.2 Testes de Associações Qualitativas

Os testes destinam-se a verificar uma possível associação entre duas variáveis qualitativas de interesse. Neste estudo, os testes de associação são o do qui-quadrado (χ^2) de Pearson ou o Teste Exato de Fisher, que possuem o mesmo objetivo, e utilizados para formatos diferentes de conteúdo de dados.

Os pressupostos para o uso do Teste Exato de Fisher (TEF), em função das limitações do teste do Qui-quadrado, foram: que o valor esperado das células deve ser $e \geq 5$ em pelo menos 75% das células e nenhuma célula deve ter um valor esperado $e < 1$ (CAPP, NIENOV, 2020).

O valor de $p \leq 0,05$ permite interpretar se houve ou não uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis testadas, rejeitando a hipótese nula.

4.3 Análises Bivariadas

As análises bivariadas são aquelas que se ocupam das relações entre duas variáveis ou das distribuições conjuntas de duas variáveis. Para testar a associação estatística, isto é, de frequências, entre duas variáveis dicotômicas ou mesmo categóricas, podem ser utilizados

testes de hipóteses baseados na estatística do qui-quadrado (χ^2) (KLEIN, BLOCH, 2009).

A Tabela 6 apresenta os conjuntos de variáveis, com os respectivos valores de $p < 0,05$, calculados para a obtenção de associação estatisticamente significativa entre elas. E a partir destas combinações de variáveis, mostrar-se-á as influências de exposição-desfecho através de instrumentos tais como tabelas de contingência, razões de prevalência e gráficos do tipo *survey plots*, gerados no software estatístico JAMOV.

Tabela 6 – Variáveis e valores de p das análises

Variável 1	Variável 2	p		Subitem
		χ^2	TEF	
Capacitação	Cadastro Atualizado	0,009		4.3.2
Capacitação	Laudo DCR/LCR-UERJ requerido		0,013	4.3.1
Escolaridade Coordenador	Cadastro Atualizado		0,013	4.3.3
Físico Médico	Interface DCR/LCR-UERJ		< 0,001	4.3.7
Instalações Físicas	Realização Profissional		0,008	4.3.5
Região	Laudo DCR/LCR-UERJ requerido		0,012	4.3.9
Realização Profissional	Cadastro Atualizado		< 0,001	4.3.4
Vínculo Coordenador	Realização Profissional		0,018	4.3.6
Vínculo	Interface DCR/LCR-UERJ		0,044	4.3.8

As primeiras análises realizadas dizem respeito à capacitação de servidores sobre a atuação em serviços de imagem. A partir da definição desta capacitação como variável de agrupamento, relações que se mostraram estatisticamente significante foram com a requisição ou não do laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ para os estabelecimentos durante a fiscalização sanitária e a existência ou não de um cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância no respectivo município.

4.3.1 Capacitação x Laudo DCR/LCR-UERJ Requerido

A capacitação abordada no questionário diz respeito ao desenvolvimento e treinamento dos colaboradores para atividades específicas sobre a atuação da vigilância sanitária municipal

nos serviços de imagens, para garantir a segurança e a qualidade dos serviços prestados à população.

A referida associação mostrou-se estatisticamente significativa na relação de recebimento ou não da capacitação para atuação nos serviços de imagem, e o fato o agente requerer ou não o laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ para os estabelecimentos, durante a fiscalização sanitária.

Tabela 7 – Tabela de Contingência: Capacitação x Laudo DCR/LCR-UERJ requerido

Tabelas de Contingência

Capacitação		Laudo DCR/LCR-UERJ requerido			Total
		Requerido	Não requerido	Desconheço o que é o laudo	
Sim	Observado	19	2	0	21
	Esperado	16.0	2.21	2.76	21.0
Não	Observado	10	2	5	17
	Esperado	13.0	1.79	2.24	17.0
Total	Observado	29	4	5	38
	Esperado	29.0	4.00	5.00	38.0

Com o Gráfico 6, produzido através das informações da Tabela 7 (tabela de contingência), chama atenção o fato de que todos os servidores que responderam que desconhecem o que é o laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ, também responderam que não passaram por capacitação sobre a atuação em serviços de imagem.

É possível verificar ainda que há uma prevalência de 1,52 vezes maior do servidor que tenha passado pela capacitação, de requerer o respectivo laudo, para quando não houve capacitação. Em outras palavras, ter passado pelos treinamentos mostrou uma prevalência de mais de 50% do fiscal requerer o referido laudo durante a inspeção do que aqueles fiscais que não foram submetidos à capacitações equivalentes.

Laudo LCR-UERJ requerido

O laudo de proteção radiológica do LCR-UERJ é requerido para os estabelecimentos durante a fiscalização sanitária?

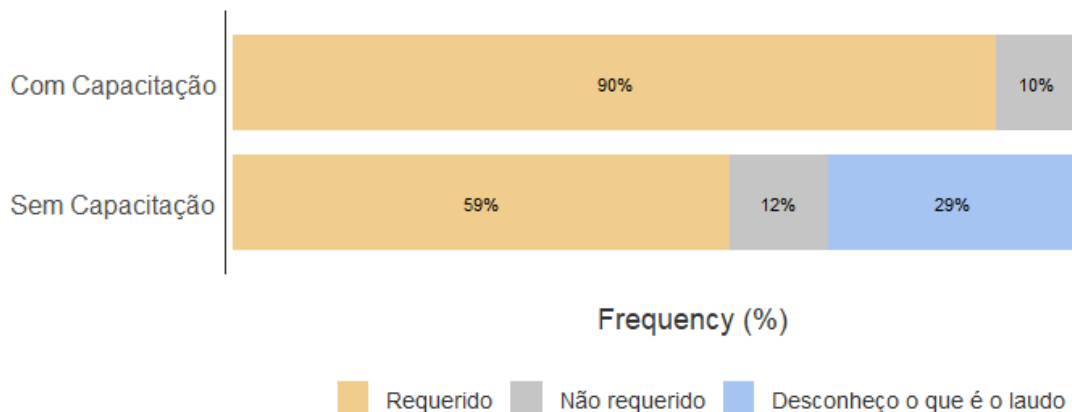


Gráfico 6 - Capacitação x Laudo DCR/LCR-UERJ requerido

4.3.2 Capacitação x Cadastro Atualizado

O cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância significa ter a possibilidade de fiscalizar prestadores que disponibilizam seus serviços à população. Portanto, é de suma importância que os dados estejam disponíveis para que as ações de vigilância possam atuar, e garantir a atividade fim das VISAs. Neste interim, foi possível observar uma relação da realização ou não de capacitação dos entrevistados sobre a atuação em serviços de imagem com a disponibilidade cadastral em seus serviços municipais.

Há uma prevalência de 1,7 vezes maior do servidor que tenha passado por capacitação em atuação nos serviços de imagem tenha o cadastro atualizado de estabelecimentos disponível para ações de vigilância, dos que os que não passaram pela capacitação, conforme cálculo de razão de prevalência a partir da tabela de contingência Tabela 8.

Tabela 8 – Tabela de Contingência: Capacitação x Cadastro atualizado

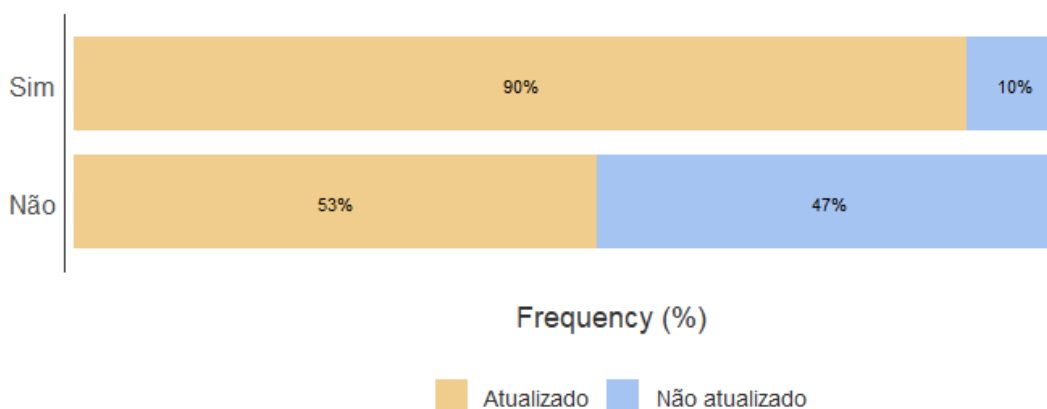
Tabelas de Contingência

Capacitação		Cadastro atualizado		Total
		Atualizado	Não atualizado	
Sim	Observado	19	2	21
	Esperado	15.5	5.53	21.0
Não	Observado	9	8	17
	Esperado	12.5	4.47	17.0
Total	Observado	28	10	38
	Esperado	28.0	10.00	38.0

No Gráfico 7 fica evidente a mudança de panorama quando comparado os órgãos dos servidores que passaram pela capacitação, que em 90% há cadastro atualizado, para quando não houve capacitação, em que há cadastro atualizado em 53%.

Cadastro atualizado

Existe cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária no seu município?

**Gráfico 7 - Capacitação x Cadastro atualizado**

Através das análises das variáveis disponíveis foi possível identificar mais duas que possuem correlação estatisticamente significativa, são elas: escolaridade do coordenador e realização profissional.

4.3.3 Escolaridade Coordenador x Cadastro Atualizado

Segundo os dados da pesquisa, coordenadores com formação superior completa e de pós-graduação aumentam as chances em ter disponível o cadastro de estabelecimentos atualizados, quando comparado a escolaridades de ensino médio e ensino superior incompleto. Destaca-se que nenhum dos coordenadores com ensino superior incompleto tinha disponível o cadastro atualizado de estabelecimentos. Já com o ensino superior completo, 75% dos órgãos apresentavam cadastro atualizado, e este número ainda cresce para 89% quando comparado a coordenadores com a escolaridade de pós-graduação, conforme Gráfico 8, produzido através da Tabela 9.

Tabela 9 – Tabela de Contingência: Escolaridade Coord. x Cadastro atualizado

Tabelas de Contingência

Escolaridade Coordenador		Cadastro atualizado		Total
		Atualizado	Não atualizado	
Médio	Observado	2	4	6
	Esperado	4.421	1.579	6.00
Sup. Incompleto	Observado	0	1	1
	Esperado	0.737	0.263	1.00
Sup. Completo	Observado	9	3	12
	Esperado	8.842	3.158	12.00
Pós-graduação	Observado	17	2	19
	Esperado	14.000	5.000	19.00
Total	Observado	28	10	38
	Esperado	28.000	10.000	38.00

Cadastro atualizado

Existe cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária no seu município?

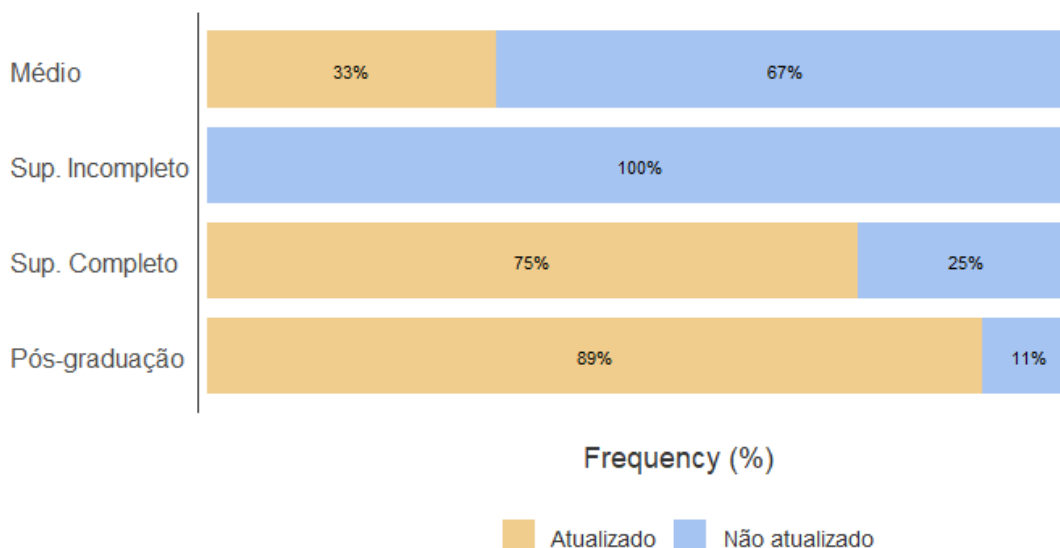


Gráfico 8 - Escolaridade Coordenador x Cadastro atualizado

4.3.4 Realização Profissional x Cadastro Atualizado

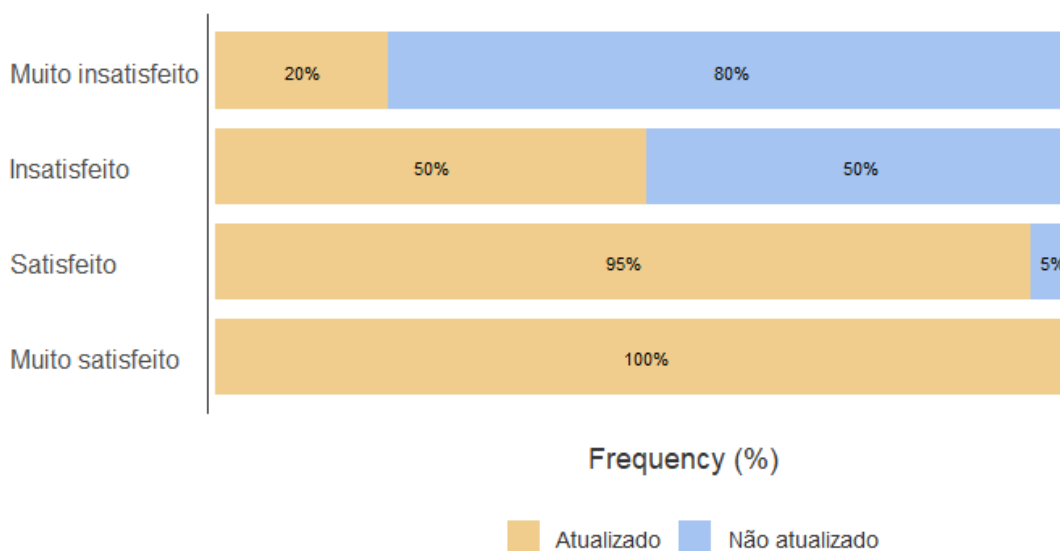
Os dados mostram uma configuração interessante em relação a realização profissional e o fato de existir ou não o cadastro atualizado no respectivo órgão. Isto porque pode tratar-se de uma relação de duas vias: o nível de realização profissional aumenta conforme o funcionário consegue realizar suas tarefas com os meios disponíveis, e os meios tornam-se disponíveis conforme a eficiência do trabalho dos funcionários.

A variável do tipo ordinal que representa o nível de realização profissional vai de “muito insatisfeito” até “muito satisfeito”, e há uma escalada em relação aos níveis de disponibilidade do cadastro atualizado, sendo para órgãos de funcionários que declararam estarem muitos insatisfeitos, apenas 20% encontram-se com os respectivos cadastros atualizados, para insatisfeitos, sobe para 50% os cadastros atualizados. Dos satisfeitos, há 95% dos cadastros em dia, chegando a 100% para os servidores que declaram estar muito satisfeitos em relação à realização profissional, tudo conforme a Tabela 10 e Gráfico 9.

Tabela 10 – Tabela de Contingência: Realização profissional x Cadastro atualizado

Tabelas de Contingência

Realização Profissional		Cadastro atualizado		Total
		Atualizado	Não atualizado	
Muito insatisfeito	Observado	1	4	5
	Esperado	3.68	1.32	5.00
Insatisfeito	Observado	5	5	10
	Esperado	7.37	2.63	10.00
Satisfeito	Observado	18	1	19
	Esperado	14.00	5.00	19.00
Muito satisfeito	Observado	4	0	4
	Esperado	2.95	1.05	4.00
Total	Observado	28	10	38
	Esperado	28.00	10.00	38.00

Cadastro atualizado*Existe cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária no seu município?***Gráfico 9 - Realização profissional x Cadastro atualizado**

Outras relações estatisticamente significativas, porém, tomando como variável dependente a realização profissional, podem ser observadas através da interação com a

qualidade das instalações físicas dos respectivos órgãos VISA e o vínculo funcional do coordenador, conforme os subitens a seguir.

4.3.5 Instalações Físicas x Realização Profissional

Os indivíduos que declararam a qualidade das instalações como péssimas também responderam estarem muito insatisfeitos em relação à realização profissional. Já das pessoas que caracterizaram as instalações como ruins, 30% estavam muito insatisfeitas e esta porcentagem cai para 4% quando observado os arguidos que declararam as instalações como adequadas.

Em paralelo, levando-se em conta as pessoas que responderam que estão satisfeitas em relação à realização profissional, a taxa salta de 30 para 62% no que diz respeito às condições físicas dos órgãos apresentarem-se como “ruins” e “adequadas”, respectivamente.

E por fim, os funcionários que declaram a qualidade das instalações como ótimas também responderam estarem muito satisfeitos em relação à Realização profissional.

Tabela 11 – Tabela de Contingência: Instalações físicas x Realização profissional

Tabelas de Contingência

Instalações físicas		Realização Profissional				Total
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Péssimas	Observado	1	0	0	0	1
	Esperado	0.132	0.263	0.500	0.105	1.00
Ruins	Observado	3	2	3	2	10
	Esperado	1.316	2.632	5.000	1.053	10.00
Adequadas	Observado	1	8	16	1	26
	Esperado	3.421	6.842	13.000	2.737	26.00
Ótimas	Observado	0	0	0	1	1
	Esperado	0.132	0.263	0.500	0.105	1.00
Total	Observado	5	10	19	4	38
	Esperado	5.000	10.000	19.000	4.000	38.00

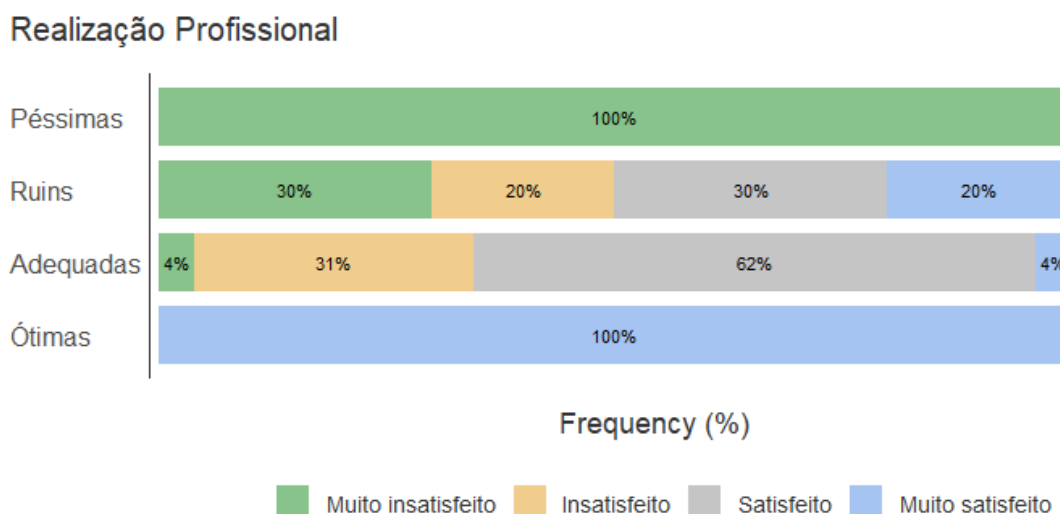


Gráfico 10 - Instalações físicas x Realização profissional

4.3.6 Vínculo Coordenador x Realização Profissional

A outra relação estatisticamente significativa, tendo como variável dependente a Realização Profissional, é a associação com a variável categórica relacionada ao Vínculo Funcional do Coordenador de área.

Segundo dados da pesquisa, há uma prevalência de 1,6 vezes maior do servidor declarar-se satisfeito em relação à realização profissional, para quando o vínculo de seu coordenador é efetivo, do que quando não é efetivo. E ainda, que todos os entrevistados que possuem gestor direto oriundo de outro órgão declararam estarem muito insatisfeitos no que concerne a realização profissional, segundo dados da Tabela 12 e representados no Gráfico 11.

Tabela 12 – Tabela de Contingência: Vínculo coord. x Realização profissional

Tabelas de Contingência

		Realização Profissional				Total
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Não Efetivo	Observado	0	5	5	3	13

Tabelas de Contingência

		Realização Profissional				Total
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Efetivo	Esperado	1.711	3.421	6.50	1.368	13.00
	Observado	3	5	14	1	23
	Esperado	3.026	6.053	11.50	2.421	23.00
Outro órgão	Observado	2	0	0	0	2
	Esperado	0.263	0.526	1.00	0.211	2.00
Total	Observado	5	10	19	4	38
	Esperado	5.000	10.000	19.00	4.000	38.00

Realização Profissional

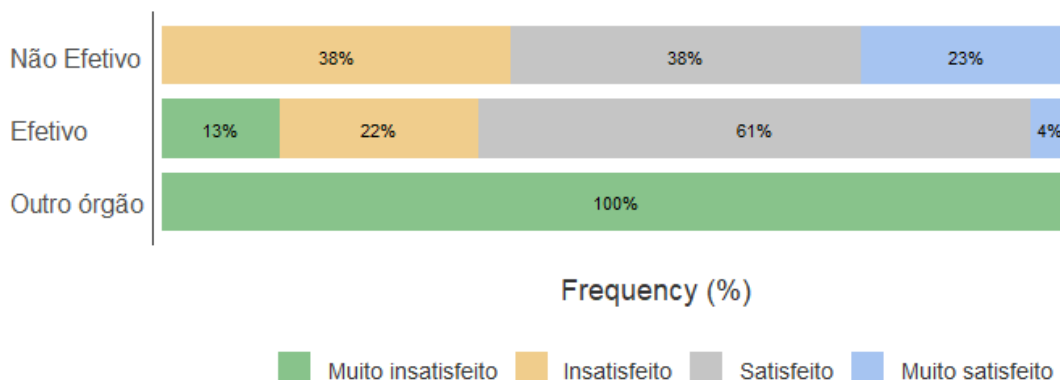


Gráfico 11 - Vínculo coordenador x Realização profissional

4.3.7 Físico-Médico x Interface DCR/LCR-UERJ

O Laboratório de Ciências Radiológicas (LCR) é um centro de referência no estudo das radiações ionizantes. Atua nas áreas de pesquisa, educação e proteção radiológica.

Na pesquisa, o DCR/LCR lidera inúmeros projetos na área da saúde, onde as radiações ionizantes são amplamente utilizadas. O laboratório também participa da elaboração de normas e procedimentos de segurança radiológica, permitindo que a população tenha acesso à serviços especializados e seguros, bem como os colaboradores envolvidos encontrem um ambiente mais favorável frente aos riscos envolvidos.

Na proteção radiológica, o DCR/LCR atua em harmonia com as vigilâncias sanitárias para fornecer suporte, conhecimento técnico e diagnóstico de condições de uso de equipamentos de radiação ionizante.

Para tanto, o assessoramento do profissional de física médica nas ações de vigilância sanitária permite que as fiscalizações se tornem mais criteriosas, e que garantam o funcionamento de maquinário e atuação de profissionais dentro dos parâmetros legais.

A importância deste assessoramento especializado nas VISAs municipais se traduz também pela aproximação de órgãos governamentais com laboratórios como o DCR/LCR, evidenciados pelos números da pesquisa a qual mostrou uma prevalência de 33 vezes maior da VISA municipal manter interface com o DCR/LCR-UERJ quando o órgão conta com assessoramento de um físico médico, segundo a Tabela 13 e o Gráfico 12.

Tabela 13 – Tabela de Contingência: Físico-Médico x Interface DCR/LCR-UERJ

Tabelas de Contingência

Físico Médico		Interface com LCR-UERJ		Total
		Com Interface	Sem Interface	
Físico-Médico - Sim	Observado	4	0	4
	Esperado	0.526	3.47	4.00
Físico-Médico - Não	Observado	1	33	34
	Esperado	4.474	29.53	34.00
Total	Observado	5	33	38
	Esperado	5.000	33.00	38.00

Interface com LCR-UERJ

Existe interface de dados entre a VISA do seu município e o LCR-UERJ?

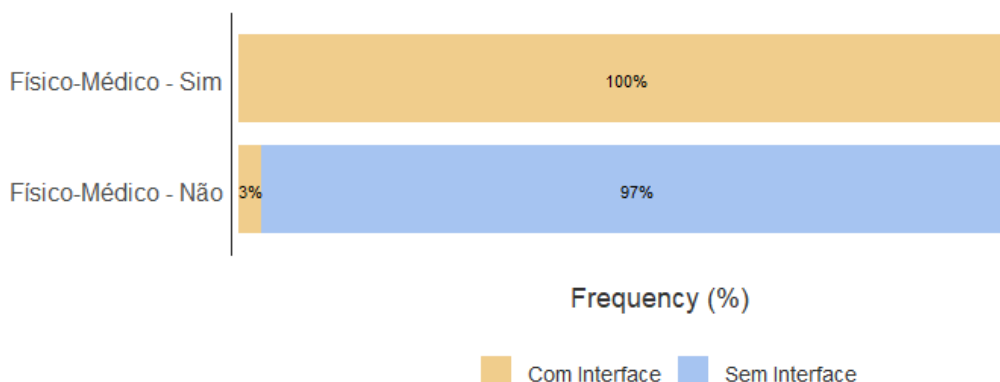


Gráfico 12 - Físico-Médico x Interface DCR/LCR-UERJ

4.3.8 Vínculo x Interface DCR/LCR-UERJ

A outra relação estatisticamente significativa, tendo como variável dependente o Interface DCR/LCR-UERJ, é a associação com a variável categórica relacionada ao Vínculo Funcional.

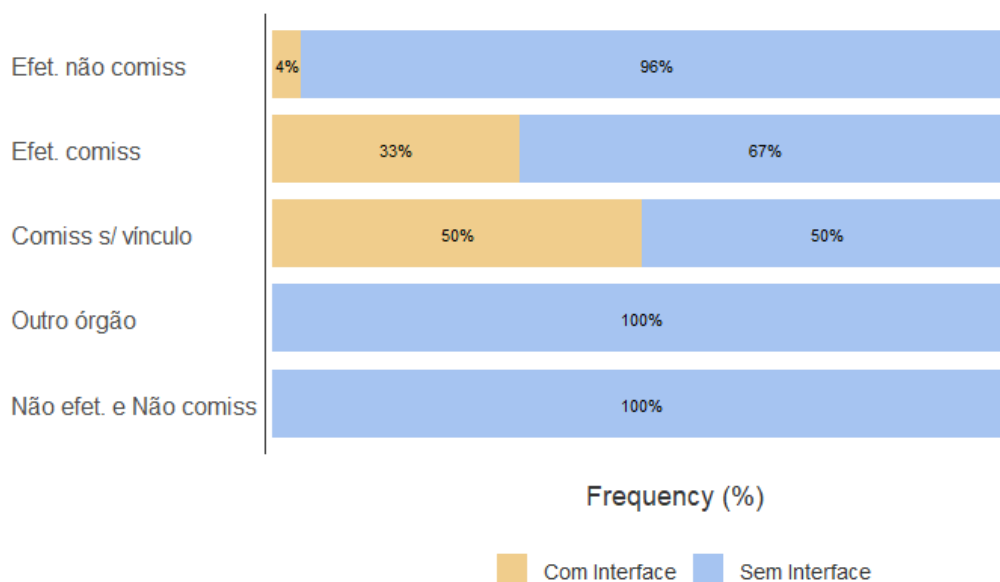
Os piores cenários para a interface das VISAs municipais com o DCR/LCR encontram-se nas respostas dadas por funcionários não efetivos e de outros órgãos, que declararam não haver interface com o laboratório.

Em funcionários efetivos e não comissionados é possível observar uma discreta manifestação de 4% de interação. Há uma significativa mudança quando observado a resposta dada por efetivos comissionados e comissionados sem vínculo, que respondem por 33 e 50%, respectivamente, de interface entre o respectivo órgão e referido laboratório, conforme pode-se observar no Gráfico 13, com as frequências mostradas na Tabela 14, de contingência.

Tabela 14 – Tabela de Contingência: Vínculo x Interface DCR/LCR-UERJ

Tabelas de Contingência

Vínculo		Interface com LCR-UERJ		Total
		Com Interface	Sem Interface	
Efet. não comiss	Observado	1	25	26
	Esperado	3.421	22.579	26.00
Efet. comiss	Observado	2	4	6
	Esperado	0.789	5.211	6.00
Comiss s/ vínculo	Observado	2	2	4
	Esperado	0.526	3.474	4.00
Outro órgão	Observado	0	1	1
	Esperado	0.132	0.868	1.00
Não efet. e Não comiss	Observado	0	1	1
	Esperado	0.132	0.868	1.00
Total	Observado	5	33	38
	Esperado	5.000	33.000	38.00

Interface com LCR-UERJ*Existe interface de dados entre a VISA do seu município e o LCR-UERJ?***Gráfico 13 - Vínculo x Interface DCR/LCR-UERJ**

4.3.9 Região Administrativa x Laudo DCR/LCR-UERJ Requerido

Uma última associação que se mostrou estatisticamente relevante dentro do critério adotado e exposto, trata-se da adoção da Região Administrativa como variável categórica e o pedido ou não do Laudo DCR/LCR-UERJ durante a fiscalização nas instituições aplicáveis.

Com a confecção da Tabela 15 de contingência, as frequências foram representadas no Gráfico 14 onde é possível perceber: que há efetiva realização do referido laudo nas regiões Centro-Sul Fluminense, Costa Verde e Noroeste Fluminense, acompanhado pelos expressivos 90% da região metropolitana, e condição de equilíbrio nas demais regiões.

Cabe destacar os panoramas de desconhecimento do conteúdo, e conseqüentemente da importância do laudo DCR/LCR-UERJ, nas regiões Serrana e Médio Paraíba, chegando a metade dos entrevistados de ambas as regiões, como ilustra o Gráfico 14.

Tabela 15 – Tabela de Contingência: Região adm. x Laudo DCR/LCR-UERJ requerido

Tabelas de Contingência

Região		Laudo DCR/LCR-UERJ requerido			Total
		Sim	Não	Desconheço o que é o laudo	
Metropolitana	Observado	18	0	2	20
	Esperado	15.263	2.105	2.632	20.00
Centro-Sul Fluminense	Observado	2	0	0	2
	Esperado	1.526	0.211	0.263	2.00
Costa Verde	Observado	4	0	0	4
	Esperado	3.053	0.421	0.526	4.00
Baixada Litorânea	Observado	2	1	1	4
	Esperado	3.053	0.421	0.526	4.00
Serrana	Observado	0	1	1	2
	Esperado	1.526	0.211	0.263	2.00
Noroeste Fluminense	Observado	1	0	0	1
	Esperado	0.763	0.105	0.132	1.00
Médio Paraíba	Observado	2	2	0	4
	Esperado	3.053	0.421	0.526	4.00
Norte Fluminense	Observado	0	0	1	1

Tabelas de Contingência

		Laudo DCR/LCR-UERJ requerido			Total
		Sim	Não	Desconheço o que é o laudo	
Total	Esperado	0.763	0.105	0.132	1.00
	Observado	29	4	5	38
	Esperado	29.000	4.000	5.000	38.00

Laudo LCR-UERJ requerido

O laudo de proteção radiológica do LCR-UERJ é requerido para os estabelecimentos durante a fiscalização sanitária?

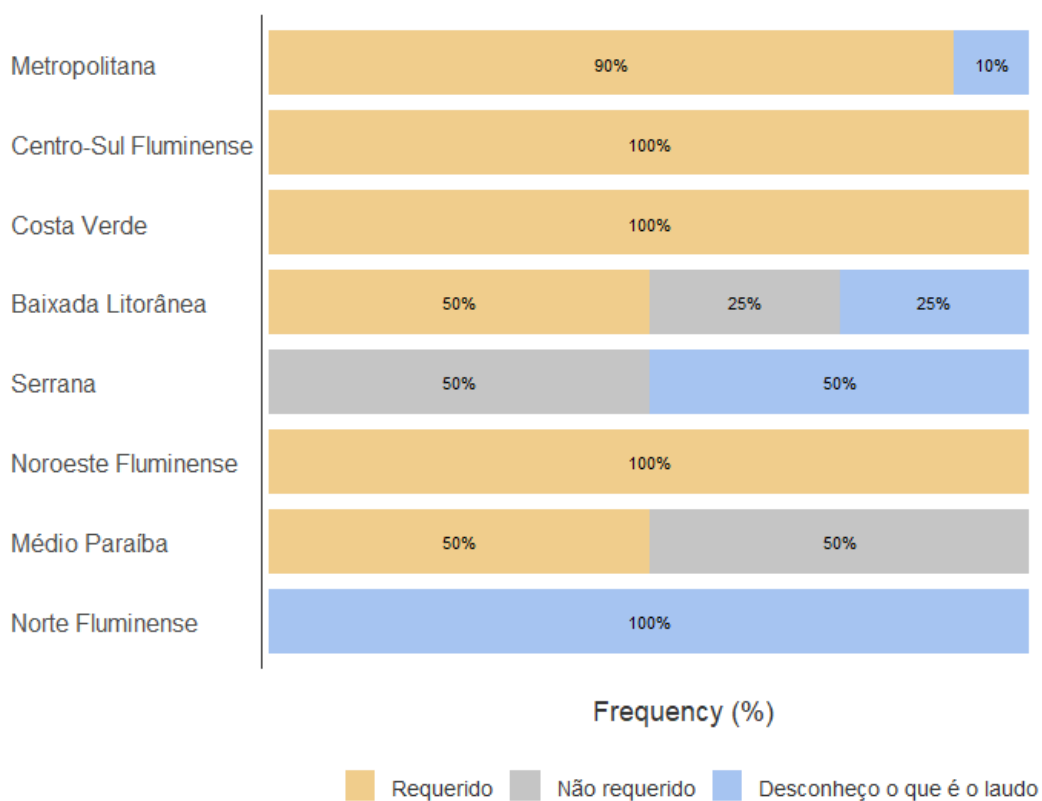


Gráfico 14 - Região administrativa x Laudo DCR/LCR-UERJ requerido

4.4 Discussões

A metodologia e o delineamento selecionados para sustentar a presente pesquisa têm

aplicação expressiva em estudos epidemiológicos e basicamente são caracterizados pela observação de indivíduos em seu ambiente natural, sem a manipulação ou intervenção do pesquisador (observacional), de coleta de dados em um determinado período (curto) no tempo (transversal), ulterior ao início do estudo (prospectivo), analisando-se as relações entre diferentes variáveis (analítico).

Deve ficar muito claro que os objetivos de um estudo seccional estarão sempre relacionados com indivíduos em local e época demarcados. Os termos seccional e transversal estão relacionados com a temporalidade, isto é, com a época da coleta de dados do estudo (KLEIN, BLOCH, 2009, grifo meu).

Os dados foram tabulados e analisados utilizando o *software JAMOV*, versão 2.4.11.0, baseado na linguagem *R*, versão 4.1. Foram utilizados estatísticas descritivas e testes de qui-quadrado e/ou Exato de Fisher para testar as associações estatísticas entre pares de variáveis qualitativas (bidimensional), considerando um nível de significância de 5%.

A análise bidimensional é o termo utilizado para expressar o estudo de um fenômeno a partir da observação de duas variáveis. Seu objetivo é a investigação de como duas variáveis estão relacionadas e na avaliação do grau de dependência entre elas, buscando explicar como uma se comporta em função do desempenho da outra, de modo que viabilize prever melhor o resultado de uma delas mediante o conhecimento da outra.

Os testes de associação buscaram interagir 26 (vinte e seis) variáveis entre si, sem reposição, pertencentes a quatro conjuntos temáticos: perfil sociodemográfico, perfil do gestor, percepção pessoal acerca dos respectivos órgãos (VISAs municipais) e percepção pessoal acerca das atividades operacionais; podendo caracterizar-se como variáveis categóricas, binárias ou ordinais.

Talvez um dos aspectos mais relevantes presentes nos processos de descentralização, é a efetiva realização da capacitação/treinamento dos recursos humanos, ou a falta destes em processos assombrados pelo insucesso. A capacitação precisa existir, e de fato ser sentida pelos instruídos, como bem destacou MARANGON, SCATENA e COSTA (2007), e não só realizadas por formalidades.

Os questionamentos feitos procuraram entender em relação aos treinamentos/capacitações realizados pela VISA estadual necessários às atividades, onde 73,7%

dos entrevistados afirmaram ter recebido tais instruções. Já quando perguntado em relação a capacitação especializada sobre atuação em serviços de imagem, a frequência de respostas positivas caiu para 55,3%.

E ainda, a análise das interações destas variáveis combinadas com as demais, retornaram em associações estatisticamente significativas com a definição da “capacitação de servidores sobre a atuação em serviços de imagem” como variável de agrupamento, e como variáveis dependentes: a requisição ou não do laudo de proteção radiológica DCR/LCR-UERJ para os estabelecimentos durante a fiscalização sanitária e a existência ou não de um cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância no respectivo município.

Mister salientar que não havia desconhecimento do que é o laudo DCR/LCR-UERJ para os entrevistados que já passaram por capacitação especializada. Ou seja, todos os que declararam desconhecer sobre o conteúdo do referido laudo, também declararam não ter passado por treinamento sobre atividades específicas na atuação da vigilância sanitária municipal nos serviços de imagens, denotando assim a importância na formação do agente.

Dada esta primeira informação, o presente estudo demonstrou também, que para os dados coletados na pesquisa, a referida capacitação influencia na disponibilização do cadastro atualizado de estabelecimentos suscetíveis a fiscalização por parte das VISAs municipais, no sentido de que a submissão de servidores ao treinamento/capacitação, aumenta as chances de o respectivo órgão ter o cadastramento em dia.

Isto pode ocorrer devido a: implementação de ações educativas eficientes e estrategicamente orientadas com estímulo aos licenciamentos e demais rotinas de formalização dos estabelecimentos; uso efetivo da tecnologia para facilitar o gerenciamento de dados, inspeções e atualização de cadastros; domínio das ferramentas de ouvidoria com tratamento de dados e estatística; ações de reconhecimento e inteligência que busque novos estabelecimentos e/ou estabelecimentos que estejam funcionando à margem da legislação em vigor; e elaboração e adoção de procedimentos operacionais padrão que alinhem outros setores e demais órgãos em diferentes níveis da administração pública.

Outro comportamento interessante entre as variáveis, ainda no contexto do cadastro atualizado, é a relação estatisticamente significativa com a variável relativa à escolaridade do gestor. Foi observado que coordenadores com formação superior completa e de pós-graduação

aumentam sobremaneira a frequência de disponibilidade dos cadastros de estabelecimentos atualizados, quando comparado às escolaridades inferiores.

Segundo o papel da gestão definido em CONASS (2003), é a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Ademais, quanto maior a escolaridade, espera-se um maior nível de informação geral e específica, além de potencial habilidade em buscar conhecimento em prol da sociedade.

O resultado é diretamente ligado às diretrizes de uma boa gestão, visto que, segundo JULIANO, ASSIS (2004), o cadastramento dos estabelecimentos alvo das ações de controle sanitário é um dos requisitos básicos para o planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelos serviços de VISA, no sentido de orientar a elaboração do plano de trabalho, o dimensionamento do quadro de pessoal e dos recursos necessários.

A última análise bivariada envolvendo o cadastro atualizado, retornando uma interação significativa foi com a realização profissional dos entrevistados. Neste caso, é possível estar diante de uma relação de duas vias, ou como denominado por SPIEGELHALTER (2022), uma causalidade reversa: o nível de realização profissional aumenta conforme o servidor realiza suas tarefas programadas com os meios disponíveis, e os meios tornam-se disponíveis conforme a eficiência do trabalho dos funcionários motivados e realizados profissionalmente.

Outros dois fatores que podem influenciar a realização profissional, segundo o processamento dos dados da pesquisa, são: as instalações físicas do respectivo órgão e o vínculo de trabalho do gestor.

Obras que abordam o processo de descentralização das VISAs municipais rotineiramente avaliam a estrutura física de órgãos e por vezes vinculam tal estado à realização profissional dos servidores.

É possível verificar em BARRETO (2008), COHEN (2009), FERRARO e al (2009), MARANGON et al (2010), OLMEDO et al (2019), entre tantas outras específicas para a área e em um condensado sob o espectro da psicologia de GEREMIA et al (2020), corroboram com a já pacificada constatação da influência da estrutura física laboral com a realização profissional, e que se pôde verificar também no presente estudo.

A outra relação estatisticamente significativa é com a variável categórica relacionada ao

vínculo funcional do coordenador de área. Segundo dados processados nesta pesquisa, além da prevalência do servidor declarar-se satisfeito em relação à realização profissional, para quando o vínculo de seu coordenador é efetivo, do que quando não é efetivo; ainda destacou-se o fato de que todos os entrevistados que possuem gestor direto oriundo de outro órgão declararam estarem muito insatisfeitos em relação a realização profissional.

Isto pode ocorrer devido a: uma falta de conhecimento específico acerca da dinâmica de funcionamento, onde o gestor vindo de outros órgãos pode não ter conhecimento técnico suficiente sobre as particularidades do órgão; desconhecimento da legislação geral aplicável; falta de sensibilidade às demandas locais; diferenças na abordagem de gestão; falta de diálogo e participação; e pressões políticas externas, que pode comprometer a autonomia e a imparcialidade do órgão.

EDUARDO, MIRANDA (1998), em um verdadeiro tratado em saúde e cidadania com enfoque na vigilância sanitária, para gestores municipais de serviços de saúde, já destacavam a presença, dentre outros membros de uma equipe multidisciplinar, especialmente a de um físico-médico, em serviços de fiscalização que empregam radiação ionizante. Ou quando não houver, manter profissional devidamente treinado e familiarizado com os tipos de equipamento, procedimentos, testes, análise das medidas, e conhecer profundamente a legislação vigente, além da recomendação de um canal estabelecido oficialmente com um profissional físico, para referência técnica.

Diante da notória importância de tal profissional nos serviços que desempenham a função de fiscalização em serviços de imagem, pôde-se relacionar a presença ou não do profissional físico-médico com uma interface de dados e produção de conhecimento com o Laboratório de Ciências Radiológicas (LCR) do Departamento de Ciências Radiológicas (DCR), instalado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); onde segundo o estudo, há uma massiva prevalência de que o órgão VISA se mantenha próximo ao DCR/LCR-UERJ quando há a presença do profissional físico no respectivo órgão.

Outra variável que mostrou interagir com a interface dos respectivos órgãos municipais VISA com o DCR/LCR-UERJ é o vínculo funcional do entrevistado.

Destaca-se nesse contexto a massiva ausência de interação do referido laboratório com os órgãos governamentais dos entrevistados que declararam ser oriundos de outro órgão ou não

efetivo e não comissionado, denotando um maior entrosamento do DCR/LCR-UERJ com órgãos VISA dos entrevistados cujos vínculos caracterizam-se por efetivo comissionado e comissionado sem vínculo.

Por fim, dentre as possíveis análises bivariadas que retornasse uma relação estatisticamente significativa, surge a questão da região administrativa, que neste caso, interage com a variável que representa a requisição ou não do Laudo DCR/LCR-UERJ durante a fiscalização nas instituições aplicáveis.

É possível constatar que há o pedido do referido laudo integralmente nas regiões Centro-Sul Fluminense, Costa Verde e Noroeste Fluminense, predominantemente na região metropolitana, e condição de equilíbrio nas demais regiões. Mister frisar que ainda há o desconhecimento do conteúdo do laudo supramencionado nas regiões Serrana e Médio Paraíba, chegando a metade dos entrevistados de ambas as regiões, denotando a não uniformidade na distribuição de conhecimento entre os fiscais, ausência de procedimentos operacionais padrão no processo de descentralização das ações de VISA, prejudicando sobremaneira a qualidade das fiscalizações e a geração de estatísticas atreladas ao processo que poderiam buscar uma melhora na qualidade do serviço para a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância sanitária é um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, visando garantir a qualidade do processo de produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde, das condições de vida e trabalho dos cidadãos e do meio ambiente.

No contexto da saúde pública no Brasil, a vigilância sanitária é essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Suas ações contribuem para: proteger a saúde da população contra riscos sanitários, como a contaminação de alimentos, medicamentos e outros produtos, a propagação de doenças infecciosas e o surgimento de novas doenças; garantir a qualidade dos serviços de saúde, como hospitais, clínicas e laboratórios, para que eles possam oferecer atendimento seguro e eficaz à população; proteger o meio ambiente, que é fundamental para o equilíbrio e a saúde humana.

Algumas das ações específicas da vigilância sanitária que contribuem para a saúde pública no Brasil incluem: inspeção de alimentos e bebidas para garantir que estejam seguros para consumo; regularização de medicamentos para garantir sua qualidade e segurança; controle de doenças transmissíveis, como a dengue, a febre amarela e a tuberculose; promoção da saúde ambiental, como a redução da poluição e a proteção de áreas verdes.

As atribuições dos órgãos de vigilância sanitária ganharam notoriedade durante a pandemia de COVID-19, tendo um papel fundamental no combate à disseminação da doença. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi responsável por regulamentar a produção e a distribuição de vacinas, medicamentos e equipamentos de proteção individual (EPIs), além de estabelecer medidas de prevenção e controle da doença, como o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos.

Para dar conta do trabalho de vigilância sanitária em um país com a dimensão e a divisão territorial do Brasil, além de sua diversidade geográfica, populacional e econômica, existe uma rede nacional de atuação, que abrange o nível central (ANVISA) e as unidades nos estados, municípios e Distrito Federal (DF), as Vigilâncias Sanitárias (VISAs) estaduais, municipais e do DF. Esse conjunto forma o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), coordenado pela ANVISA.

Tão grande em território e vasto em sua diversidade, o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária não podia ser nada menos do que desafiador.

A descentralização das ações de vigilância sanitária é um processo gradual que vem ocorrendo no Brasil desde a década de 1990. Essa descentralização foi prevista na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a municipalização da saúde como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), e impulsionada pela necessidade de fortalecer a capacidade de resposta do SUS às demandas da população.

A descentralização das ações de vigilância sanitária para o nível municipal tem como objetivo aproximar os serviços da população e garantir uma atuação mais eficiente. Os municípios são responsáveis por executar as ações de vigilância sanitária em seu território, conforme as diretrizes e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Os principais desafios da descentralização das ações de vigilância sanitária, sobretudo os mais afastados das grandes metrópoles, são:

- a) A falta de recursos financeiros e humanos nos municípios;
- b) A necessidade de capacitação dos profissionais de vigilância sanitária;
- c) A articulação entre os diferentes níveis de governo.

Apesar dos desafios, a descentralização das ações de vigilância sanitária é um processo importante para o fortalecimento do SUS. A aproximação dos serviços da população e a garantia de uma atuação no sentido literal da palavra podem contribuir para a melhoria da saúde pública no Brasil.

Alguns avanços alcançados com a descentralização das ações de vigilância sanitária incluem:

- a) Aumento da cobertura das ações de vigilância sanitária;
- b) Melhoria da qualidade dos serviços de vigilância sanitária;
- c) Fortalecimento da participação da comunidade nas ações de vigilância sanitária.

A descentralização das ações de vigilância sanitária é um processo contínuo que requer o envolvimento dos diferentes níveis de governo, da sociedade civil e dos profissionais de vigilância sanitária.

Dentro deste contexto, as ações de vigilância sanitária que envolvem a fiscalização de

serviços intra-hospitalares de imagem têm como objetivo garantir a segurança e a qualidade dos procedimentos radiológicos realizados nesses serviços. Essas ações são realizadas por fiscais capacitados para avaliar a conformidade dos serviços com as normas sanitárias vigentes.

O presente estudo foi elaborado, com a metodologia adotada de caráter observacional, a fim de realizar um diagnóstico situacional das VISAs municipais, frente ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, sem descuidar de aspectos voltados aos profissionais envolvidos nas fiscalizações, aplicando estatística necessária e suficiente para tratar os dados coletados nas entrevistas.

Muitos dos fatores que apareceram no presente estudo como variáveis e se mostraram estatisticamente significantes, foram mencionados em FERRARO, COSTA, VIEIRA-DASILVA (2009) cujo a obra destinou-se a criação de consenso sobre os objetivos e atividades principais para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal, e que fosse capaz de realizar avaliações comparativas entre municípios em todas as regiões do país, por meio da formulação e validação preliminar de uma proposta de imagem-objetivo para a vigilância sanitária municipal.

Ainda na obra supramencionada, houve o consenso dos especialistas sobre aspectos que se mostraram relevantes e corroboram as interpretações dos tratamentos estatísticos aqui presentes, dentre eles: instalações com espaço físico adequado às atividades, política de capacitação de recursos humanos, buscar na intersetorialidade os parceiros para atuação conjunta na resolução de problemas e redução dos riscos sanitários (que pode trata-se da interação com bases acadêmicas), realizar planejamento e avaliação como instrumentos rotineiros na prática dos profissionais, viabilizando a existência de plano de ação (que envolve a disponibilidade do cadastro atualizado de estabelecimentos a serem fiscalizados).

E ainda, sem descuidar da atenção especial aos municípios mais afastados das metrópoles, que vem a ser um compromisso com a equidade no acesso aos serviços de saúde. A descentralização não deve perpetuar desigualdades, mas sim garantir que todas as comunidades, independentemente de sua localização, recebam a mesma atenção e cuidado.

Por fim, a gestão eficiente é o elemento que conecta todas as peças desse processo. Uma gestão ágil, transparente e baseada em dados promove a sinergia entre os demais aspectos já mencionados e desenvolvidos nesta obra. A eficiência na gestão é o fio condutor que transforma

a descentralização em uma força propulsora para a melhoria contínua dos serviços e ações de VISA como um todo.

Um dos objetivos deste trabalho foi quantificar os serviços intra-hospitalares municipais de imagem em cada região do estado do Rio de Janeiro. Apesar dos esforços realizados, não foi possível quantificá-los, tendo como fator limitante a não disponibilização dos dados necessários que enriquecessem as análises desenvolvidas, em tempo; ficando tal complementação à atividade como recomendação para obras futuras.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 1. Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: Proteger e promover a saúde, construindo cidadania. Relatório Final. Brasília/DF, 2001.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Gestão da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental**. Salvador, 2006.
- BARRETO, R. L.; **Descentralização das ações de vigilância sanitária: Impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos**. Dissertação de Mestrado profissional, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil, 2008.
- CAPP, E.; NIENOV, O. H.; **Bioestatística Quantitativa Aplicada**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, Brasil. 2020.
- CODIN, Companhia de Desenvolvimento Industrial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: <<https://www.codin.rj.gov.br/geo-rio?lang=pt>>. Acessado em 25 de julho de 2023.
- COHEN, M. M.; **Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 19 [3]; Rio de Janeiro/RJ, p. (867-901), 2009.
- COHEN, M. M.; MOURA, M. L. O.; TOMAZELLI, J., G.; **Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 7 [3]; São Paulo/SP, p. (290-301), setembro, 2004.
- CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília/DF, 2003.
- DESETA, M. H.; **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2007.
- EDUARDO, M. B. P.; MIRANDA, I. C. S.; **Vigilância sanitária para gestores municipais de serviços de saúde**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo/SP: Editora Fundação Peirópolis Ltda. 1998.
- FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L., M.; **Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal**. Caderno Saúde Pública, 25 [10]; Rio de Janeiro/RJ, p. (2201-2217), outubro, 2009.
- GEREMIA, H. C.; SCAPINI, A. I. N.; SILVA, N.; **Concepções de Realização Profissional: Uma revisão integrativa**. Revista Psicologia e Saúde, 12 [1]; Campo Grande/MS, p. (17-32),

abril, 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html> CENSO IBGE 15/08/2023>. Acessado em 15 de agosto de 2023.

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

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V.; Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. (org.); BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo/SP: Editora Atheneu, 2^a Ed. 2009. p. (193-219)

LAGUARDIA, F. C.; **Vigilância Sanitária: o processo de descentralização em Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2017.

LAVIOLA, E. C.; **Estado e vigilância sanitária: trabalho, força de trabalho e educação profissional em saúde no contexto do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2010.

LESSA, T. S.; **Descentralização e financiamento das ações de vigilância sanitária: o caso da Bahia**. Dissertação de Mestrado em saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil, 2011.

LUCCHESI, G.; **Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15 [Supl. 2]; Rio de Janeiro/RJ, p. (3020-3026), 2010.

MARANGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E., A.; **Vigilância Sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15 [Supl. 3]; Rio de Janeiro/RJ, p. (3587-3601), 2010.

Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. 05/8 – Dia Nacional da Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-vigilancia-sanitaria-2/>. Acessado em 05 de janeiro de 2024.

OLIVEIRA, C. M.; OLIVEIRA, A. L. C.; SILVA, B. R. M.; **Avaliação do desempenho do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro**. Research, Society and Development, 10 [3]; Vargem Grande Paulista/SP, p. e35110716070, 2021.

OLMEDO, P. V.; FRIORI, L. S.; MEDEIROS, C. O.; FERREIRA, S. M. R.; Perfil dos Profissionais de Vigilância Sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira. Revista VISA em debate, 7[1]; Rio de Janeiro/RJ, p. (23-32), 2019.

SPIEGELHALTER, D.; **A Arte da Estatística: como aprender a partir de dados**. Rio de Janeiro/RJ: Editora Schwarcz S.A., 1ª Ed. 2022.

STROBE. *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies*. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>. Acessado em 12 de abril de 2023.

APÊNDICE – Formulário

Endereço de e-mail: _____
1. Em qual município você atua? _____
2. Qual sua idade? () 23 Anos ou Menos () De 24 a 29 Anos () De 30 a 39 Anos () De 40 a 49 Anos () De 50 a 59 Anos () De 60 a 65 Anos () 66 Anos ou Mais
3. Qual o sexo? () Masculino () Feminino
4. Há quanto tempo é servidor do órgão? () Menos de 1 ano () De 1 a 3 anos () De 3 a 10 anos () De 10 a 15 anos () Mais de 15 anos
5. Qual o seu vínculo funcional? () Servidor Efetivo Não Comissionado () Servidor Efetivo Comissionado () Comissionado Sem Vínculo Efetivo () Não Efetivo Não Comissionado () Servidor de Outro Órgão (Requisitado, Temporário ou Similares)
6. Qual o seu grau de escolaridade? () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-graduação
7. Qual o vínculo Coordenador do órgão? () Servidor Efetivo () Não Efetivo () Servidor de Outro Órgão (Requisitado, Temporário ou Similares)
8. Qual o grau de escolaridade do coordenador? () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-graduação
9. Há quanto tempo o gestor da sua Coordenação está no cargo? () Menos de 1 ano () De 1 a 3 anos () De 3 a 10 anos () De 10 a 15 anos () Mais de 15 anos
10. O quantitativo de servidores é suficiente para as atividades desenvolvidas na VISA de seu município? () Sim () Não
11. Seu órgão de atuação realiza as ações de vigilância sanitária nos serviços de imagem? () Sim () Não
12. Há mais facilidade para o desenvolvimento das atividades de fiscalização e vigilância sanitária nos serviços de imagem após a descentralização? () Sim () Não

13. Foi realizada alguma capacitação no seu serviço sobre a atuação em serviços de imagem? () Sim () Não
14. Qual a maior dificuldade para o desenvolvimento de suas atividades de fiscalização e vigilância sanitárias após a descentralização? () Colegas de trabalho () Coordenação () Estrutura física () Logística de transporte () Parque tecnológico obsoleto
15. A VISA Estadual realiza treinamentos/capacitações necessários ao desenvolvimento de suas atividades? () Sim () Não
16. Há assessoramento de um físico médico na VISA do seu município? () Sim () Não
17. O laudo de proteção radiológica do LCR-UERJ é requerido para os estabelecimentos durante a fiscalização sanitária? () Sim () Não
18. Existe interface de dados entre a VISA do seu município e o LCR-UERJ? () Sim () Não
19. A mudança de gestão do Executivo municipal pode provocar a descontinuidade das políticas de atuação de fiscalização e vigilância sanitárias do seu município? () Sim () Não
20. A equipe faz uso de equipamentos de proteção individual durante as fiscalizações nos serviços de imagem/radioterapia? () Sim () Não () Não realizamos inspeção nestes serviços
21. Você consegue desenvolver integralmente suas atividades programadas dentro do horário normal de trabalho? () Sim () Não
22. Em relação ao espaço físico em que o órgão está localizado: () Próprio () Alugado
23. Em relação às instalações físicas do órgão: () Ótimas () Adequadas () Ruins () Péssimas
24. Existe apoio logístico para transporte da equipe durante as fiscalizações? () Sim () Não
25. Existe cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária no seu município? () Sim () Não
26. Realização profissional: () Muito Insatisfeito () Insatisfeito () Satisfeito () Muito Satisfeito