

**Lilyan Cristina Rocha Michaloski**

**CAMINHOS E (DES)CAMINHOS DA DESCENTRALIZAÇÃO  
DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM MUNICÍPIOS  
DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública, sob orientação do Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior.

**Botucatu – SP**

**2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Michaloski, Lilyan Cristina Rocha.

Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do Estado de São Paulo / Lilyan Cristina Rocha  
Michaloski. – Botucatu : [s.n.], 2007.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2007.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil).

CDD 614

Palavras chave: Descentralização; Gestão; Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; SUS; Vigilância sanitária.

***Aos profissionais que militam arduamente e se dedicam à Vigilância Sanitária no Brasil, levantando a bandeira da ética em defesa da proteção e promoção à saúde dos cidadãos deste país.***

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de enumerar, sem esquecer ninguém, todos que, com dedicação desprendida, colaboram neste trabalho. Entretanto, isto seria uma tarefa impossível. Assim, pensando em todos, expresso, neste momento, meus sinceros agradecimentos:

- ao Professor Caldas, pela orientação carinhosa, atitudes de incentivo e amizade construída no desenvolvimento do trabalho, agindo com paciência, mesmo nos momentos mais improdutivos, onde a conversa calorosa e experiente substituiu a orientação acadêmica;
- à Professora Karina Pavão, pelos comentários e anotações que muito contribuíram para enriquecimento do trabalho;
- as diretoras Maria Therezinha Barriquelo Alves e Fátima Maria Padovani, então Diretoras da Vigilância Sanitária da Regional Botucatu e DIR XI Botucatu, que aprovaram o meu afastamento do trabalho para frequentar a Pós-Graduação e cursar o mestrado junto à Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu;
- aos diretores das vigilâncias sanitárias municipais entrevistados, pela atitude cooperativa durante as entrevistas e principalmente pela abertura e coragem em prestar as informações disponibilizadas para este trabalho;
- ao amigo Gilberto Luppi dos Anjos, pela colaboração e ajuda na organização das idéias ;
- a Professora Ivete Dalben, pela colaboração com material para elaboração do cenário de estudo;
- a Professora Angelina Batista e Professor José Celso Vieira, pela colaboração na revisão ortográfica do texto;
- a bibliotecária do Campus de Botucatu, Rosemary Cristina da Silva, pela revisão das referências bibliográficas;
- em especial, ao meu querido Eduardo e filhos Marianinha e José, família maravilhosa, pelo apoio, carinho e especial compreensão pela minha ausência durante a elaboração deste empreendimento. Prometo compensar com milhões de beijos as horas de ausência.

*A condição de alienação, de estar adormecido, de estar inconsciente, de não ter consciência da sua própria mente, é a condição do homem normal.*

*A sociedade dá um alto valor ao seu homem normal.*

*Ela educa as crianças para que se percam de si mesmas e se tornem absurdas – e, por conseguinte normais. Os homens normais mataram cerca de cem milhões de seus semelhantes nos últimos cinquenta anos.*

- *Ronald Laing*

## RESUMO

A construção do SUS, ao longo de décadas recentes, tem sido espaço de relevantes conquistas, a despeito de conflitos e dificuldades. Observa-se, porém, que a municipalização da vigilância sanitária (Visa) não acompanhou o ritmo e a intensidade geral do processo. O presente estudo discute e analisa os aspectos da municipalização das ações de vigilância sanitária, na percepção de seus gestores, com ênfase no desenvolvimento deste processo no município e seus determinantes políticos, técnicos e administrativos. O cenário da pesquisa foi composto por cinco municípios do interior do Estado de São Paulo, na área de abrangência da então Direção Regional de Saúde de Botucatu, em gestão plena do sistema de saúde. As informações foram colhidas por meio de entrevistas semi-estruturadas e trabalhadas em abordagem qualitativa buscando a construção de categorias e unidades discursivas explicativas do processo estudado. Ao final, aponta que, na visão dos gestores municipais, se evidenciaram vários conflitos. Verificou-se o comprometimento do desenvolvimento das ações de vigilância sanitária diante da figura da “ingerência política” de prefeitos, vice-prefeitos e vereadores que priorizam interesses individuais do setor regulado em detrimento de normas sanitárias. Outro aspecto destacado foi a posição secundária atribuída às vigilâncias na estrutura e nas prioridades da saúde municipal, explicitando por que o processo de municipalização de suas ações não transcorreu na mesma velocidade e profundidade das ações assistenciais. Constataram-se equipes de vigilância sanitária desmotivadas, com baixa qualificação, com rotatividade dos componentes, cingidas pelo estigma do setor como área de trabalho permeada por relações conflituosas. Demonstrou-se também que os gestores municipais da área não detêm o controle dos recursos financeiros disponibilizados para vigilância sanitária, recursos provenientes das pactuações e termos de ajuste de metas. Igualmente revelou-se o desconhecimento da população acerca do trabalho da Visa, o que impede que a mesma se torne uma aliada da equipe, vendo-a como parceira e não apenas o aspecto fiscalizatório do setor. Concluiu-se que há um longo caminho a ser percorrido para garantir a integralidade como princípio basilar do SUS e o fortalecimento das ações de vigilância sanitária, com comprometimento dos agentes políticos e gestores municipais, buscando efetiva proteção à saúde da população.

**Palavras-chaves:** vigilância sanitária, descentralização, sistema nacional de vigilância sanitária, gestão, SUS.

## ABSTRACT

SUS creation has been achieving considering progress along decades, despite conflicts and difficulties. It has been observed, however, that the municipal sanitary surveillance (VISA) was not able to follow the rate and the general intensity of the process. The present study discusses and analyzes the municipal aspects of VISA, in its managers' perception, emphasizing this process development in the municipal district and its political determinants, technicians and managers. The research scenery was composed of five municipal districts in São Paulo countryside, in the Botucatu Regional Health Department, in full management of the health system. The information was collected through semi-structured interviews and developed in qualitative approach aiming at the category creation and explanatory discursive units of the studied process. At the end of this process, several conflicts were identified by the municipal managers. It was observed the compromising development of the sanitary surveillance in the presence of mayor', vice-mayor' and councilor's political intervention who prioritize individual interests of the regulated sections rather than the sanitary norms. Another aspect was the secondary position attributed to the surveillances in the structure and to the municipal health priorities, explaining the reason the municipal process of its actions was not developed with the same speed and depth of the social services. Discouraged groups of sanitary surveillance, with low qualification, with rotation of the components, surrounded by the stigma of the section as work area permeated by conflicting relationships were observed. It has also been demonstrated that the municipal managers of the area don't have the control of the financial resources available for sanitary surveillance, originated from agreements and adjustment terms of objectives. The VISA work was unknown by the population, which makes it unable to be the group allied, having VISA not only as partner, but also the sector inspector aspect. It has been concluded that there is much to be done in order to guarantee the integrity as basic principle of SUS and the strength of the sanitary surveillance actions, with the political agents' and municipal managers' compromising , aiming at effective protection for the health of the population.

Key words: sanitary surveillance, decentralization, national system of sanitary surveillance, management, SUS.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
<b>CPMF</b>	Contribuição Provisória Movimentação Financeira
<b>CVS/SES/SP</b>	Centro de Vigilância Sanitária/Secretaria de Estado da Saúde/São Paulo
<b>DIR</b>	Direção Regional de Saúde
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>ERSA</b>	Escritório Regional de Saúde
<b>GM</b>	Gabinete Ministro
<b>GVS</b>	Grupo de Vigilância Sanitária
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice Desenvolvimento Humano
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOAS</b>	Norma Operacional Assistência Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>PAB</b>	Piso Assistencial Básico
<b>PACS</b>	Programa Agente Comunitário de Saúde
<b>PDI</b>	Plano Diretor de Investimento
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PDVISA</b>	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
<b>PPI</b>	Programação Pactuada Integrada
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SEADE</b>	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>SEVISA</b>	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
<b>SNVS</b>	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica
<b>VISA</b>	Vigilância Sanitária



# SUMÁRIO

<b>Resumo</b>	
<b>Abstract</b>	
<b>Lista de Siglas</b>	
<b>PREÂMBULO</b> .....	10
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1. A construção do Sistema Único de Saúde .....	13
1.1 A Constituição de 1988: o reconhecimento da saúde como direito fundamental do cidadão .....	13
2. A Vigilância Sanitária no Brasil.....	19
2.1 Vigilância Sanitária: Breve histórico .....	19
2.2 Aspectos da trajetória da vigilância sanitária nas últimas décadas .....	27
2.3 O processo de descentralização como princípio organizativo do sistema nacional de vigilância sanitária.....	35
2.4 Caminhos e descaminhos da vigilância sanitária em anos recentes.....	47
<b>OBJETIVOS</b> .....	52
<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	54
1 Fundamentos Metodológicos .....	54
2. Seleção dos sujeitos da pesquisa .....	55
3 Coleta de Dados .....	55
4 Análise dos Dados .....	56
5 Cenário de estudo .....	59
5.1 Região e municípios estudados .....	59
5.2 Desenvolvimento institucional das ações de vigilância sanitária na região .....	61
5.3 Principais características dos municípios estudados .....	63
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
a) Ingerência política na organização e gestão dos serviços de vigilância sanitária municipal .....	70
b) Recursos Humanos: Baixa qualificação, desmotivação, rotatividade e sobrecarga de trabalho .....	83
c) Dificuldades em conseguir apoio de outros órgãos para execução de ações conjuntas .....	93
d) Desconhecimento da população sobre o que é vigilância sanitária .....	95
e) Desconhecimento e ausência de espaço para expor as questões de vigilância nos Conselhos Municipais de Saúde .....	97
f) Ausência de gerência sobre os recursos financeiros da vigilância sanitária .....	98
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	103
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	114
<b>ANEXOS</b> .....	122

As últimas décadas foram fecundas para o desenvolvimento da vigilância Sanitária, no Brasil, marcadas pela grande produção de conhecimentos, pelo enfoque na prevenção e na promoção à saúde, bem como pelo processo de globalização onde as fronteiras se rompem e reorientam a produção dos bens de consumo.

O reconhecimento, em nossa Carta Constitucional, da saúde como um direito, produziu grandes mudanças no cenário da prestação de serviços de saúde no Brasil, instituindo princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: integralidade, equidade, acessibilidade e participação da população por meio do chamado “controle social”.

A vigilância sanitária, como outras áreas que compõem a saúde coletiva, tem como desafio consolidar as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde. A propósito, Santos & Escoda (2004, p.02) afirmam: “deve-se exigir qualidade e atenção do Estado, pelo seu poder normatizador e de interferência no processo de produção, circulação e consumo de produtos e serviços, ambiente de trabalho e gestão integrada do território sanitário”.

No bojo destas mudanças, em 1999, por meio de Medida Provisória, o Congresso Nacional aprovou a criação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, um dos pontos norteadores para conquista de espaço no Sistema Único de Saúde.

Abriam-se caminhos para a superação do tradicional isolamento da área, suscitando debates calorosos para dar visibilidade e importância à vigilância sanitária, incorporada ao Sistema Único de Saúde. No entanto, observa-se na experiência cotidiana que o avanço da vigilância sanitária é um processo penoso que fica aquém daquilo que se deseja. As angústias dos trabalhadores de saúde em atuação na vigilância sanitária foram expressas na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001 em Brasília.

Como profissional da vigilância sanitária, temos observado um lento processo de descentralização de suas ações e um tratamento secundário no âmbito da saúde pública; como afirma Costa (1994, p.443) “a Vigilância Sanitária, (...) tem uma atuação ainda débil, isolada e marcadamente cartorial”.

Ainda surgem entraves na operacionalização das ações e serviços de vigilância sanitária em favor dos interesses coletivos de proteção, promoção à saúde da população, que conflitam com os interesses do setor produtivo.

Permeando este caminho de construção do SUS, perguntamos: quais os principais entraves ao processo de descentralização da vigilância sanitária? Por que a vigilância fica aquém, dentro da estrutura de saúde dos municípios?

A própria estrutura estadual também acaba priorizando as ações assistenciais em detrimento daquelas próprias da vigilância sanitária. Os colegiados regionais recentemente instituídos, como fóruns de discussão e organização do SUS, pouco ou nada debatem sobre as questões pertinentes à vigilância sanitária.

Nestes descaminhamos do processo de descentralização, surgiu o desejo de entender melhor a municipalização da vigilância sanitária e o que obsta o seu processo.

Assim, vislumbrando a vigilância sanitária como parte integrante da saúde pública, desenvolveu-se este estudo enfocando questões relacionadas às experiências e dificuldades no implemento do processo de municipalização, buscar contribuir para compreensão e desenvolvimento deste e de outros processos semelhantes, com vistas à construção de um sistema de vigilância sanitária voltado para a promoção do bem-estar da população, a fim de assegurar a defesa de seus direitos, a transparência na gestão do bem público e uma participação mais efetiva da vigilância sanitária na construção da consciência sanitária e do conseqüente exercício da cidadania.

## **1. A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

### **1.1 A Constituição de 1988: o reconhecimento da saúde como direito fundamental do cidadão.**

A proposta de construção de um novo modelo para a saúde, no Brasil, surgiu ao longo de um processo de lutas que, desde os anos 1970, vinha sendo idealizada no bojo do movimento da chamada Reforma Sanitária. Abria-se um novo período histórico no país que estimulava o pensamento crítico em saúde, que se desenvolvia, especialmente nas universidades, entre os técnicos dos serviços e no movimento sindical e popular (GOUVEIA, 2000).

O movimento de mudança, ocorrido a partir da década de 1970, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, na qual o modelo assistencial hegemônico, que privilegiava a medicina curativa privada e as políticas autoritárias, foi amplamente discutido. Boa parte das reivindicações propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária, aprovadas nesta Conferência, foi incorporada ao texto constitucional de 1988.

O modelo criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como princípios a universalidade, a descentralização municipalizante e novos princípios organizativos para os serviços, sob a égide do atendimento integral, regionalizado e hierarquizado, representou mudanças altamente impactantes.

Segundo o Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde (Brasil, 2006c p.50), “O direito à saúde, reconhecido como um direito humano fundamental por diversos instrumentos internacionais, encontra-se categorizado em nossa Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, no que se convencionou chamar de direitos sociais ou direitos humanos de segunda geração”. Desta forma, o capítulo dedicado à saúde retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo daquelas duas décadas, determinando expressamente em seu art. 196:

**“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).**

O texto ainda reafirma que “o direito à saúde, como direito social que é realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde”. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do direito à saúde. (BRASIL, 2006c p.50).

Neste contexto, o direito à saúde exige do Estado a adoção de ações concretas para sua promoção, proteção e recuperação. Dentre as diversas leis voltadas à garantia deste direito, que nosso poder legislativo editou, destacamos a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – regulamentou o Sistema Único de Saúde no país, reafirmando seus princípios e diretrizes. O SUS passou a representar a mais importante instituição jurídica do direito sanitário brasileiro, definindo e harmonizando diversas instituições jurídicas, tais como o ministério da saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e as agências reguladoras, organizando suas ações (BRASIL, 2006c).

Complementou a regulamentação do SUS a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, por meio de Conferências e de Conselhos de Saúde, além de tratar também do financiamento do SUS (BRASIL, 1990b).

Já a organização do sistema, sua “operacionalização” no país, deu-se por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas pelo Ministério da Saúde na década de 1990. Para redefinir o modelo de atenção preconizado em Normas anteriores, editou-se a NOB-96, que definiu novas diretrizes às três esferas de governo e ampliou as responsabilidades dos municípios. Estabeleceram-se as formas de Gestão Plena do Sistema Municipal ou Gestão Plena da Atenção Básica. Na primeira opção, os municípios passaram a gerir todos os serviços públicos locais,

com exceção dos universitários e psiquiátricos. Esta norma operacional promoveu, de forma mais intensa, o processo de descentralização, transferindo para os Estados e Municípios responsabilidades e recursos financeiros para implementação do SUS.

A modalidade de pactuação sob a forma de gestão plena da atenção básica responsabiliza o gestor municipal pelas ações de atenção básica, com a transferência de recursos por base populacional (per capita), através do Piso de Atenção Básica (PAB), compreendendo uma **parte fixa**, calculada com base em um valor *per capita* de R\$ 10,00/ano, multiplicado pelo tamanho da população e uma **parte variável**, destinada ao estímulo financeiro à implementação dos programas, incluindo também as ações básicas de vigilância sanitária (JULIANO & ASSIS, 2004).

Um importante instrumento para definição das formas de organização do sistema de gestão implantado a partir da NOB-SUS/96 foi a Programação Pactuada Integrada (PPI). Para Marques & Mendes (2002, p.05), considerando a escassez de recursos sempre presente na área da saúde, os incentivos implementados a partir de 1998, com a finalidade de estimular os municípios a incorporar programas que lhes acrescentassem uma receita financeira, “significou o reforço do governo federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica. Isso em grande medida impede que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais”.

Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001 ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, regulamentando o processo de regionalização da assistência; criando mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação para Estados e Municípios.

Entretanto, desde o início do processo de implantação do SUS, surgiram vários problemas para sua operacionalização, dentre os quais se destacam como grandes nós críticos: o financiamento das ações de saúde; a falta de clareza dos papéis das três esferas de governo (federal, estadual e municipal); as formas de contratualização dos serviços públicos com os prestadores privados no novo modelo

de organização do serviço; e a resistência do antigo modelo assistencial centrado na doença e em ações curativas individuais.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília de 7 a 11 de dezembro de 2003, teve como lema “*SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – A SAÚDE QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS*”, com o objetivo de avaliar os quinze anos do Sistema Único de Saúde e os rumos a serem seguidos.

O Relatório Final da 12ª Conferência expressa que há, ainda, muito a ser feito. Ficaram evidentes os problemas e as dificuldades relacionadas ao processo de consolidação do SUS. O sistema ingressa na primeira década do século XXI com grandes desafios, agravados pela escassez de recursos destinados a financiá-lo, decorrentes da política de ajuste neoliberal introduzida na década de 1990, em detrimento das políticas sociais. O desfinanciamento conduz ao sucateamento da rede assistencial e à sub-remuneração dos profissionais da saúde, dificultando que se concretize o preceito constitucional que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A premissa central que impulsionou as mudanças a partir da década de 1980, na América Latina e em todo o mundo, foi pautada principalmente pela perspectiva neoliberal hegemônica, predominante naquele período. Buscava-se superar as insuficiências do crescimento econômico e social, reduzindo o desequilíbrio fiscal e criando condições macroeconômicas sustentáveis, centrando esforços para diminuir o tamanho do setor público, restringindo ao Estado a atuação das ações que lhe seriam “próprias”, com a perspectiva de que assim se tornaria mais eficiente. Esta era a lógica do chamado “estado mínimo” (CORDEIRO, 2001).

Atualmente, observa-se cada vez mais a população brasileira de maiores classes de renda amparando-se em planos e seguros de saúde, contrapondo-se a uma população pobre assistida por um sistema de saúde financiado por recursos administrados na lógica do SUS. Segundo Noronha & Soares (2001), a fragilidade da capacidade de regulação dos agentes formuladores da política do SUS aduba o terreno para que esta cisão prospere. O cerne da proposta de reforma sanitária brasileira de construção de um sistema de saúde

verdadeiramente único, universal e igualitário, em que as necessidades assistenciais, e não a capacidade de pagar definisse o acesso e utilização dos serviços, foi gravemente ferida durante os anos 90. Estes mesmos autores reafirmam, porém, que ainda há espaços a defender e reconquistar na construção do SUS, “dado que a reforma sanitária brasileira ainda é jovem e encontrará forças para avançar” (NORONHA & SOARES, 2001 p.03).

A mais recente tentativa para reorganizar e fortalecer o SUS iniciou-se em 2004, com a organização, pelo Ministério da Saúde, de uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com a participação dos membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Os primeiros resultados desta iniciativa constam da Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, contendo definição das diretrizes operacionais denominadas como “Pacto pela Saúde” com três vertentes operacionais: Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS. (BRASIL, 2006d)

Em seguida, foi editada a Portaria GM/MS nº699, publicada em 03 de abril de 2006 (BRASIL, 2006f), regulamentando as diretrizes operacionais do Pacto. Já a questão do financiamento foi tratada na Portaria GM/MS nº698, (BRASIL, 2006e) publicada na mesma data, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento.

A efetivação das diretrizes do chamado Pacto pela Saúde é um grande desafio, pois, segundo os próprios atores envolvidos na elaboração do mesmo, suas diretrizes:



**“Reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso às ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2006g, p.04).**

Fica, porém uma pergunta: será esta a resposta às necessidades do SUS? Passadas quase duas décadas da instituição do SUS, a situação atual impõe a necessidade premente de uma reorganização, de um “pacto” que dê conta das mudanças ocorridas ao longo do processo de implantação; falta regulamentar claramente as responsabilidades das esferas de governo e a questão do financiamento, discutindo a proposta de regulamentação da Emenda Constitucional nº29, que dispõe sobre os recursos orçamentários destinados à saúde. Falta, por fim, dar destaque e materialidade ao controle social, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, uma conquista ímpar da sociedade brasileira e um importante exemplo brasileiro de cidadania.

## 2. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

### 2.1 Breve histórico:

As atividades relacionadas à vigilância sanitária estão presentes na vida diária da maioria dos cidadãos brasileiros; suas ações perpassam por várias áreas do setor produtivo, bem como de prestação de serviços, promovendo a proteção, prevenção e promoção à saúde da população, estabelecendo-se regras e parâmetros para garantir a qualidade e segurança de produtos e serviços colocados à disposição dos consumidores. É preciso cuidar, “vigiar”, para coibir os abusos e irresponsabilidades. A transversalidade das atividades ligadas à vigilância sanitária é evidenciada pela característica intersetorial de suas ações.

Marques et.al. (2006, p. IX) referem que:

**“no atual cenário político, social e econômico, conseqüente do processo de globalização, em que as fronteiras ficam mais difusas e a lógica econômica do mercado internacional por muitas vezes se impõe como regra para a instalação e orientação do processo produtivo no País, os riscos sanitários oriundos deste cenário são cada vez mais complexos e diversos. À vigilância sanitária compete a gestão dos riscos sanitários conseqüentes dessa realidade complexa, o que faz com que a sua responsabilidade pública se torne questão fundamental na proteção e promoção à saúde da população”.**

No prefácio do livro *À sua Saúde – A Vigilância Sanitária na História do Brasil*, Scliar in Bueno (2005 p.09) relata que:

**“a expressão “vigilância sanitária” não chega a ser um oxímoro, uma contradição de termos, mas contém certa incongruência, resultante de sua origem histórica. Vigilância, em saúde pública, é um termo relativamente novo; é, no conceito de Alexander Langmuir (1963), a observação contínua da distribuição e da tendência de doenças, mediante a coleta sistemática e a avaliação de**

**dados de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações”.**

E o autor continua sua linha de raciocínio dissertando que o termo “sanitário”, seria um adjetivo que remeteria ao passado, à época dos sanitaristas e do sanitarismo.

Segundo Eduardo (1998), as atividades ligadas à vigilância sanitária foram estruturadas, nos séculos XVIII e XIX, com a finalidade de evitar a propagação de doenças nos agrupamentos urbanos que surgiam àquela época. A execução das ações por meio da chamada “polícia sanitária”, tinha como propósito observar o exercício de certas atividades profissionais, coibir o charlatanismo, fiscalizar as embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos.

As epidemias, nessa época, absorviam a maior parte dos recursos da saúde pública; por esta razão, o controle sanitário era direcionado principalmente para o combate de doenças.

Desta feita, podemos dizer que as primeiras ações de saúde pública, desenvolvidas no Brasil Colônia e Império, foram nos campos hoje conhecidos como vigilância sanitária e epidemiológica, tais como: o saneamento, a fiscalização do comércio de drogas e medicamentos e o controle sanitário nas áreas de fronteiras, seguida das primeiras regulamentações para o exercício profissional na área de saúde.

Com as descobertas, a partir do final do século XIX, nos campos da bacteriologia e da terapêutica, até os períodos que incluem a Primeira e a Segunda Grandes Guerras, houve uma reestruturação no campo de atuação da vigilância sanitária, impulsionada pelo crescimento econômico e científico.

A respeito, diz Costa (1994 p.449): “gradativamente, a vigilância sanitária foi incorporando outras funções, como o controle de alimentos e de outros serviços direta ou indiretamente relacionados com a saúde, como também foi ocorrendo entre vários órgãos, de vários ministérios, a repartição das competências para a realização das ações sobre produtos, condições ambientais e serviços”.

Esta distribuição acabou por resultar em situações de superposições na execução das mesmas ações, gerando conflitos entre a vigilância sanitária e os vários órgãos e instituições que, de uma forma ou de outra, mantêm uma interface com o campo de atuação da vigilância sanitária, cada qual dizendo - se competente para atuar nas questões relativas a produtos, meio ambiente e serviços. (COSTA, 1994)

Até hoje, permanecem relações de conflito no campo de atuação da vigilância sanitária, principalmente nas questões relativas ao meio ambiente (CETESB), alimentos (Ministério e Secretarias da Agricultura) e saúde do trabalhador (Ministério do Trabalho). Assim, observa-se simultaneamente a superposições de algumas ações e, ao mesmo tempo a lacuna de atuação em determinadas áreas por parte de órgãos que se atuassem de forma sinérgica e articulada poderiam potencializar a ação reguladora do Estado. Esta fragilidade muitas vezes é usada pelas empresas fiscalizadas como argumento de defesa para contestar as ações da vigilância sanitária. Vários são os mandados de segurança que se amparam na tese do conflito de competência visando impugnar os procedimentos administrativos fiscalizatórios da vigilância sanitária.

Em outro trabalho, Costa & Rosenfeld (2000) descrevem que uma das primeiras vezes em que a expressão vigilância sanitária teria sido incorporada ao aparato jurídico brasileiro foi quando da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920.

Após a revolução de 1930, o modelo vigente de estado centralizador e provedor, com participação intensa da administração pública no esforço desenvolvimentista, norteou os movimentos de reorientação administrativa ampliando as atribuições da vigilância sanitária ao mesmo ritmo em que a base produtiva do País se constituía.

No governo Vargas, existia no Brasil o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, criado em 1941.

Em 1961, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica foram separadas e inseridas no Código Nacional de Saúde, como áreas isoladas, conduzidas sem quaisquer inter-relações. (SANTOS & ESCODA, 2004)

Em 1964, após o golpe militar, nos dois primeiros anos da nova ordem, as ações sanitárias propriamente ditas ficaram restritas ao controle das zonas portuárias e das fronteiras e somente aos poucos é que foram se estendendo aos produtos e serviços. (BUENO, 2005)

O mesmo autor ainda pontua que, em 1967, finalmente o governo deu início a uma Política Nacional de Saúde quando também se formularam políticas para vigilância sanitária. Assim, no final da década de 1960 e começo da de 1970, iniciou-se uma reformulação, na legislação sanitária brasileira, com a edição de muitas leis e decretos dos quais alguns continuam em vigor. A exemplo, o Decreto – Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, que dispõe normas no tocante a alimentos; a Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976, que regulamenta as áreas de medicamentos, cosméticos, saneantes e correlatos; a Lei nº 5.591 de 1973, que regulamenta o comércio de medicamentos; e a Lei nº 6.437 de 1977, que é responsável por regulamentar as infrações sanitárias.

A partir dos anos 70, o padrão de acumulação do capital se reformula transformando os processos produtivos com a entrada de uma grande variedade de produtos. Simultaneamente observa-se a flexibilização das relações de trabalho, tendo dentre outras características a terceirização de contratos e o desemprego. (SANTOS & ESCODA, 2004)

A história da vigilância sanitária esteve atrelada ao medo da doença e da morte, tragédias e heroísmos, conquistas, desafios e perdas, certificando a resistência ao poder e a ignorância dos governantes. No passado, o descaso das autoridades sanitárias para com o ser humano, isolando os doentes como método de cura, tratando a população com truculência e imposição, empregando muitas vezes atos de violência e brutalidade frente a quem se manifestasse em oposição às ações sanitárias de “profilaxia e saúde” executadas por estas autoridades, nos faz constatar que as primeiras ações da chamada polícia sanitária eram impositivas, constituíam-se em ações repressivas, pois a população tinha que acatar as medidas adotadas de forma muitas vezes violenta e segregadora. (TAVARES, 2005)

Infelizmente este estigma permanece até hoje. Este conceito de vigilância “policialesca” permanece intrínseco no conhecimento popular, o que acaba

por distanciá-la da população que identifica o setor como sendo burocrático normativo e com caráter punitivo e fiscalizador.

Esta visão distorcida do trabalho da vigilância sanitária leva os profissionais da área a direcionar esforços no desenvolvimento de estratégias de aproximação junto à população e ao setor regulado, ressaltando a importância da vigilância enquanto órgão de promoção, proteção e prevenção à saúde.

A transversalidade das ações da vigilância sanitária pode ser avistada nas mais diversas áreas da sociedade moderna, que vão desde a elaboração de um simples cafezinho até aquelas de alta tecnologia como medicamentos, equipamentos médicos, radiologia e ações de meio ambiente.

Até a década de 1980, vigilância sanitária era legalmente definida como:

**“Um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde”.**

Ou seja, este conceito expressava claramente o caráter normativo e fiscalizatório da vigilância sanitária daquela época.

As atividades da vigilância sob a égide deste conceito resumiam-se a um trabalho cartorial de identificar quais empresas existiam no país e em registrar produtos; não havia qualquer preocupação com risco, tampouco com qualquer caráter preventivo, ou seja, prevalecia o caráter normativo, burocrático, regulador e punitivo. Reforçava a representação social que permeia a vigilância sanitária como legalista e punitiva amparada em ações subsidiadas pelo poder de polícia.

As representações sociais são formas de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São conseqüentemente, formas de conhecimento que se

manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias, que sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum. (SPINK, 1993)

Como já citamos, a representação de vigilância legalista, impositiva e cartorial ainda está intrínseca no senso comum da população, o que em muito prejudica as relações dessa com a própria população e com o setor regulado.

Somente a partir da década de 1980, com a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade, ou seja, no bojo da então chamada “reforma sanitária” foi moldada a concepção vigente de vigilância sanitária.

Santos & Escoda (2004 p.06) dizem que “os anos 80 foram marcados pela discussão da cidadania via redemocratização da sociedade brasileira e pela reforma sanitária. Houve uma interação entre os profissionais da vigilância sanitária, dos níveis Federal e Estadual em busca da ruptura do modelo autoritário e centralizador.” Relatam como marco da mudança a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, ocorrida em 1986, contribuindo para que a vigilância sanitária se tornasse mais conhecida trazendo à tona suas contradições, principalmente evidenciando o conflito entre a proteção à saúde da população e os interesses do mercado.

Nessa mesma época, ocorreram fatos de natureza sanitária que resultaram em grande repercussão na mídia, como a morte do presidente eleito Tancredo Neves, por infecção hospitalar e a tragédia radioativa de Goiânia, evidenciando a crise e a incompetência administrativa dos serviços de vigilância sanitária existentes no país. (SANTOS & ESCODA, 2004)

Este cenário de turbulências contribuiu para a reformulação do setor e, com a criação do Sistema Único de Saúde, o conceito de vigilância sanitária incorporou questões relacionadas ao meio ambiente, aos serviços de saúde e à saúde do trabalhador.

Dentro das novas diretrizes para a área, com a aprovação da atual Carta Constitucional em 1988 e a edição da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a vigilância sanitária ficou definida como:

**“Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”, abrangendo:**

- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo;**
- o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990a)**

Eduardo (1998, p.04) discorre que esta definição ampliou o campo de ação da vigilância sanitária:

**“pois ao ganhar a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se uma prática com poder de interferir em toda a reprodução das condições econômico-sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença”.**

As ações de vigilância sanitária incorporam as funções de prevenção e proteção à saúde, ampliando a importância da vigilância sanitária a qual interfere na organização econômica da sociedade, e sua inoperância pode levar ao mercado produtos e serviços de baixa qualidade.

Talvez seja até um pouco ousado acreditar que as ações de vigilância sanitária possam interferir em “todos os fatores determinantes do processo saúde-doença”, mas podemos afirmar o caráter transversal das ações de vigilância



sanitária que acabam por relacionar-se ao processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade.

Este fato veio representar um grande avanço em relação ao conceito anterior, pois, além de colocar em destaque o caráter preventivo das ações de vigilância sanitária, atribuiu também preocupação prioritária com a saúde individual e coletiva ao tratar das atividades econômicas. Enfatiza-se o conceito de **risco**, ou seja, a probabilidade de acontecer um efeito adverso à saúde dos indivíduos ou da coletividade diante de uma atividade econômica e o consumo humano dos bens e serviços produzidos e ofertados, muito diferente do conceito de vigilância sanitária existente até então.

Juridicamente imprime um caráter de defesa dos chamados interesses difusos e coletivos, fazendo com isso uma interface com o Ministério Público que é o órgão que atua na proteção e na defesa dos direitos e interesses da sociedade.

Portanto, esta nova etapa da vigilância sanitária começou com a edição da Constituição de 1988, e sua regulamentação pela Lei 8.080/90.

A concepção de Vigilância Sanitária pode ser compreendida como um conjunto integrado de ações legais, técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização, que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia produtiva e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e a promoção da saúde da população.

Escoda (2005, p.04) discorre que a ótica a ser privilegiada para as dimensões de vigilância é a do “enfoque qualitativo da segurança sanitária”. É relevante frisar o rompimento do tradicional isolamento da área, considerando que a efetividade das ações está “permeada pela intersetorialidade das demais políticas públicas”.

Apesar dos avanços obtidos com a reorganização da área e de todo arcabouço jurídico que amparam e norteiam as ações de vigilância sanitária, isto não foi suficiente para garantir sua efetividade. Também para Escoda (2005, p.02), a efetividade de gestão das ações vigilância sanitária está permeada, limitada “pela duplicidade descoordenada do setor, pelos níveis de incompetência de gestão de

seus arranjos organizacionais, pela mobilização de ações predominantemente acionadas por demanda; pela não sistematização de suas ações e, pela desmobilização da sociedade civil para essas questões.” Reforça o velho dilema brasileiro que “instrumentos legais em nossa realidade organizacional cultural, entretanto, não garantem efetividade das intervenções de políticas públicas em quaisquer setores” (ESCODA, 2005, p.02).

## **2.2 ASPECTOS DA TRAJETÓRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS ÚLTIMAS DÉCADAS**

Contextualizar a trajetória e a construção do sistema nacional de vigilância sanitária não é uma tarefa simples. Buscar problematizar as contradições, avanços, limites de um sistema em que estão presentes as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) todos delineados em relação ao papel do Estado perante os interesses do setor produtivo e o gerenciamento do então denominado “risco sanitário”, acaba por desvelar um cenário de heterogeneidades decorrentes das especificidades locais.

Nesse sentido, o plano diretor de vigilância sanitária – PDVISA (BRASIL, 2007a, p.26) delinea que:

**“(...) estabelece-se como ação essencial a revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária sob uma nova óptica, a da responsabilidade sanitária, por meio da definição de um elenco norteador de ações que permita assimilar as diversidades locais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção diante da estrutura existente.”**

Muito embora, a vigilância sanitária, seja tema de alta relevância no âmbito da saúde pública, são escassas as pesquisas e publicações voltadas para a área. Dificilmente encontramos referenciais que tratam sobre a construção teórica e política que configurou o campo até sua formatação atual. (MARQUES et. al, 2006)

Piovesan (2002, p.11), também destaca que “são escassos os textos e livros sobre Vigilância Sanitária. São raríssimos os que estudam sob a dimensão política e praticamente inexistem os que abordam seus processos decisórios”.

Luchese (2001, p.217) discorre muito bem, em sua tese intitulada “Globalização e regulação sanitária – os rumos da vigilância sanitária no Brasil”, sobre a trajetória da vigilância sanitária no Brasil apontando suas principais dificuldades salientando que a área “sofre de grande carência de estruturação legal, administrativa e doutrinária”.

Para Piovesan (2002, p.23), na fase de implementação da vigilância sanitária podem surgir “conflitos e rejeições face à mudança e a política pode sofrer significativas alterações. Em boa medida seus resultados são determinados tanto pelos grupos sociais e pelos interesses mais afetados pela reforma como pelo apoio ou não dos funcionários governamentais envolvidos no processo”. Ou seja, vincula as ações de vigilância sanitária ao poder político, imprimindo um grande peso a este fator, bem como aos setores econômicos aos quais as normas da vigilância sanitária irão afetar.

Ainda neste sentido, Piovesan (2007, p.08). discorre que “não existe uma Vigilância Sanitária desvinculada de políticas local, regional, nacional e internacional” fundamentando que “por tratar-se de uma atividade inerente ao Estado, ela instrumentaliza princípios (proposições que descrevem direitos) e políticas (proposições que estabelecem objetivos) para o setor, em uma dada conjuntura”, ou seja, devem estar atreladas às realidades econômicas, políticas e sociais de cada região.

Em países como o Brasil, em que a desigualdade contribui para a distorção de processos produtivos promovendo riscos, à vigilância sanitária compete a gestão desses riscos, conseqüentes dessa realidade complexa, tornando-se fundamental na proteção e promoção à saúde da população.

Desta feita, podemos concluir que, no Brasil, nas últimas décadas, a vigilância sanitária não avança de maneira sistêmica, muito embora tenha sido fecundo seu desenvolvimento, marcado pela reorganização da área, pela extensão

de suas ações e principalmente pela transição do paradigma fiscalizatório para o de caráter preventivo voltado para educação em saúde.

Nesse sentido, o princípio organizativo do sistema pautado na descentralização das ações de vigilância sanitária, além de norteador seria uma estratégia de fortalecimento da área nas três esferas do governo. O plano diretor de vigilância sanitária – PDVISA - pontua que, para a implementação do sistema nacional de vigilância sanitária, há necessidade de uma revisão das responsabilidades dos gestores do Sistema que ultrapasse o campo das intenções normativas e incorpore o estabelecimento de metas de cobertura e definição de indicadores de desempenho, “acompanhados por processos que viabilizem o controle social”. Esta implementação também requer um delineamento das pactuações, em que sejam estabelecidos princípios de complementaridade das ações, sempre que executor das mesmas não contar com as condições necessárias para desempenhá-las, e o estabelecimento de financiamento e transferência de recursos advindos dos entes federados dando suporte para execução das ações (BRASIL, 2007a).

### **2.2.1 No governo Federal:**

A construção de um sistema nacional de vigilância sanitária nas últimas décadas no governo federal vem desde a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS, do Ministério da Saúde, um dos primeiros órgãos a fazer parte da história da descentralização político-administrativa da saúde pública no país. Criado na década de 1970, em substituição ao antigo Serviço de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SES, 1990), este órgão coordenou, normatizou e executou ações de vigilância sanitária por três décadas; sua organização buscava a descentralização da execução dos serviços e ações da União para os estados e municípios, esclarecendo a competência das três esferas de governo, estabelecendo as bases para descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito do SUS (BELONI, 2002, p.44).

Conforme refere Piovesan (2002), a história da SVS foi permeada pela intervenção política de cada época. Esta secretaria apresentava problemas e a

estratégia política encontrada delineou a criação da agência para solução dos mesmos. Naquela época a imprensa divulgava as fraudes contra medicamentos.

A SNVS foi transformada, em 1999, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (BRASIL, 1999) abrindo-se novas perspectivas de avanços na realização das práticas de vigilância sanitária e como conseqüência na possibilidade de se efetivar a garantia do direito à saúde. Para Piovesan (2002), este órgão que antecedeu a criação da Agência no nível federal refletia uma conjuntura extremamente crítica que o país vivenciava, oriunda de um longo período de regime de exceção política e sucessivas crises econômicas, o que levou a uma reformulação da estrutura organizacional do Estado. Afirma a autora que:

**“no Brasil ícones do Estado desenvolvimentista eram privatizados, e o papel de provedor de bens e serviços públicos transformava-se, nessas áreas no de regulador do cumprimento dos contratos de privatização. A diretriz da Reforma Administrativa do aparelho do Estado, em curso a partir de meados dos anos 90, delineava para a instância federal a formulação de políticas e a execução de funções consideradas exclusivas de Estado, algumas destas retiradas da administração direta com a criação de agências executivas e reguladoras” Piovesan (2002, p.03).**

A Anvisa é uma autarquia **sob regime especial**, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A gestão da Anvisa é responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros. Na estrutura da administração pública federal, a Agência está vinculada ao Ministério da Saúde.

Compete à Anvisa, as atividades referentes à normatização e ao controle de produção e circulação de produtos e de força de trabalho, e aos outros níveis, às atividades referentes aos estabelecimentos comerciais, aos serviços de saúde, à fiscalização no comércio e na pequena produção, especialmente de alimentos, bem como as escassas iniciativas em relação ao meio ambiente (COSTA, 1999).

Ao ser criada como agência regulatória, a Anvisa teve que ajustar-se à organização já existente no Brasil para a vigilância sanitária, com a divisão das competências nos níveis federal, estadual e municipal, já estabelecidas legalmente, fato que, não lhe dá autonomia completa para a execução das ações, pois segundo Lucchese (2001, p.83), as atribuições “são interdependentes daquelas que os estados ou municípios realizam por meio de seus órgãos de vigilância sanitária”. Esta aparente limitação pode, de outro turno, atenuar uma potencial desresponsabilização do Estado quanto a seu papel executivo, como veio a ocorrer em situações em que a criação de agências reduziu a atuação pública à mera esfera reguladora da execução de ações atribuídas a entes privados.

A organização atual do sistema de vigilância, desde a edição da NOB-96, classifica as ações segundo o grau de risco (baixo, médio e alto) e por complexidade em ações de baixa, média e alta complexidade. O gerenciamento deste “risco” não é linear entre os níveis federal, estadual e municipal. Para Lucchese (2001, p.84) “isso quer dizer principalmente, em outras palavras, que o gerenciamento do risco realizado pelo componente federal é dependente do gerenciamento do risco realizado pelos estados e Distrito Federal”.

Esta interdependência faz com que a qualidade da realização das ações executadas em cada nível de governo interfira na qualidade das ações dos outros níveis. As condições de infra-estrutura existentes em cada um desses níveis (autonomia, aporte operacional, apoio dos gestores e recursos financeiros disponíveis) interferem em todo o sistema e na qualidade dos produtos e serviços colocados à disposição da população.

A criação da Anvisa foi um primeiro passo importante para reorganização e para impulsionar a construção de um sistema nacional de vigilância sanitária, em que os serviços e ações dos diversos níveis de governo (federal, estadual e municipal) atuem de forma articulada definindo-se metas e indicadores para acompanhamentos das ações de vigilância sanitária.

### 2.2.2 No Estado de São Paulo:

No Estado de São Paulo, a vigilância sanitária passou por vários momentos e mudanças nestas últimas décadas. Em 1982, foi criado o Serviço Sanitário, regulamentando atribuições sanitárias aos municípios e ao Estado, dando mais enfoque nas ações dos primeiros, de controle da higiene e saneamento do meio (SES, 1990). Segundo Beloni (2002, p.45), “já nessa época, era atribuída ao município a função de executor dos serviços básicos de vigilância sanitária. Ao estado foram atribuídas as ações mais complexas de controle de doenças e de promoção da saúde e, principalmente, de elaboração do código sanitário”.

Em 1986, foi criado pelo Decreto nº 26.048, o Centro de Vigilância Sanitária, a partir de reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde, com o objetivo de planejar, coordenar, supervisionar, realizar estudos e propor normas e programas, no âmbito do Estado de São Paulo, abrangendo quatro subsistemas fundamentais:

- O controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam à saúde, envolvendo todas as etapas e processos de produção até o consumo final, compreendendo, portanto: matérias primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de produtos de interesse à saúde, tais como alimentos, água, bebidas, medicamentos, insumos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, saneantes domissanitários, produtos químicos, produtos agrícolas, agrotóxicos, biocidas, drogas veterinárias, correlatos (entre eles os equipamentos médico-hospitalares e odontológicos), e outros.
- O controle dirigido à prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, abrangendo entre outros, a prestação de serviços: médico-hospitalares, de apoio diagnóstico, hemoterápicos, de hemodiálise, odontológicos e os que utilizam radiação; casas de repouso, de idosos, lares abrigados, centros de convivência, creches, bancos de órgãos, de leite humano, práticas alternativas, casas de massagem, tatuagem, clínicas de emagrecimento, aplicadoras de produtos relacionados à saúde, dentre outras que podem constituir-se em risco para a população.
- O controle dirigido às ações de saneamento do meio (formas de intervenções sobre os efeitos advindos do uso e parcelamento do solo, das edificações, do

sistema de produção em geral, e dos sistemas de saneamento básico – coletivos e individuais), visando à promoção da saúde pública e prevenção da ocorrência de condições desfavoráveis, decorrentes das ações do Homem.

- O controle específico sobre o ambiente e processo de trabalho, estabelecendo ações, articuladas com as instâncias de representação dos trabalhadores e das outras instâncias da sociedade, para a proteção da saúde do trabalhador. (SÃO PAULO, 1986)

Este decreto também definiu que as ações de vigilância sanitária no Estado seriam executadas pelas equipes técnicas dos Escritórios Regionais de Saúde - ERSA, órgãos também criados em 1986, durante a reforma administrativa da SES (BELONI, 2002).

Com a implantação do processo de descentralização e da municipalização dos serviços estaduais de saúde, ficou estabelecido que os Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde municipalizadas poderiam executar as ações de vigilância sanitária, por delegação expressa, mediante portaria do diretor do ERSA.

Em 1988, o Decreto nº 28.410, publicado em 20 de maio, estendeu a descentralização no sentido de que, mediante convênio, as unidades locais de saúde municipais também poderiam executar ações de vigilância sanitária. (SÃO PAULO, 1988).

No início da municipalização, as ações de vigilância sanitária executadas pelas unidades de Saúde eram mínimas, apenas as mais simples, como inspeções no comércio de alimentos, atendimento às reclamações sobre criadouros de vetores e decorrentes de instalações hidráulicas inadequadas (BELONI, 2002).

Também segundo Beloni (2002), com o caminhar do processo, sob as orientações das NOBs, no início da década de 1990, poucos municípios do Estado de São Paulo, assumiram as ações de vigilância sanitária; por sua vez, vários municípios paulistas se limitavam apenas a executar ações básicas de vigilância sanitária, dentro da recomendação do antigo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, mas o poder decisório permanecia no nível regional.



Muito embora a NOB-96, fosse uma ferramenta para reestruturação dos serviços, somente em 1998 foi efetivada legalmente a descentralização da gestão da saúde para todos os municípios do Estado de São Paulo, conforme preconizado.

Neste cenário, foi promulgado em setembro de 1998, a Lei nº 10.083, atual Código Sanitário Estadual, trazendo expressamente a diretriz da descentralização das ações de vigilância sanitária conforme preceito constitucional. O novo Código Sanitário redefiniu o objeto, campo de ação e a metodologia de trabalho da vigilância sanitária (SÃO PAULO, 1998a).

Recentemente, pelo Decreto Estadual nº 49.343, de 24 de janeiro de 2005, que dispôs sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, foi criada a Coordenadoria de Controle de Doenças, a quem cabe a responsabilidade de planejar as ações que fomentem o conhecimento, a detecção e a prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes do processo saúde individual e coletiva. Na estrutura da CCD, estão inseridas as instituições ligadas à saúde coletiva, que desenvolvem as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, diagnóstico laboratorial, controle de vetores, imunização, documentação histórica e educação continuada (SÃO PAULO, 2005).

Enfim, é necessário compreender que, no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, deve-se levar em consideração a natureza das questões que permeiam essa área, as quais, de acordo com as especificidades e competências dos diversos níveis de gestão, não se resumem apenas à noção imediata de transposição dessas ações aos municípios.

Para Eduardo (1998, p.08):

**“Municipalizar as ações de vigilância sanitária significa adotar uma política específica com a finalidade de operacionalizá-la recorrendo-se a novas bases de financiamento, criação de equipes e demais infra-estruturas. Mais que o cumprimento formal do que está proposto na Constituição para atingir o objetivo da municipalização, será necessário integrar a vigilância**

**sanitária num todo, isto é, com as ações programáticas de atendimento individual e coletivo, com a vigilância epidemiológica e com as demais práticas voltadas à saúde da população”.**

### **2.3 O processo de descentralização como princípio organizativo do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**

Segundo Guimarães (2002, p.01), “o tema da descentralização não é novo na literatura. Pelo contrário, há registros muito remotos de sua presença na literatura clássica, desde as obras sobre teoria do Estado até aquelas próprias do campo da Administração”.

Para Teixeira (apud, Beloni, 2002, p. 39), “a descentralização foi instituída como uma estratégia democrática de transferência das ações e serviços de saúde para órgãos públicos mais ligados às necessidades e condições locais”, como uma proposta de desenvolvimento do sistema nacional de saúde, visando à melhoria das condições dos serviços prestados à população. A formulação técnica, administrativa e política para descentralização ao ser instituída visava atingir os princípios da universalidade, equidade e a participação popular, além da perspectiva racionalizadora de redução do gasto público.

Sob essa lógica, com a promulgação da Carta Constitucional, deu-se ênfase na descentralização, como diretriz expressa no art. 198: (BRASIL, 1988):

**“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:**

**Descentralização, com direção única e em cada esfera de governo”.**

E também no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde-Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a):

**“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados e conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:**

(...)

**IX – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:**

**a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.”**

Segundo Scatena & Tanaka (2000, p.243), “a descentralização implica em redistribuição, em transferência de poder, e não apenas na delegação de competências sem deslocamento de poder”. Por distribuir o poder decisório entre os vários níveis governamentais, a descentralização resulta em um processo político conflituoso e muitas vezes de difícil consecução, pois implica em atuação de diferentes grupos de interesse e diferentes grupos de poder, cada um gerindo o sistema para soluções que venham ao encontro de seus interesses.

Estes conflitos que permeiam as ações de vigilância sanitária nos reportam às relações entre os poderes econômico e político, frente à promoção e proteção à saúde da população.

Da forma como a descentralização vem sendo implementada ao longo das últimas décadas, a NOB-96 e a NOAS-2001 orientaram melhor o processo, uma vez que não ficaram apenas centradas no âmbito do financiamento, mas propuseram, segundo Scatena & Tanaka (2000, p.243), “elementos que visam (respeitados os princípios da flexibilidade, gradualismo, transparência e controle social), à descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde, em consonância com os princípios do SUS”.

No mesmo sentido, Mottin (1999) refere à descentralização como sendo um processo complexo, interativo e dinâmico, o qual implica em mudanças envolvendo diferentes atores, com expectativas e possibilidades, também

diferenciadas. É um processo que exige flexibilidade, evoluindo de acordo com as mudanças do processo produtivo, devendo considerar-se a necessidade de cooperação técnica e, muitas vezes, a realização de forma compartilhada das ações entre as esferas de governo, na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se na estruturação do sistema.

Este processo implica uma redefinição do papel do Estado na sociedade, na medida em que transfere a capacidade decisória para instâncias locais, redefinindo o sistema de poder (TOBAR, 1991).

Gawrysewski (1993) vê a descentralização como tendência nacional, salvo ainda que em experiências limitadas caminhando-se para a implementação de um sistema nacional de saúde com características descentralizadas, no sentido de proporcionar maior eficácia ao conjunto de serviços prestados à população.

Para Cordeiro (2001, p.08), “a maior presença do projeto municipalista se evidencia no período 1992 -1996 com a formulação das diretrizes decorrentes do Grupo Especial de Descentralização, do Ministério da Saúde, em fins de 1992”.

Neste processo, segundo Teixeira (1992), ocorre uma transformação na estrutura do poder e espera-se o enfretamento de resistências, uma vez que, a transferência a outras instâncias do poder decisório gera insegurança a quem antes o detinha.

Lobo (1989) considera que para criar condições de apoio político e técnico e não comprometer o processo, os princípios norteadores de flexibilidade, gradualismo, progressividade, transparência e controle social devem ser adotados.

Na IX Conferência Nacional de Saúde (1992), cujo tema era “Municipalização é o Caminho” registrou-se no relatório final:

**“A municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitam seu pleno e adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, no entanto, o simples repasse direto de recursos,**

**implicando na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização, garantindo-se o controle social do processo como estratégia fundamental para impulsionar toda a descentralização”.**

Quando Santos (1992) discorre sobre a questão da descentralização como um processo democrático e organizacional, de devolução às várias instâncias de decisão e poder, das responsabilidades, competências e recursos que lhe são de legítimo direito, que aproxima as fontes de decisão, dos locais onde os serviços estão sendo prestados e geridos, fortalece esta diretriz como norteadora das políticas de saúde governamentais.

A descentralização na sua concepção implica primordialmente na transferência do poder decisório associado à contrapartida da instância que ficará responsável pela execução das ações na implementação de recursos mínimos necessários que garantam o seu exercício concreto (ELIAS, 1996).

Eduardo (1998) indica que existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município é o caminho para superar os obstáculos à construção do SUS, devendo ser acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva.

Em resumo, a descentralização manifesta-se de duas formas: a política, que estabelece os níveis de competência da União, dos estados, e dos municípios, organizando a divisão das tarefas; e por meio da regionalização que organiza regionalmente o sistema, promovendo uma maior eficácia no desenvolvimento das ações de saúde. Neste contexto, os municípios devem ser capacitados para a execução das atribuições relacionadas à promoção, proteção e à recuperação da saúde.

Para Mottin (1999), um dos desafios ao processo de descentralização passa pelo aprimoramento da gestão do sistema pelos municípios, desencadeando-se práticas que promovam base técnica para definição das necessidades locais de

acordo com suas especificidades, e a real condição de saúde da população e a adequada intervenção para supri-las.

A municipalização, segundo Lobo (1989), é um processo vertical de descentralização, em que o poder da União, nos aspectos político e financeiro, deveria ser transferido aos estados e municípios, introduzindo, conforme Elias (1996, p.17), “o tema da negociação entre as esferas de poder no tratamento da autonomia, fator indispensável para se levar a bom termo a transferência de poder decisório, mas, em nosso meio, frequentemente relegado a segundo plano.”

Para Teixeira (1992), a descentralização tem em si pré-condições, para garantir sua efetividade tais como:

- os objetivos devem ser claramente definidos;
- o processo de implantação deve ser flexível e progressivo;
- a capacidade local deve ser fortalecida por meio da transferência de competências, delegação de poderes sobre o uso de recursos, treinamento e qualificação de pessoal.

Contrapondo-se a esta percepção da descentralização como instrumento de democratização e ampliação do controle social, outros autores ressaltam que o panorama geral do processo de descentralização dos anos 90 na América Latina vem sendo acompanhado de uma fragmentação da gestão social, de incentivo a privatização e de uma frágil base de sustentação quanto aos recursos financiadores do processo.

Nesse sentido, Laurell (1992, p.144) assinala que, na América Latina, a descentralização longe de promover a democratização da ação política resulta, principalmente, em “permitir a introdução de mecanismos gerenciais e incentivar os processos de privatização, deixando em nível local a decisão a respeito de como financiar, administrar e produzir serviços”. E prossegue afirmando que uma descentralização deste tipo tem servido para que os organismos financeiros internacionais imponham suas políticas condicionando empréstimos para programas

sociais. E conclui: “Fica difícil compreender como esta política pode gerar equidade em países com tão profundas desigualdades regionais.”.

Para Soares (2000), a descentralização pode ser denominada como “destrutiva” na maioria dos países latino-americanos, incluindo o Brasil, caracterizada, de um lado, pelo desmonte de políticas sociais e, por outro, pela delegação de competências aos municípios sem os recursos correspondentes ou necessários. Esta falta de sustentabilidade do processo tem gerado um desequilíbrio entre os vários componentes da já complicada federação brasileira, que por si só já possui imensas diferenças, retirando dos Estados de maior porte as possibilidades de planejar e coordenar de forma regional os programas sociais mais equitativamente. Segundo este autor, a delegação ao poder local, via descentralização para ser efetivada de fato deveria ser acompanhada de esforços via participação da sociedade de combate aos tradicionais esquemas de poder das elites locais.

Desta maneira, não há definição clara de prioridades locais, por parte da maioria dos gestores municipais, que acabam por executar ações de forma verticalizada, atreladas ao repasse dos recursos financeiros.

Outra fragilidade do processo de descentralização encontra-se na grande diversidade de condições econômicas, políticas e técnicas dos municípios brasileiros, conforme revelado, por exemplo, em estudo recente do IBGE a respeito da concentração e desigualdade na geração de renda (BRASIL, 2007b). Em sua grande maioria, os municípios tratam-se de unidades federadas dependentes e, portanto, fragilizadas diante das esferas de governo estaduais e federal.

Para superar estas insuficiências de natureza técnico - administrativas e financeiras, a Lei 8080/90 em seu artigo 10 estabelece que: “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolverem em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”. De fato, nas décadas de 1990/2000 formam-se em todo país e no Estado de São Paulo, mais de uma centena de consórcios intermunicipais de saúde conforme relatado por Ribeiro & Costa (1999) e por Stucchi(2007).

A Lei Federal nº 11107 de 06 de abril de 2005 dispôs sobre as normas gerais para a União, os Estados e os municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum, incluindo as ações e serviços de saúde devendo neste caso observar os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS. Embora esta Lei aprimore a possibilidade de constituição dos consórcios intermunicipais, a mesma não supera a fragilidade administrativa, uma vez que, os municípios podem ingressar e se desligar dos mesmos a qualquer tempo. (STUCCHI,2007)

No setor saúde, o processo de descentralização se diferencia em relação ao modelo amplo para as políticas sociais no Brasil, pois não podemos negar que os anos 90 marcaram a construção de estratégias para nortear o processo descentralizador do sistema de saúde, buscando cumprir a diretriz expressa na Lei nº 8080/90, através da edição das Normas Operacionais, como já mencionado.

Para Noronha & Soares (2001), atualmente fica mais evidente que uma das restrições ao processo de descentralização mais eficaz, tem sido a questão do financiamento das ações, ou seja, o ajuste fiscal ocorrido ao longo da década de 90, que vem reduzindo de forma sistemática o gasto público *per capita* em saúde no Brasil, cujo patamar permaneceu abaixo de países latino-americanos mais pobres que o nosso. E seguem discorrendo que a concepção prevista na Constituição de 1988, da Seguridade Social, foi abandonada por completo, o orçamento para o setor saúde se encontra restringido aos recursos fiscais, não sendo aplicada a diversidade de fontes que deveriam compor o orçamento para saúde, assistência e previdência social. Sequer a CPMF vem sendo integralmente destinada ao setor.

O sistema de saúde brasileiro atravessa a primeira década do novo século com grandes desafios, agravados pelo ajuste fiscal da política neoliberal valorizada a partir da década de 1990.

Sabemos que, para reconquistarmos o processo de construção universal e pública do SUS, com qualidade, efetivando a diretriz da descentralização, é necessária a liberação de meios e recursos econômicos, políticos e administrativos visando dar continuidade ao processo.



Noronha & Soares (2001) salientam que devem ser retomados os dispositivos ainda em vigor da Constituição brasileira, a construção da Seguridade Social, articulada a uma política social abrangente. Vale dizer que a totalidade dos recursos devem estar subordinados a políticas nacionais de seguridade e de saúde, articuladas com as instâncias de gestão dos demais entes federativos e submetidos ao controle social como forma de transparência da gestão.

Ressaltam que “a reforma sanitária brasileira ainda é jovem e encontrará forças para avançar. A construção de um Brasil mais justo e saudável continuará a ser a sua inspiração primordial”. (NORONHA & SOARES 2001, p.06).

O plano diretor de vigilância sanitária - PDVISA - aponta que na área de organização do sistema nacional de vigilância sanitária, voltado para o processo de descentralização, as diretrizes preconizadas devem incrementar a capacidade de gestão dos órgãos que o integram nas esferas municipal, estadual e federal, “por meio do delineamento das relações entre seus componentes, do estabelecimento das responsabilidades sanitárias respectivas e da adoção de instrumentos e mecanismos que garantam maior eficácia, eficiência e efetividade” (BRASIL, 2007a, p. 27). Prevê a necessidade de estreitamento dos laços entre as políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, com o fortalecimento das ações intersetoriais de vigilância em saúde, como requer o princípio da integralidade (BRASIL,2007a).

As práticas de vigilância sanitária por suas características e por estarem inseridas no contexto relacionado ao setor econômico o qual vive um constante processo de evolução tecnológica, demandam relações intersetoriais, para atingir os objetivos preconizados pelo SUS de promoção e proteção à saúde da população.

As diretrizes do plano nacional de vigilância sanitária tratam da intersetorialidade como um dos eixos norteados do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

**“As práticas de vigilância sanitária, delimitadas por este amplo espectro, devem ser expressão de políticas públicas, visualizadas nas suas relações intersetoriais,**

**mas tendo no setor Saúde seu papel operativo específico de promoção e proteção à saúde das pessoas, visando à qualidade de vida da população, por meio de ações apoiadas normativa, jurídica, técnica e cientificamente. Contudo, não se pode desvincular a vigilância sanitária do contexto relacionado ao desenvolvimento econômico e dos processos contemporâneos da internacionalização de mercados, que transforma o mundo em seus diferentes aspectos: na economia, na política, na tecnologia, na comunicação e no Direito. Nesse sentido, é importante considerar que cada instância de gestão deve se relacionar com esse contexto, assumindo as especificidades loco-regionais, estaduais e nacionais nessa relação, visto que os instrumentos que operam as práticas de vigilância sanitária são constantemente modificados por essa realidade em transformação. Em sua dimensão político-ideológica, a Visa, área da saúde que funciona como o fiel da balança entre a produção e o consumo de bens e serviços, deve, sob o prisma da equidade, voltar-se prioritariamente aos interesses sanitários quando estes se contrapõem aos interesses econômicos” (BRASIL, 2007a, p.18)**

Assim como as práticas de vigilância sanitária perpassam por processos de atualização e modificação para um enfoque no risco, as relações intersetoriais devem se fortalecer ao longo do tempo tendo em vista a necessidade em se reformular o modelo de atenção preconizado pelo SUS.

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária ficou bem formalizado com a edição da NOB-SUS 01/96. Inicia-se um processo de incorporação da vigilância sanitária na agenda política do SUS que se expressa pela criação de incentivos financeiros para a área no contexto do financiamento das ações e serviços de saúde. Se de um lado a regulamentação do PAB/VISA estabeleceu as regras das ações básicas de vigilância sanitária, o procedimento quanto às ações de média e alta complexidade permaneceu indefinido. O caminho encontrado pela ANVISA, além da pactuação já incorporada como método no

interior do SUS, foi a construção de um processo que deu origem ao chamado Termo de Ajuste e Metas - TAM, instrumento de gestão voltado apenas para o processo de descentralização das ações de média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

As diretrizes para pactuação, no Estado de São Paulo, foram definidas pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, acordados com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite.

Para pactuação em conformidade com o Termo de Ajuste e Metas o município deveria estar habilitado em algum tipo de gestão e comprovar a execução de ações de vigilância sanitária compatíveis com o nível de complexidade estabelecido na NOB SUS 01/96, ou seja, municípios em gestão plena do sistema municipal deveriam realizar os três níveis de complexidade (básico, médio e alto) e, os enquadrados em gestão plena da atenção básica, as ações básicas de vigilância sanitária.

Os municípios deveriam comprovar ainda a existência de equipe adequada e capacitada para o desenvolvimento das respectivas ações de vigilância sanitária, enquadrando-se como:

**Gestão Plena da Atenção Básica:** M1- 75% do per capita para os municípios que executassem ações básicas em 100% do seu universo e mais as ações de média complexidade em pelo menos 25% de seu universo; M2 – 50% do per capita para os municípios que, na faixa de 75 a 99% do seu universo, executassem as ações básicas; M3 – 25% do per capita para os municípios que, na faixa de 25 a 74% do seu universo, executassem as ações básicas.

**Gestão Plena do Sistema Municipal:** M4 – 100% do per capita para os municípios que executassem, em 100% do seu universo, os três níveis de complexidades das ações de visa; M5 – 75% do per capita para os municípios que, na faixa de 75 a 99% do seu universo, executassem os três níveis de complexidade, ou então que, em 100% do seu universo, executassem somente as ações básicas e de média complexidade; M6 – 50% do per capita para os municípios que, na faixa de 50 a 74% do seu universo, executassem os três níveis de complexidade, ou então

que, em 75 a 99% do seu universo, executassem somente as ações básicas e de média complexidade; M7 – 25% do per capita para os municípios que, na faixa de 25 a 49% do seu universo, executassem os três níveis de complexidade, ou então que, em 50 a 74% do seu universo, executassem somente as ações básicas e de média complexidade, ou ainda que, na faixa de 25 a 74% do seu universo, executassem somente as ações básicas;

Em substituição ao Termo de Ajuste e Metas – TAM de 2000, foi editada a Portaria GM 2473, de 29 de dezembro de 2003, que estabeleceu novas regras para pactuação entre os gestores, para as ações de média e alta complexidade na área de vigilância sanitária (PPI – VISA), e as ações básicas de vigilância sanitária foram pactuadas conjuntamente com as ações básicas de vigilância em saúde (PPI – VS).

Desta forma, com as deliberações CIB-SP nº. 44, de 06 de maio de 2.004 (SÃO PAULO, 2004a) e CIB-SP nº. 45, de 15 de maio de 2.004 (SÃO PAULO, 2004b), foram definidos os critérios para repactuação dos municípios habilitados anteriormente pela Deliberação CIB-SP nº. 54 de 14 de novembro de 2000. (SÃO PAULO, 2000)

Os municípios com esta pactuação assumiram a gestão e execução das ações de vigilância sanitária de média e alta complexidade. Aqueles que assumiram as ações de baixa e média complexidade enquadrados anteriormente em M2, M3, M4 e M5, foram classificados na situação denominada “S1”. Os municípios em gestão plena do sistema municipal que em 100% de seu universo executassem os três níveis de complexidade (baixa, média e alta – M1) das ações de vigilância sanitária foram classificados em “S2”. Nas duas situações, os municípios recebem recursos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária na forma de repasse fundo a fundo, visando implementar as ações de vigilância na esfera municipal.

Os municípios enquadrados anteriormente em M6 e M7, por executarem apenas as ações de complexidade básica, ficaram excluídos das opções apresentadas na Deliberação CIB 44/04.

Esta nova pactuação decorre dos avanços obtidos no processo de descentralização com a implantação do Termo de Ajustes e Metas – TAM, que esteve em vigor de 2000 a 2003.

Os municípios, para esta pactuação, deveriam apresentar documentação comprobatória de estrutura municipal, equipe mínima para o cumprimento das metas pactuadas, através de declaração detalhada e assinada pelo gestor municipal e adesão ao Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – SIVISA, mediante assinatura de declaração.

Atualmente, o sistema passa por um novo processo de financiamento das ações de vigilância sanitária previsto no Pacto pela Saúde, que estabelece uma nova reorganização para o SUS. Os recursos previstos para a área inserem-se no componente “Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental” dentro do bloco da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2006e).

## 2.4 Caminhos e descaminhos da vigilância sanitária em anos recentes

No contexto anteriormente descrito, a descentralização das ações de vigilância sanitária acaba por desvelar um cenário repleto de dúvidas, conflitos, erros, descaso e resistências, devido à própria especificidade de seu campo de atuação, que traz, entre outras, ações de controle da produção econômica, gerando, muitas vezes, relações conflituosas para as quais os gestores municipais não estavam acostumados, tampouco preparados.

São mudanças estruturais que exigem da administração pública e dos agentes públicos uma reformulação de suas práticas administrativas e motivação para implementá-las.

Com o processo de municipalização, os governos estaduais deixam de ser cada vez mais os executores das ações, desenvolvendo somente ações complementares e suplementares junto aos municípios.

Diante deste cenário, tem sido enfatizado o desenvolvimento de atividades educativas e de orientação ao setor regulado pela vigilância sanitária, buscando alterações no comportamento institucional, no sentido de mudar a prática tradicional de ações fiscalizadoras amparadas no poder de polícia, cuja responsabilidade é intransferível do Estado, para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde identificando-se, a partir dos indicadores, o perfil sanitário da população, as oportunidades de vida e os riscos à saúde. Ou seja, integrar o fazer sanitário ao fazer epidemiológico.

Os participantes da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária intitulada “Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: proteger e promover a saúde, construindo cidadania”, ocorrida em Brasília de 26 a 30 de novembro de 2001, avaliaram que a vigilância sanitária como componente do Sistema Único de Saúde para se tornar efetiva deve obedecer, nas três esferas de governo, aos mesmos princípios e diretrizes do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social. Um conjunto de dificuldades e desafios que deve ser enfrentado para a conquista e garantia desses princípios e diretrizes, nas práticas da vigilância sanitária:

**Universalidade:** a cobertura das ações de vigilância é desigual no Território Brasileiro. Em decorrência, este princípio tem precária implementação, devido, entre outras questões, à diversidade e às limitações das estruturas e recursos dos serviços de vigilância sanitária, em todas as regiões do País.

**Integralidade:** a vigilância sanitária se organiza de forma dissociada do SUS e atua isolada dos demais setores da sociedade. Há fragmentação nas ações e falta de articulação na atuação das Vigilâncias Sanitárias, nas três esferas de governo. Some-se a isto a inexistência de uma Política Nacional de vigilância sanitária clara e de conhecimento público. A atuação compartimentalizada, desarticulada das demais ações do SUS, dissociada das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador dificulta a efetividade das ações de proteção e promoção da saúde, propósito da vigilância sanitária.

**Descentralização:** não há definição clara de um projeto político de descentralização que leve em conta a estrutura organizacional, o financiamento adequado, a capacitação de recursos humanos, entre outros aspectos que favoreçam o controle social. Os participantes ressaltaram que os Estados e municípios foram incumbidos de executar um conjunto de ações de vigilância sanitária, sem que lhes tenham sido assegurados os recursos necessários.

**Participação popular e controle social:** são princípios fundamentais de exercício dos valores democráticos que devem ser implementados no SUS como um todo, e na vigilância sanitária em particular. O limitado exercício do controle social sobre a vigilância sanitária é relacionado ao fato de que os Conselhos de Saúde dão pouca prioridade às questões dessa área, e os serviços de

**Vigilância sanitária raramente divulgam informações aos Conselhos e à população em geral. Salvo raras exceções, falta a necessária parceria com diversos atores, entre os quais representações de usuários, setor regulado e conselhos profissionais.**

Neste sentido, a vigilância sanitária, como parte integrante do SUS, tem buscado a reestruturação de seus serviços de modo a atender os princípios e diretrizes constitucionais.

Esta reestruturação passa pelo enfoque de se alcançar uma melhor eficiência e eficácia nos seus processos de trabalho, fugindo daquele perfil cartorial que, durante muito tempo, a caracterizou, para trabalhar com o conceito de risco imprimido na Lei Orgânica da Saúde, ou seja, destacando, além da regulação e controle da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, um caráter eminentemente preventivo para vigilância sanitária.

São vários desafios e, desta feita, podemos argumentar que embora haja avanços, ao longo dos anos, a vigilância sanitária sempre foi tratada como área de relevância secundária no âmbito da saúde pública, e isto se revela pelo fato de que, apesar de toda normatização existente, pode-se dizer que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária ainda não se encontra estruturado. Mesmo diante dessas transformações permanece a necessidade de se construir um sistema de vigilância sanitária articulado, seguindo os princípios que norteiam o SUS.

Isto indica que, além da divisão de tarefas entre os níveis federal, estadual e municipal, há necessidade de uma ação articulada entre eles. No entanto, o processo de descentralização não vem ocorrendo de modo homogêneo em nenhuma das esferas de governo.

A descentralização avança vagarosamente e a maioria dos serviços não está apta a desenvolver todo o conjunto de ações de modo a responder pelas necessidades da sociedade.

Nossas observações da prática administrativa e avaliações parciais evidenciam que a municipalização das ações de vigilância sanitária enfrenta várias dificuldades, entre elas podemos citar:



- falta de profissionais capacitados em vigilância sanitária;
- alta rotatividade dos profissionais contratados pelas vigilâncias municipais;
- desconhecimento dos usuários da legislação e normas sanitárias;
- falta de assessoramento por parte dos órgãos estaduais e federais;

Segundo Beloni (2002), essas distorções com relação ao papel da vigilância sanitária manifestam, muitas vezes, um descaso para com a área de ações coletivas, gerando nos níveis de coordenação e de execução dessas ações, expectativas, dúvidas, conflitos e erros que poderiam ser evitados em um processo organizado e participativo.

O presente estudo teve por objetivos:

- Descrever o quadro atual da municipalização das ações de vigilância sanitária, segundo a percepção dos gestores locais, em municípios da área de abrangência Direção Regional de Saúde XI, de Botucatu – SP.
- Identificar, sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, dificuldades do desenvolvimento das ações de vigilância sanitária no município, bem como seus determinantes políticos, técnicos e administrativos.

## **1. Fundamentos Metodológicos**

Iniciamos os passos metodológicos enfocando a justificativa do estudo, seguindo-se com a escolha dos sujeitos, instrumento de coleta de material e encerrando com a técnica de análise dos dados, a exemplo de procedimentos realizados por Beloni (2002), em estudo semelhante.

A opção pelo método qualitativo para análise dos dados se fez, principalmente, pelo fato de que, por meio dele, podemos abordar aspectos subjetivos da pesquisa, a percepção do objeto do estudo, a compreensão pelos sujeitos do contexto institucional no qual estão inseridos e a importância do objeto em estudo para eles.

Por se constituir em trabalho com a intenção de considerar o sujeito no seu contexto institucional e, sob este ângulo, fazer emergir a problemática da investigação, a utilização da abordagem qualitativa justifica-se, pois pouco a pouco os valores, os significados, as atitudes e as opiniões dos sujeitos surgem com maior clareza.

A metodologia qualitativa considera a “relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”. (CHIZZOTTI, 2000 p.77).

Um aspecto facilitador para apreensão do objeto em estudo, deve-se ao fato de a entrevistadora fazer parte do processo estudado, ou seja, trabalhar no serviço de vigilância sanitária da regional de Botucatu, uma vez que, segundo Ludke e André (1986), a pesquisa qualitativa supõe que haja um contato mais direto e prolongado entre o pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais

profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO 2002).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 1 e 2).

## **2. Seleção dos sujeitos da pesquisa**

Neste estudo, foram selecionados os cinco municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (segundo NOB–SUS/96) no âmbito da então Direção Regional de Saúde de Botucatu – DIR-XI que pactuaram a execução de ações de vigilância sanitária de média e alta complexidade, conforme Portaria GM 2473 de 29 de dezembro de 2003; ou seja, municípios inseridos num contexto mais abrangente, cuja estrutura deve ser dotada de capacidade para responder de forma eficaz a toda a demanda de vigilância na esfera local. Portanto, os serviços escolhidos são os que formalmente detêm os atributos que se pretendem conhecer e no contexto da descentralização assumiram maiores responsabilidades dentro da política pública de saúde no município.

Segundo Deslandes (1999), na pesquisa qualitativa, os sujeitos da pesquisa devem ser aqueles que têm uma vinculação significativa com o problema a ser investigado. Deste modo, foram entrevistados os titulares do cargo de direção do serviço de vigilância sanitária municipal dos cinco municípios escolhidos, identificados, neste estudo, como “Ent” de 01 a 05.

As entrevistas foram previamente agendadas e os entrevistados receberam esclarecimentos e assinaram o Termo de Consentimento. Os entrevistados pertencem aos serviços de vigilância sanitária dos seguintes municípios: Avaré, Conchas, Itaporanga, São Manuel e Laranjal Paulista.

## **3. Coleta de Dados**

A entrevista foi escolhida como técnica para coleta de dados referente ao processo de municipalização (atividades realizadas, facilidades e dificuldades) visando obter informações pertinentes sobre o objeto em estudo. Foi orientada por um roteiro composto por questões específicas previamente formuladas, que

contemplassem elementos e características relativos à estrutura e ao processo de trabalho (ver Anexo 3). As questões foram formuladas enfocando os objetivos da pesquisa, com base na observação da prática profissional da entrevistadora.

Segundo Minayo (2000), o roteiro de entrevista difere do sentido tradicional do questionário, pois visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa; é um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, sendo o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

Os entrevistados tiveram ampla liberdade de resposta, com seus próprios termos, inclusive de não responder, se assim o quisessem. Esta ferramenta facilitou a abertura e o aprofundamento da comunicação no que tange à apreensão do ponto de vista dos sujeitos entrevistados. Por meio desta técnica, pretendeu-se configurar os elementos, objeto do estudo: a situação atual do processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, no contexto das mudanças do setor saúde.

Os encontros foram previamente agendados e, a cada entrevista, esclarecidos os objetivos, a necessidade de gravação em fita magnética bem como a solicitação do consentimento do entrevistado em participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2.006, gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, ficando assim disponíveis para análise dos dados.

#### **4. Análise dos Dados**

Para análise dos dados coletados, foi adotada a técnica de análise de conteúdo proposta Bardin (1979, p.09): “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Optamos pelo uso desta metodologia, por ser uma técnica de investigação, que, através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, consegue interpretá-las.

Segundo Triviños (1987, p 160.), “ele se presta para desvendá-lo das ideologias que podem existir nas disposições legais, princípios, diretrizes, etc., que, à simples vista não se apresentam com a devida clareza”.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, utilizamos a análise por categorias ou temática, pois segundo Bardin (1979, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Segundo Minayo (2.000 p.209),

**“fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”.**

Esta metodologia mostra-se adequada para compreensão do funcionamento das vigilâncias sanitárias municipais no contexto do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios.

Operacionalmente a análise temática seguiu os passos propostos por Bardin (1979): a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A fase de pré-análise, que consistiu na organização do material de estudo, teve início por meio de leituras flutuantes do conjunto das comunicações, tomando-se contato exaustivo com o material. Nesta fase, realizaram-se operações

de recorte do texto, sistematizando-se as unidades de registro e as unidades de contexto visando à categorização.

Na fase de exploração do material, este foi submetido a um estudo mais aprofundado, visando essencialmente a sua codificação, surgindo assim indicadores que possibilitaram a classificação e a agregação dos dados, construindo-se no decorrer da análise as categorias teóricas ou empíricas que se transformaram nos temas especificados neste estudo e cujas características principais foram destacadas em **negrito** nos trechos de falas apresentados nos resultados.

## 5. Cenário de estudo:

### 5.1. Região e municípios estudados

O estudo foi desenvolvido na área da DIR-XI Botucatu. <sup>(1)</sup> composta por 30 (trinta) municípios compreendendo uma área territorial de 15.527.303 Km<sup>2</sup> e uma população de 552.452 habitantes com as seguintes características: 26% (8) destes municípios possuem população menor que 5.000 habitantes, 42% (13) entre 5.000 a 15.000 habitantes, 22% (7) com população de 15.000 a 30.000 habitantes, 10% (3) com população acima de 30.000 e destes municípios apenas 1 tem população acima de 100.000 habitantes (ver Figura 1)

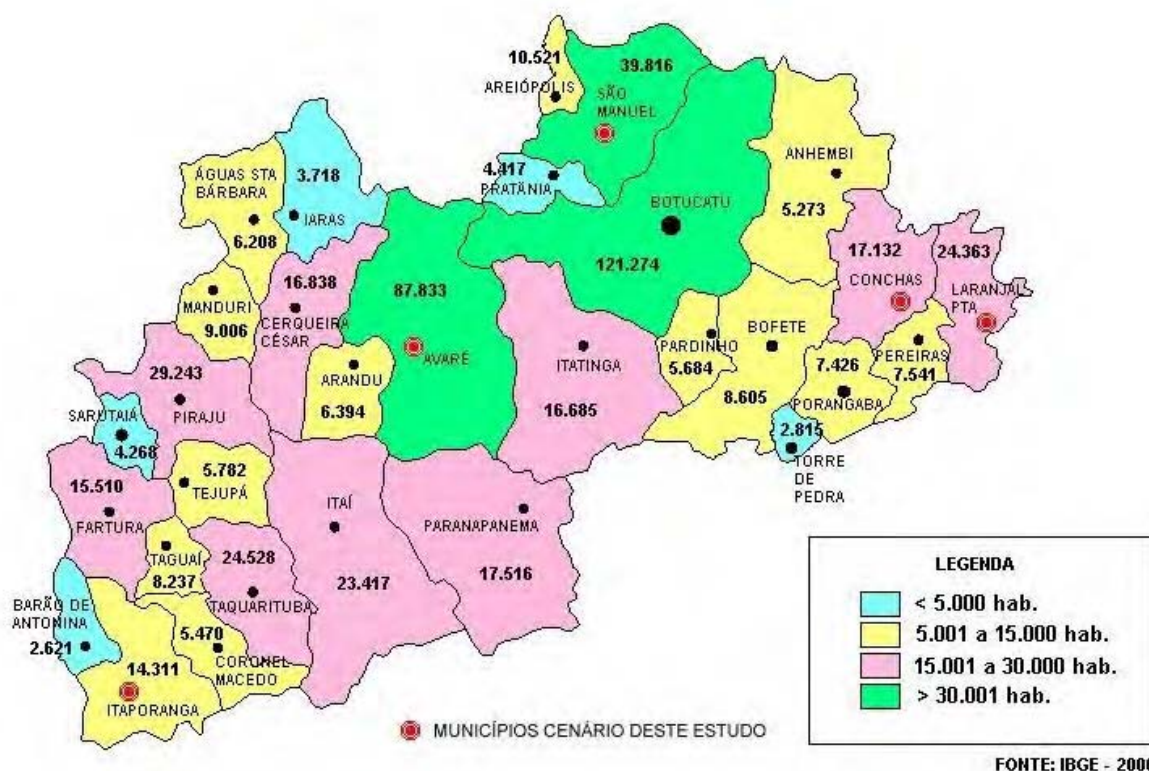


Figura 1: Distribuição dos municípios da DIR-XI – Botucatu, segundo população, 2006

<sup>1</sup> Em 27/11/2006, o Decreto 51307/06, transferiu os Grupos de Vigilância Sanitária para a Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde; foi assim criado o GVS XVI, abrangendo os 30 municípios da antiga DIR XI - Botucatu; em 28/12/2006, o Decreto nº.51433 extinguiu a DIR XI - Botucatu e suas atividades, excluídas ações de vigilância, passaram a ser coordenadas pelo Departamento Regional de Saúde VI – Bauru. Portanto, este estudo foi realizado anteriormente a todas estas mudanças.



A região conta com 64 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade Mista; 02 Policlínicas; 02 Ambulatórios de Especialidades; 03 Laboratórios Estaduais; 19 Hospitais, (15 Filantrópicos, 01 Estadual, 01 Universitário e 02 municipais) e 40 equipes de PACS/PSF distribuídas em dezesseis municípios.

A habilitação dos municípios para gestão em saúde se apresenta hoje conforme discriminado no Quadro 1.

**Quadro 1 - Habilitação dos Municípios, segundo forma de gestão, DIR-XI – Botucatu, 2003**

Município	NOB 01/96	NOAS 01/02
Águas de Santa Bárbara	PAB	
Anhembi	PAB	PAB-A
Arandu	PLENA	
Areiópolis	PAB	
<b>Avaré</b>	<b>PLENA</b>	
Barão de Antonina	PAB	
Bofete	PAB	PAB-A
Botucatu	PAB	
Cerqueira César	PAB	
<b>Conchas</b>	<b>PLENA</b>	
Coronel Macedo	PAB	
Fartura	PAB	PAB-A
Iaras	PAB	
Itaí	PAB	
<b>Itaporanga</b>	<b>PLENA</b>	<b>PAB-A</b>
Itatinga	PAB	
<b>Laranjal Paulista</b>	<b>PLENA</b>	<b>PAB-A</b>
Manduri	PAB	
Paranapanema	PAB	
Pardinho	PAB	
Pereiras	PAB	
Piraju	PAB	PAB-A
Porangaba	PAB	
Pratânia	PAB	
<b>São Manuel</b>	<b>PLENA</b>	
Sarutaí	PAB	
Taguaí	PAB	
Taquarituba	PAB	PAB-A
Tejupá	PAB	PAB-A
Torre de Pedra	PAB	PAB-A

\* Fonte: Proposta Implantação Agência Saúde Coletiva DIR-XI Botucatu

## **5.2 Desenvolvimento institucional das ações de vigilância sanitária na região**

Ao longo das últimas duas décadas, a equipe técnica do Grupo de Vigilância Sanitária da então DIR, além de sua reorganização interna, desenvolveu estratégias para a progressiva descentralização das atividades de vigilância sanitária, voltadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Conforme já mencionado, a saúde municipal sempre esteve voltada para a assistência médica fazendo com que os governantes locais priorizassem a assistência em detrimento à prevenção e só recentemente este modelo começou a ser rompido. Para exemplificar, antes de 1.996, apenas cinco dos trinta municípios realizavam algumas ações básicas de vigilância sanitária; não tinham legislação municipal e nem equipe definida, diferentemente de hoje, quando todos têm legislação, equipe e realizam as ações básicas em VISA.

No Quadro 2, podemos visualizar a organização das estruturas municipais, segundo habilitação da vigilância epidemiológica e classificação em vigilância sanitária.

Com a repactuação dos 30 municípios da área de abrangência da então Direção Regional de Saúde de Botucatu, do Grupo de Vigilância Sanitária Regional, 25 (vinte e cinco) optaram pela Situação 1 – S1, ou seja, assumiram as ações de média complexidade, enquanto os outros 05 (cinco), todos em Gestão Plena do Sistema, optaram pela Situação 2 – S2, assumindo as ações de média e alta complexidade, em conformidade com as regras estabelecidas na pactuação.

Os municípios escolhidos como objetos deste estudo foram aqueles que assumiram todas as ações de vigilância sanitária, conforme pactuação da Portaria GM 2473 de 29 de dezembro de 2003, devendo, portanto, estar dotados de infra-estrutura técnica e operacional para execução das ações na área de abrangência de seu município.

**Quadro 2 – Distribuição dos Municípios da Regional de Saúde de Botucatu, segundo habilitação da V.E. e classificação na VISA**

Município	Habilitação PPI/ECD	Classificação VISA
Águas de Stª Bárbara	Habilitado	S1
Anhembi	Habilitado	S1
Arandu	Habilitado	S1
Areiópolis	Habilitado	S1
<b>Avaré</b>	<b>Habilitado</b>	<b>S2</b>
Barão de Antonina	Habilitado	S1
Bofete	Habilitado	S1
Botucatu	Habilitado	S1
Cerqueira César	Habilitado	S1
<b>Conchas</b>	<b>Habilitado</b>	<b>S2</b>
Coronel Macedo	Habilitado	S1
Fartura	Habilitado	S1
Iaras	Habilitado	S1
Itaí	Habilitado	S1
<b>Itaporanga</b>	<b>Habilitado</b>	<b>S2</b>
Itatinga	Habilitado	S1
<b>Laranjal Paulista</b>	<b>Habilitado</b>	<b>S2</b>
Manduri	Habilitado	S1
Paranapanema	Habilitado	S1
Pardinho	Habilitado	S1
Pereiras	Habilitado	S1
Piraju	Habilitado	S1
Porangaba	Habilitado	S1
Pratânia	Habilitado	S1
<b>São Manuel</b>	<b>Habilitado</b>	<b>S2</b>
Sarutaiá	Habilitado	S1
Taguaí	Habilitado	S1
Taquarituba	Habilitado	S1
Tejupá	Habilitado	S1
Torre de Pedra	Habilitado	S1

\* Fonte: Proposta Implantação Agência Saúde Coletiva DIR-XI Botucatu

S1 = ações de baixa e média complexidade

S2 = ações de baixa, média e alta complexidade

### **5.3 Principais características dos municípios estudados**

As informações que se seguem apresentam algumas características dos municípios estudados, tendo como fontes o Perfil Municipal do SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2007) e o Plano Regional de Saúde, elaborado pelo Departamento Regional de Saúde VI – Bauru no ano de 2007 (DRS-VI, 2007).

#### **5.3.1 Antecedentes históricos e desenvolvimento atual**

Embora a povoação da região estudada se perca no lento processo colonial de ocupação, a consolidação dos municípios na esfera político-administrativa ocorreu entre meados do século XIX até o final da segunda década do século XX (SEADE, 2007 e DRS-VI, 2007)

A origem de Avaré e São Manuel vincula-se ao processo de desbravamento iniciado a partir da ocupação do centro-sul do Estado de São Paulo, especialmente de Botucatu. A região de Avaré costumava figurar em mapas antigos da província como “terras desconhecidas”. A partir de 1849, forma-se o núcleo populacional constituído especialmente por imigrantes. Já São Manuel foi fundado em 1870, passando à freguesia do município de Botucatu, por meio de uma lei imperial, de 1880.

As principais atividades econômicas de Avaré giram em torno da agricultura, pecuária, serviços e do turismo. A partir de 2006, houve um desenvolvimento voltado para o plantio de cana-de-açúcar e com a instalação de duas usinas de açúcar e álcool. Em São Manuel, predominam a agricultura, sobretudo a cana-de-açúcar e o café, vindo a pecuária e a indústria, respectivamente, em segundo e terceiro lugares.

A formação histórica de Itaporanga está ligada originalmente ao trabalho de catequização dos índios. Em 1844, foi fundado o núcleo original, elevado à condição de freguesia em 1855. Atualmente a atividade econômica predominante no município é a agricultura, sobretudo a cultura do feijão e cana-de-açúcar, seguida pela pecuária.

Já as terras que hoje constituem Conchas e Laranjal Paulista situavam-se no caminho das tropas que circulavam entre as regiões de Sorocaba, Tietê e Botucatu. No final do século XIX, formaram-se os núcleos originais de Conchas e Laranjal Paulista, que se constituíram municípios, respectivamente em 1916 e 1917, incentivados pela instalação da ferrovia.

O município de Conchas possui suas atividades econômicas voltadas principalmente para produção de gado, avicultura, olarias, cerâmicas para produção de telhas, comércio, frigoríficos para abate de frangos e confecções. Já em Laranjal Paulista, destacam-se a pecuária e a cana de açúcar, além da avicultura, cerâmica e fabricação de brinquedos.

### 5.3.2 Características sociais e sanitárias

A Figura 1 e o Quadro 3 apresentam algumas características geográficas, demográficas, sanitárias e sociais dos municípios em estudo.

Na área da saúde, os cinco municípios estudados foram habilitados em Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOB-96, sendo que o Quadro 4 mostra os serviços de saúde disponíveis em cada um deles.

**Quadro 4 – Unidades de saúde do SUS, segundo municípios, 2007**

Município	Unidade Básica de Saúde (a)	Laboratório de Análises Clínicas	Hospital
Avaré	21 (4)	10	1
Conchas	2	03	1
Itaporanga	8 (5)	02	1
Laranjal Pta.	6	04	1
São Manuel	10 (1)	04	1

(a) entre parênteses, número de unidades de saúde da família.

FONTE: **DRS VI, 2007**

**Quadro 3 – Alguns indicadores municipais, DIR-XI - Botucatu**

Indicador	Unidade	Ano	Município					Estado de São Paulo
			Avaré	Conchas	Itaporanga	Laranjal Pta.	São Manuel	
Área	km <sup>2</sup>	2006	1288	465	508	387	666	248.600
População	hab.	2006	86.669	16.768	14.453	23.772	39.446	40.484.029
Densidade Demográfica	hab/km <sup>2</sup>	2005	66,01	35,40	28,36	60,75	58,48	160,70
Taxa de crescimento anual	%	2006	2,14	2,02	0,11	1,21	1,30	1,52
Taxa de Urbanização	%	2005	95,41	78,93	70,12	89,49	93,81	93,70
Taxa Mortalidade Infantil (média)	(a)	2004/06	15,92	14,38	23,99	14,93	8,72	16,65
Tratamento de esgotos	%	2003	100,0	...	100,0	90,10	97,02	...
Média anos de estudo (15-64 a).	Ano	2000	7,10	6,92	5,53	6,79	6,48	7,64
IPRS	(b)	2004	Grupo 4	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 3	Grupo 4	NA
Posição no Ranking do IDH-M	(c)	2000	133	193	628	176	112	NA
PIB per capita	R\$	2004	8.023,30	11.554,13	4.964,23	10.524,47	10.055,00	13.725,14
Domicílios com renda per capita até ½ salário mínimo	%	2000	11,79	8,81	34,30	8,09	10,70	11,19

(a) Óbitos de menores de 1 ano/ total de nascidos vivos \* 1000

(b) IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS / Grupo 3 - Municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores nas demais dimensões; Grupo 4 - Municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade

(c) IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; o ranking se refere à posição no total de 645 municípios existentes no Estado de São Paulo.

Fonte: SEADE - 2007

## VISA MUNICIPAL

Os municípios estudados instituíram os serviços de vigilância sanitária, em meados da década de 1990, mediante lei municipal específica, conforme referido no Quadro 5. Atualmente, todos eles se encontram em nível de habilitação de vigilância “S2”, ou seja, executam ações de baixa, média e alta complexidade conforme classificação utilizada para os estabelecimentos sujeitos à regulação sanitária.

**Quadro 5 – Institucionalização das ações de vigilância sanitária**

Município	Ano de criação da VISA municipal	Nº da Lei Municipal	Nível de Habilitação da VISA
Avaré	1997	56	S2
Conchas	1997	280	S2
Itaporanga	1997	1536	S2
Laranjal Pta.	1995	2010	S2
São Manuel	1994	2058	S2

\*Fonte - GVS XVI – Botucatu – 2007

Tais atividades tinham como objeto central de trabalho 2.234 estabelecimentos distribuídos segundo municípios e grau de complexidade conforme apresentado no Quadro 6.

**Quadro 6 - Universo de Atuação Municipal segundo os níveis de complexidade - 2007**

Estabelecimentos	Avaré	Conchas	Itaporanga	Laranjal Pta.	São Manuel
Básica	732	192	107	234	409
Média	219	56	15	79	116
Alta	27	17	08	09	14
TOTAL	978	265	130	322	539

\*Fonte - GVS XVI – Botucatu – 2007

Com a repactuação das ações de vigilância em 2004, o quadro de recursos humanos apresentado pelos municípios demonstra a composição de uma equipe multiprofissional formada por uma mescla de profissionais técnicos de níveis universitário e médio, além de outros de apoio administrativo, apresentados no Quadro 7.

**Quadro 7 – Profissionais lotados no serviço municipal de vigilância sanitária, 2007**

Profissionais	Avaré	Conchas	Itaporanga	Laranjal Paulista	São Manuel
Veterinário	01	01	01	01	01
Médico	-	-	01	01	01
Farmacêutico	-	-	01	01	-
Enfermeira	01	-	-	-	01
Cirurgião Dentista	01	-	-	-	01
Advogado	01	-	-	-	-
Arquiteto	01	-	-	-	-
Fisioterapeuta	-	-	01	-	-
Agente de Sanitário	05	03	03	03	02
Supervisor de Saneamento	-	-	01	-	01
Supervisor de coleta de lixo	-	-	01	-	-
Auxiliar de Campo	03	-	-	-	-
Encarregado de Setor	-	-	-	-	01
Escriturário	-	-	01	-	01

\*Fonte – GVS XVI Botucatu - 2007



Como citamos na metodologia na fase de exploração do material, o mesmo foi submetido a um estudo mais aprofundado, visando essencialmente a sua codificação, da qual surgiram assim indicadores que possibilitaram a classificação e a agregação dos dados, construindo-se, no decorrer da análise, as categorias teóricas ou empíricas que se transformaram nos temas específicos deste estudo.

Do material discursivo, revelaram-se seis categorias relacionadas ao desenvolvimento da vigilância sanitária nos municípios estudados, a saber:

- a) Ingerência política na organização e na gestão dos serviços de vigilância sanitária municipal;**
- b) Recursos Humanos: Baixa qualificação, desmotivação, rotatividade e sobrecarga de trabalho;**
- c) Dificuldades em conseguir apoio de outros órgãos para execução de ações conjuntas;**
- d) Desconhecimento da população sobre o que é vigilância sanitária;**
- e) Desconhecimento e ausência de espaço para expor as questões de vigilância nos Conselhos Municipais de Saúde;**
- f) Ausência de gerência sobre os recursos financeiros da vigilância sanitária;**

A caracterização principal destas categorias foi destacada nos trechos das falas em negrito.

Passamos a seguir a apresentação e interpretação dos resultados obtidos pelo material coletado nas entrevistas, bem como discussão das categorias emergidas neste estudo.

## A) Ingerência política na organização e na gestão dos serviços de vigilância sanitária municipal:

Nos discursos dos sujeitos entrevistados, foi possível captar o dilema entre o que legalmente se define como descentralização das ações de vigilância sanitária na lógica instituída pelo SUS e a tripartição da competência para execução das ações, em razão de um aparente conflito de interesses econômicos, políticos e pessoais.

*“Historicamente a vigilância sanitária tem encontrado **barreiras internas e externas...**”* (Ent1)

*“**Esta questão da autonomia fica muito difícil da gente conseguir, entendeu? total autonomia, porque nós temos que fazer os nossos superiores entenderem isto também.**”* (Ent1)

*“(...) só que eu não concordo muito com isso, e inclusive agora até estes dias atrás eu andei discutindo com o Vice Prefeito da cidade, foi porque ele estava pegando no pé, acredito que seja mais por jogo político então eu falei que não iria entrar na dele, falei prá ele também que se fosse por isso eu iria sair fora da vigilância.”* (Ent2)

*“**Quem pressiona geralmente é primeiro escalão Prefeito, Secretário. O meu secretário não me pressiona para liberar a licença, normalmente é o Prefeito, o Chefe de Gabinete, Vereador.**”* (Ent3)

*“(...) porque entra muito a pressão política, entra muito a questão de muitas vezes você vai averiguar a coisa errada e você não..., só que... e daí... **a gente não vê surtir o efeito, a gente foi lá, denunciou, falou o que precisava neste caso retirar e as providências, ficou nisto mesmo.**”* (Ent4)

A ingerência ou **pressão política** referida nos discursos, advinda do processo de descentralização, pela municipalização das ações de vigilância sanitária, deixou claro o comprometimento da autonomia da equipe na execução das

atividades pertinentes à vigilância sanitária em sua função regulatória. Observamos nos discursos que a ingerência dos agentes políticos no cenário do trabalho executado pelas equipes municipais acaba por diminuir a autonomia das práticas de vigilância sanitária.

Ficou claro que a via de ingerência se dá por meio dos agentes políticos do município, Prefeitos e Vereadores, os quais desconhecem, ou fingem desconhecer, o processo de trabalho da vigilância sanitária, delineando interesses pessoais em detrimento do interesse coletivo de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Outra vertente da ingerência observada nas falas trata da **percepção dos agentes políticos sobre o papel da vigilância sanitária**. Estes valorizam primordialmente as questões econômicas, apontando as exigências sanitárias como um fator de **entrase ao crescimento econômico** do município e de outro lado também apresentam resistência ao processo de trabalho da vigilância sanitária, visualizando-a negativamente como um setor de relações conflituosas, o que “politicamente” lhes seria prejudicial, num embate eleitoral.

*“Estes dias atrás nós ouvimos a opinião de um dos vereadores, totalmente fora de..., absurdo! **Ele** [vereador] **pediu prá gente ir devagar, entendeu, porque na opinião dele ele acha que as pessoas têm que trabalhar sem regras, por falta de conhecimento, não deu tempo de a gente sentar com ele e explicar prá ele certas coisas...**”.* (Ent1)

*“**Porque a vigilância... deles** [Prefeito e Vereadores] **eu percebo o seguinte que eles pensam que é um Setor só de denúncia e reclamações que a gente tem que resolver nestas brigas de vizinho é de fazer estes jogos políticos deles.**”* (Ent2)

*“Ocorreu este fato de a gente ter pedido este laudo do corpo de bombeiros e **o Prefeito ele concedeu um prazo a mais prá eles tá fazendo isso, nisto eu verifiquei que infelizmente a vigilância não***

*responde por si, só com o Diretor, infelizmente às vezes é preciso o parecer ali do Prefeito, do Vice Prefeito que acaba complicando*". (Ent2)

*"A secretaria com certeza ela é profissional, então ela tem consciência das coisas que devem ser feitas e das coisas que talvez não precisassem ser feitas, mais barra principalmente no Prefeito, porque muitas vezes ele acha que as exigências que a gente faz são muito grandes o discurso dele é sempre assim: "que até ele entrar o município não crescia, e que depois que ele [Prefeito] entrou começou a crescer"*. (Ent3)

*"(...) Se eu tenho um Prefeito que me apóia, se eu tenho um Prefeito que está sensibilizado, se eu tenho um Prefeito que ele pensa um pouco mais além do que a eleição eu tenho apoio, eu tendo apoio pra trabalhar 'maravilha', 'beleza', só que é muito difícil disto ocorrer, pelo que eu vejo por aí, pelo que eu converso com as outras pessoas quando tem treinamento, e isto não é só no nível regional, no nível estadual é muito difícil de acontecer."* (Ent3)

*"O que a gente tem muito hoje é esse negócio de apagar incêndio, muito de apagar incêndio em que sentido:- Prefeito eu preciso fazer uma campanha de combate à raiva, eu preciso de mais tempo, de mais funcionário e como eu vou trabalhar este final de semana, eu gostaria de ter pelo menos um incentivo pra estes funcionários ganharem hora extra pra gente poder varrer a cidade e vacinar todos os animais contra a raiva, há dois anos atrás. A resposta do meu Prefeito: '-Pra que você vai vacinar contra raiva se não teve nenhum caso de raiva'."* (Ent3)

*"(...) Hoje já funciona, estamos começando a funcionar diferente, tem apoio do Prefeito, Secretário...(...) Se "eu" chegar num açougue e precisar apreender toda carne, ele [Prefeito] não vai falar nada. Isto a gente foi conquistando com o tempo, foi demonstrando para eles como funcionava isto aí".*(Ent5)

Outra questão, relaciona-se ao **porte dos municípios e contato mais direto com os agentes políticos, gestores e setor regulado locais**, o que é facilitado nas localidades de menor porte:

*“Existe esta dificuldade, porque o município ele é pequeno, se os comerciantes não tivessem esses problemas que eu coloquei anteriormente a mente deles ficaria mais aberta pra entender esta questão da ação da vigilância sanitária.” (Ent1)*

*“(...) Há pouco tempo atrás, aconteceu uma coisa interessante, num bar, num boteco, o proprietário do bar concordou com a gente e não colocou resistência, porque ele era de fora daqui e não conhecia a gente (...)”. (Ent1)*

*“(...) só que como se trata de uma cidade pequena, a gente conhece todo mundo e daí às vezes você tem que saber como que como que vai falar com a pessoa, conforme ele é amigo seu, ou às vezes um ex-patrão seu que você trabalhava isto é uma dificuldade muito grande.” (Ent2)*

*“(...) porque você acaba conhecendo, às vezes, sei lá, um vizinho seu, um amigo ou um amigo da sua mãe, de um parente seu, às vezes você tem contato com aquela pessoa, porque ela às vezes vem na tua casa e às vezes de repente você acaba tendo que resolver uma denúncia dela, e às vezes tem estas brigas de vizinho que às vezes têm que contornar a situação, coisa e tal”. (Ent2)*

*“Quanto menor é a cidade, maior a interferência, em geral é isto, talvez no município maior, talvez do porte de Campinas, alguma coisa assim, não é tão assim, o Prefeito, ele não tá no Boteco do vizinho, ou ele não tá andando e todo mundo vai e bate na mão, conversa com ele, cobra tão diretamente, talvez um Prefeito de uma cidade maior seja um pouco mais discreto mais neste aspecto”. (Ent3)*

*“É a mesma questão de você fazer fiscalização num restaurante ou em outro lugar e você querer autuar a pessoa por risco, o*

**Prefeito não entende (...). Quanto menor o município, pior”**  
(Ent3)

“(…) **sempre tem interferência** [política] porque é assim: a gente vai, até autua, num pouco a gente é tirado esta autoridade, que a gente sempre fala ‘autoridade sanitária’ né? você vai fala: **você tem que fazer isso, tá alguma coisa errada, certo?** , aí ele [o proprietário] vai, **‘força’, conversa com o Prefeito, conversa ‘com não sei quem’, e de repente você fica com a ‘maior carona de tacho’ e tem que ‘tirar’ o auto, você deve ‘tirar’ o auto, tem que cancelar, acaba voltando atrás**”. (Ent4)

“(…) **infelizmente cidade pequena a questão política ou ‘politiqueira’ pesa, barra, eu acho até que faz parte da cultura, é cultural, daí eu acho que entra a população e quem comanda, domina**”. (Ent1)

“(…) porque o Prefeito, ‘eles fizeram um requerimento’ [setor regulado] pro Prefeito e o **Prefeito concedeu um prazo de 60 dias, além daquele prazo que eu dava prá fazer a vistoria, então o que eu fiz, daí neste momento eu desanimei, fiquei nervoso pra caramba, queria sair do serviço, só que o que eu fiz, eu não fui, eu não fui e ocorreu que agora recentemente ela fechou, esta danceteria fechou**”. (Ent2)

“(…) só que isto [ingerência] me **deixou muito triste porque eu tava bem animado com o serviço e eu confesso pra você que a minha produção caiu um pouco devido a isto porque eu pensava que tinha autonomia, só que quando ocorreu isto eu vi que isso pra eles [Prefeitos, Vereadores] não é importante**.”(Ent2)

“(…) **Isto acaba desgastando o trabalho, com certeza, tanto eu mais principalmente os agentes de saúde, porque muitas vezes eles vão conversam com a pessoa, fazem uma exigência, ou fazem uma orientação, a pessoa não aceita isto vai conversar com o Prefeito, o Prefeito fala que não tem nada a ver, então eu tenho um desgaste muito grande nisso, mais eu acho que o principal, o grande ponto de estrangulamento aí são os meus agentes, eles são muito mais cobrados neste aspecto**.” (Ent3)

*“(...) não adianta você ter uma idéia, você está acompanhando uma maneira de trabalhar e de repente você é barrado.” (Ent4)*

*“De repente você vai e fala [para o setor regulado]: ‘olha você tem que fazer desta forma’, e de repente vem uma ordem que aquilo não é pra... isto é submissão política mesmo, bem... estamos acabados mesmo... É bem assim, ‘estou te dando à condição mais você não pode exercer’. (Ent4)*

*“(...) Não acontecia nada antes, a pessoa montava uma farmácia, consultório odontológico, depois que ia na Visa e aí a gente falava que estava tudo errado, aí tem que ficar “remendando a coisa”. (Ent5)*

Nos discursos, ficou evidenciado que, principalmente nos municípios menores, os profissionais da vigilância conhecem a população e esta por sua vez tem **acesso direto aos agentes políticos** da cidade; este fator facilitador acabou por transformar-se num entrave para o exercício das funções fiscalizadoras exercidas pela vigilância sanitária.

A população e o setor regulado estabelecem um canal de comunicação direto com o Prefeito e Vereadores; a via de ingerência não se dá no técnico, pois hierarquicamente o superior imediato dos gestores da vigilância seria o secretário municipal de saúde, e este, por sua vez, acaba não sendo procurado pela população e setores regulados. O fato de se estabelecer este canal com os agentes políticos delineaia decisões pautadas em favores pessoais em detrimento de uma análise técnica amparada na legislação sanitária.

Os profissionais expressam que a ingerência acaba por levá-los ao descrédito perante a população e setor regulado, retirando-lhes a competência legal para executar suas ações, chamada “autoridade sanitária”.

Revelam que, mesmo amparados legalmente, não conseguem trabalhar; os agentes políticos acabam por modificar orientações e prazos concedidos pelos profissionais, enfraquecendo as equipes, dando margem ao

aparecimento de irregularidades sanitárias nos estabelecimentos instalados no município.

O descrédito na atuação dos profissionais leva à desmotivação e à inércia dos membros das equipes de vigilância municipais, pois assimilaram a idéia de que não conseguem “lutar contra as ordens” de seus superiores.

Para enfrentar a ingerência, alguns entrevistados apontaram a **transformação da Visa em autarquia como estratégia para autonomia**. Esta solução, segundo eles, fortaleceria a equipe, dando maior suporte às ações de vigilância, acreditando que assim os agentes políticos teriam como se desvencilhar dos embates com a população e setor regulado, separando-se as questões políticas das questões técnicas.

*“Como que eu posso dizer [ser uma autarquia], pra aumentar o nosso poder, ou ‘poder’, entre aspas, ser mais respeitado, eu até acho que isto, não teria a interferência política, porque às vezes eu penso que o Prefeito, ele é obrigado a..., devido ao fator político a intervir em alguma situação e se nós conseguíssemos nos transformar em uma autarquia, talvez até seria bom pra ele [Prefeito], porque aí ele [Prefeito] poderia, quando alguém fosse lá reclamar de alguma coisa, ele [Prefeito] falaria: - ‘Oh! eu não posso fazer nada’, talvez fosse até bom pra ele, ‘livraria a barra dele’, entendeu? Quando eu falo dele,[Prefeito] não é só dele, mais do que passaram também . **Porque a vigilância não é um problema que diz respeito a questão política**”.*(Ent1)

*“A vigilância deveria ser um órgão totalmente independente, não ter nada a ver com Prefeitura, não ter nada a ver... estar dentro de prédio da Prefeitura, ficar mesmo à parte no caso a vigilância sanitária, ter verba própria, ela ter toda uma estrutura pra ela estar trabalhando, pra gente poder estar desenvolvendo as nossas atividades, fazendo o que tem que ser feito, e não sempre baixando a ‘cabecinha’, sabe sempre com aquela ‘submissãozinha’ política, tem que atuar como deve ser, as coisas*



*têm que ser feitas como são mesmo e a vigilância sendo um órgão independente ela vai poder atender, ter as nossas atribuições mesmo”. (Ent4)*

*“De umas três gestões para cá, parece que o pessoal, o Prefeito que está entrando, está mudando, porque as próprias Visas estão conseguindo respeito maior. Só que eu ainda acho que tem um problema grande aí, a Visa não deveria ser vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, ela deveria ser sozinha.(...) Eu acho que deveria ser ‘tipo uma autarquia’, ficar um pouco distante”.(Ent5)*

Como existe limitação manifesta dos agentes políticos locais ao exercício do poder de polícia administrativo dos profissionais de vigilância sanitária, estes colocam nas falas como uma possível solução que a vigilância fosse transformada em uma organização autárquica totalmente autônoma desvinculada da estrutura do executivo local.

Apontam, os entrevistados, a falta de uma política de recursos humanos como um agravante à ingerência. Referem, por exemplo, a **falta de um plano de carreira** e a necessidade de tê-lo como um incentivo para os profissionais das equipes municipais, como uma forma de “compensação” e “merecimento” pelo *stress* causado pelas relações conflituosas a que se submetem no trabalho da vigilância sanitária.

Outra solução apontada por eles seria a necessidade de os profissionais de vigilância sanitária serem **concursados e estáveis**, impedindo assim uma vulnerabilidade às pressões políticas que lhes fossem apresentadas, as quais acabam desgastando e desmotivando a equipe, principalmente aqueles profissionais que se encontram na base da estrutura, como os agentes de saneamento, pois a pressão política acaba recaindo diretamente sobre eles, os quais se vêem como a parte enfraquecida na hierarquia do setor.

*“Veja bem porque aonde você trabalha **você tem que ter perspectiva** e você vai trabalhar num lugar onde não tem perspectiva nenhuma, não tem como, faz mal pra você, entendeu? Faz mal. **Esta perspectiva envolve a questão salarial, a questão de estrutura, independência, a questão de resultado**, envolve tudo isto, e é difícil diante destas barreiras que eu coloquei anteriormente, entendeu? (Ent1)*

*“Depois de três meses, eu quero ver se vocês [Prefeito, Secretário] vão me dar uma remuneração pelo serviço que eu vou estar fazendo, só que eles me deram uma remuneração só que foi muito pouco, foi muito pouco, só que com relação a isto , eu to brigando direto , e eles [Prefeito, Secretário] **vão colocar um concurso agora para diretor da vigilância** e eu vou ter a opção de estar concorrendo.”(Ent2)*

*“(...) por isto, eu acho importante que o **funcionário da vigilância seja concursado com estabilidade**, o que é o meu caso, eles [vereadores] aprenderam que não adianta mais. (...) **Isto acaba desgastando o trabalho**, com certeza, **tanto eu, mas principalmente os agentes de saúde.**” (Ent3)*

*“Em vista dos outros municípios, eu não sei dizer, mas a administração atual paga tudo certinho, mas em relação ao Estado, fica muito defasado, não tem mais reajuste, **existem algumas leis em nosso município que são referência, porque senão estaria bem parado.**” (Ent5)*

Outro aspecto observado é que a **ingerência política interfere diretamente no planejamento da execução das ações de vigilância sanitária, dificultando-o.**

*Nós trabalhamos em cima de um planejamento e a nossa filosofia, é que **as ações se baseiam em orientação e educação**; a gente tem aplicado isto e temos colhido frutos, entendeu? **Nós não estamos usando a estratégia da repressão que eu acho que não***

*funciona, a gente tá correndo atrás de resultados e, em adotando esta estratégia, a gente tem colhido frutos.”* (Ent1)

*“(...) eu vi que às vezes a vigilância ela não responde só por si, né? Eu como diretor ali, como Secretario da Saúde, é infelizmente tem estas influências políticas, que o pessoal ali não deixa a gente assim... trabalhar (...) eu verifiquei que infelizmente a vigilância não responde por si, só com o Diretor; infelizmente às vezes é preciso o parecer ali do Prefeito, do Vice-Prefeito que acaba complicando, e com isto eu fiquei muito triste e acabei me desanimando um pouco do meu trabalho.”* (Ent2)

*“(...) tem que ser uma pessoa que tenha muito jogo de cintura, porque em município uma coisa que eu aprendi nestes seis anos que eu estou na vigilância sanitária é que muitas vezes você tem que ‘bater de frente com as coisas’ mais normalmente não dá certo, você tem é que devagar, ir criando condições pra que aquilo que você acha que é necessário aconteça, senão a gente não consegue, então tem que ter muito jogo de cintura.”* (Ent3)

*“Olha, tá dê um jeito assim, é... Este planejamento [dos serviços da Visa] tem que pisar sempre em ovos... é lógico, você faz o planejamento, você sabe como você tem que fazer, exatamente como você tem que fazer, mais fica complicado por que... às vezes é barrado; não adianta você ter uma idéia, você está acompanhando uma maneira de trabalhar e de repente é barrado: Não, você vai parar de fazer isso porque isto está prejudicando alguém.”* (Ent4)

Nas falas apresentadas, percebemos que os gestores municipais, ao planejar o trabalho da equipe, acabam por priorizar ações educativas, fugindo daquelas que podem gerar conflitos, optando por lavrar instrumentos administrativos com orientações, evitando ações conflituosas, como os autos de infração.

O fato de os gestores municipais percorrerem vários caminhos, com “muito jogo de cintura” para conseguir realizar o trabalho da vigilância sanitária, também acaba por provocar um desgaste na equipe.

Assim sendo, no contexto da dimensão das relações entre a Visa e as estruturas de poder, foi mencionada a **desvalorização da vigilância sanitária dentro da estrutura de saúde do município por parte dos gestores**. Há um sentimento de que as vigilâncias sanitárias municipais estão em uma posição secundária na estrutura de saúde municipal.

A “questão política” também é apontada para secundarização do setor, uma vez que, quanto menor a expressividade da vigilância sanitária, tanto menor seria a repercussão de suas ações. É um setor que **“fica escondidinho lá no posto de saúde”** transformando-se numa área estigmatizada na estrutura de saúde do município.

*“Eu acredito que com o pessoal, as outras cidades assumindo de verdade a municipalização, o papel da vigilância no que diz respeito à questão regional aí vai ser importante. (...) Eu acho que ela [vigilância sanitária] é importante, se não é importante, ela teria que ser importante. Eu acredito que houve uma evolução lenta, bem devagar....”* (Ent1)

*“Eu vejo a vigilância, assim, ‘enxergada’ mais de longe, entendeu? Geralmente por causa da ‘dor de cabeça’ que ela causa pra quem comanda, entendeu? Porque você mexe com costumes, você mexe com a questão cultural, então eu acho que ela é ‘enxergada’ mais de longe.”* (Ent1)

*“Vai fazer agora um ano que eu estou na vigilância sanitária; o que eu percebo que lá no dia-a-dia com o Secretário da Saúde e com o Prefeito que eles não dão tanta importância pra vigilância, eles dão importância mais em outros setores (...) só que no início eu não sabia o que era vigilância, eu não sabia de nada porque é um setor que fica escondidinho lá no posto de saúde.”* (Ent2)

*“A prioridade é o PSF, primeiro lugar a parte assistencial, depois a vigilância (...) A impressão que dá é que a vigilância só serve pra atrapalhar.”* (Ent3)

***“Não, a vigilância não é valorizada, no nosso caso não é valorizada, porque entra muito a pressão política”*** (Ent4)

Como se percebe, as falas dos entrevistados expressam um sentimento de que o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária não transcorreu da mesma maneira daquele das ações voltadas para a área assistencial do SUS, processo que foi anterior à descentralização das ações de vigilância.

Demonstram um sentimento de desvalorização do setor perante as demais áreas que compõem a estrutura de saúde municipal, destacando que não há uma articulação com as demais políticas e práticas de saúde desenvolvidas no município, enfatizando o isolamento da área.

Por fim, apontam que quando **existe reconhecimento e compreensão do papel da Visa pelos gestores e agentes políticos locais o trabalho se desenvolve**, ou seja, no processo de municipalização o comportamento e o apoio dos agentes políticos, Prefeito e Secretário da saúde, influenciam no desenvolvimento do trabalho das equipes de vigilância sanitária.

Os entrevistados avaliam que a autonomia e importância da vigilância estão atreladas aos gestores municipais, isto é, ao grau de conhecimento que eles detêm sobre as ações de vigilância. Isto vêm se dando por meio do trabalho de sensibilização que os profissionais vêm ao longo dos anos, executando junto a estes gestores, principalmente os agentes políticos do município.

***“Eu penso que a gente tem conseguido algum avanço principalmente nesta administração, a gente tem um secretário que não é da área de saúde, mais, tem se esforçado pra entender e pra nos apoiar”***. (Ent1)

***“(...) a vigilância ficou oito anos parada lá em [município], ficou oito anos, e agora recentemente foi que eu comecei; agora dia***

[data], vai fazer um ano e pra mim é superimportante **só que eu acho que não é prioridade pra eles a vigilância.**” (Ent2)

**“Hoje em dia, eles já aprenderam que não adianta conversar comigo pra liberar licença, mais logo que eu entrei tinha bastante, tinha uns dois, três vereadores que eles eram freqüentadores assíduos da vigilância, depois que eu comecei a conversar com eles, deixar que a minha função é técnica e não política (...)**” (Ent3)

**“Eu tenho o embate político, por isto que eu falo que tem que ter um bom relacionamento com seu Chefe imediato, com seu superior imediato que é o secretário, porque se nem do seu secretário você não tiver o apoio dele, a hora que chega lá em cima que o Prefeito vem ‘descendo o pau’ pro Secretário reclamando do meu serviço, o Secretário vai falar é verdade mesmo, aí então eu não tenho condições de trabalha, eu sou obrigado a pegar minhas coisas e ir embora.”** (Ent3)

**“Olha isto [importância da Visa] depende, varia sempre de gestão prá gestão, na gestão passada eles não davam a mínima importância pra vigilância sanitária, tanto que eles jogaram a gente num lugar, a vigilância foi totalmente ‘desmantelada’, o que eles puderam tirar de nós, eles tiraram, dava impressão que o que eles queriam mesmo era que a vigilância não atuasse que ela funcionasse, então ela foi totalmente desmantelada.”** (Ent4)

**“Parece que no começo ninguém dava importância para a vigilância, só que a Visa ela está crescendo, demonstrando trabalho, você vai conquistando um pouco mais de respeito, né? Vai mostrando serviço, eles vão te dando respaldo.”** (Ent5)

**“De umas três gestões pra cá, parece que o pessoal, os Prefeitos que estão entrando, estão mudando, porque as próprias Visas estão conseguindo um respeito maior.”** (Ent5)

Como se percebe no escopo de atuação da área, a resolutividade das ações de Visa implica o apoio das estruturas de poder locais, o reconhecimento e compreensão do caráter indissociável da vigilância sanitária com as demais políticas e práticas de saúde, como componente do SUS, fortalecendo o setor em todas as esferas de governo.

Desse modo, conferir efetividade às ações de Visa não é uma tarefa simples, requer um esforço político na articulação entre as três esferas de governo estabelecendo-se diretrizes que se pautem na promoção e proteção à saúde da população.

#### **B) Recursos Humanos: Baixa qualificação, desmotivação, rotatividade e sobrecarga de trabalho:**

Podemos ressaltar das falas, a **baixa qualificação** dos profissionais que trabalham nas vigilâncias municipais para desenvolver o serviço requerido. Há dificuldade na contratação, ou seja, a falta de profissionais em quantidade e qualidade; há ausência de plano de carreira, o que se traduz em baixos salários; e, devido às relações conflituosas decorrentes do poder de polícia administrativo, há dificuldade em encontrar profissionais com perfil para assumir a função de autoridade sanitária.

Observa-se a falta de um programa de capacitação permanente para os profissionais de vigilância sanitária o que acaba comprometendo ainda mais o desenvolvimento e a execução das ações pelas equipes.

*“Numa inspeção no açougue, você tendo uma veterinária reforça. Em outros tempos, nós tivemos esta profissional agora voltou devido à pressão do Estado, o Estado tem exigido e se não tivesse esta pressão dificilmente...” (Ent1)*

“Esse é um outro problema sério, que **quando eu entrei lá, eu era secretário de escola**, daí devido eu ter terminado a faculdade, e eles estarem precisando de um diretor, eles [Prefeito e Secretário] me propuseram isto, **daí eu fui sem saber como funcionava.**” (Ent2)

“(…) em primeiro lugar, é aquilo que eu já falei que são as interferências externas ao serviço, segundo lugar, **talvez fosse a parte de treinamento de assimilação do treinamento, em terceiro lugar, a questão salarial.** (...) a gente tem treinamento, agora o problema é a característica do meu agente em especial, **são pessoas que estão há muito tempo no serviço, têm uma limitação intelectual** “. (Ent3)

“(…) **a gente procura sempre estar passando pra eles todos os cursos**, a gente se reúne, a gente fala o que foi discutido nos cursos que vocês dão pra gente. (...) **acho que ainda falta alguma coisa**, como eu vou explicar pra você; sempre tem aquele que é mais interado, que procura saber mais, que ele procura ler, procura se informar, **sempre tem algum e tem aqueles mais acomodados.**” (Ent4)

“(…) teve um caso lá na vigilância mesmo, foi uma farmácia é..., daí **a gente precisava da assessoria jurídica do município**, ele [advogado] falou que ele não ia defender, no caso foi duas pessoas de dentro da vigilância, **ele [advogado] só ia defender o Prefeito e no caso o Diretor da vigilância**, quer dizer, então um pouco **a gente fica com medo porque na hora que você precisa e daí?**” (Ent4)

“**Podia ser melhorada a capacitação, a gente tem alguns treinamentos**, mas da minha área eu procuro treinamento por meus próprios meios, mas não que venha ‘tipo do governo’ (...) **a gente sente falta porque está tudo mudando e nem sempre você consegue acompanhar**, estando longe da universidade.” (Ent5)

Dos discursos apresentados, podemos verificar a necessidade de se instituírem programas de capacitação continuada voltados aos profissionais que



atuam na vigilância sanitária, dado o acelerado avanço tecnológico e a incorporação destas tecnologias no mercado, a que estão submetidas as áreas envolvidas com as práticas da vigilância sanitária, para que as mesmas não fiquem aquém do processo produtivo, aprimorando-se os instrumentos de disseminação do conhecimento para tornar mais efetiva suas ações.

A falta de uma assessoria jurídica própria, também é apontada como dificuldade, cabendo aos profissionais da vigilância utilizar a assessoria da Prefeitura Municipal, o que gera sensação de desamparo e fragilidade perante o setor regulado.

Não só a baixa qualificação dos recursos humanos é um problema, outra questão relevante são os sentimentos negativos associados ao trabalho tais como **cansaço, mágoa e desmotivação por parte dos funcionários.**

A **desmotivação** dos profissionais diante das ingerências que aparecem na rotina diária do trabalho das equipes municipais de vigilância sanitária é freqüentemente apontada. Nas falas as relações conflituosas, a ingerência política e a secundarização/desvalorização das vigilâncias municipais superam até mesmo os baixos salários como fator de desmotivação dos profissionais para executar as ações que lhe são pertinentes.

*“(...) o que pesa mais, acho que é isto [baixos salários], lógico que tem a questão da resistência do poder maior, do poder político. (...) eu quero confessar uma coisa pra você, eu ando cansado, enjoado, eu acho que se as coisas tivessem evoluído mais rapidamente, eu e o pessoal que trabalha comigo está cansado, sabe a cabeça cansa, enjoa, você não vê evolução, nem salarial, nem estrutural, a gente perdeu a poesia, entendeu?” (Ent1)*

*“(...) daí neste momento eu desanimei, fiquei nervoso pra caramba, queria sair do serviço, isto me deixou muito triste porque eu tava bem animado com o serviço e eu confesso pra você que a minha produção caiu um pouco devido a isto (...) falando sinceramente pra você, se hoje eu tivesse um serviço que fosse*

*pra ganhar um pouco mais do que a vigilância, que fosse mais responsabilidade, não teria problema, porque eu acho que eu sairia porque estas coisas acabam deixando a gente um pouco magoado e a gente fica triste e acaba perdendo um pouco a vontade.” (Ent2)*

*“Nosso trabalho, metade do nosso tempo é só gerenciando conflitos, principalmente fazendo ‘o meio de campo’, entre meu secretário e os agentes, então às vezes **senta gente na minha sala vai chora, conversa, diz que não agüenta mais, outro ‘pega’ vai embora**, eu perdi um agente faz dois anos, que não agüentava mais, principalmente por esta parte de não poder trabalhar, este agente em especial não lidava muito bem com conflitos, era uma pessoa até limitada. **A equipe é assim, quando ela não está motivada...**” (Ent3)*

*“**Existe restrição pra exercer as atividades, então a pessoa não se sente motivada, pra ela se ela ficar lá sentada (...)** eu tenho um agente que ele **só funciona no ‘tranco’.**” (Ent3)*

*“**Nunca eu imaginei que fosse desta forma, um pouco é decepcionante.** Você fica decepcionado, porque você vai você acha que você pode melhorar um pouco, e de repente você é barrado e quem paga por isso? **É a população, né?**” (Ent4)*

As falas demonstram fortemente um sentimento de desânimo, comprometendo o trabalho das equipes municipais. A falta de prioridade e apoio para a solução dos problemas por parte dos gestores municipais do SUS ressalta o descompromisso com o setor, contrariando os princípios do sistema.

Afloram questões de recursos humanos de suma importância, pois interferem substancialmente no processo de municipalização da vigilância sanitária e no processo de trabalho a ser desenvolvido pelo setor. Demonstra claramente que os problemas de recursos humanos da área ainda não foram fortemente enfrentados e que há necessidade de desenvolvimento de uma política voltada para os profissionais que atuam na vigilância sanitária.

Muito embora tenha sido apontado em apenas um entrevistado, não podemos deixar de ressaltar, por sua gravidade, que o **medo de perseguição** surge como um fator de entrave à execução das ações, transformando-se num fator limitante na capacidade de intervenção da vigilância sanitária.

*“Olha no nosso caso, lá está comprometido [o trabalho], porque assim os agentes estão com medo... como eu vou explicar pra você, é... por causa desta questão mesmo, é... de ‘medo de perseguição’ porque como é concursado, aquela coisa toda..., mais o funcionário tem medo da perseguição, porque você não sabe o que podem fazer depois, entendeu? Eu posso fazer ‘tal coisa’, pra onde que eu vou ser transferido depois?... [Risadas...]” (Ent4)*

*“Nós estamos com um funcionário novo lá na vigilância e às vezes a pessoa tem aquele sonho. Ah! eu vou fazer tal coisa, porque aquele restaurante tal, tal... Eu falo assim pra ele: - Olha, você toma cuidado, cuidado com o que você vai fazer, cuidado com as providências que você vai tomar, entendeu?” (Ent4)*

*“Sobre a questão política, acho que um pouco a gente age até um pouco de medo, né?... porque fica complicado porque às vezes você... pode ser...” (Ent4)*

O que chama a atenção nesta fala é que nela podemos perceber a fragilidade dos profissionais perante as estruturas de poder locais, colocando-os numa situação de subserviência. O medo como fator paralisante, comprometendo o trabalho da vigilância sanitária, que pode resultar em ações localizadas e de baixa efetividade; não bastasse a falta de profissionais em quantidade e qualidade, aparece a figura da “instabilidade funcional” deixando os profissionais à mercê da vontade política dos detentores do poder local.

Outro fator destacado nas falas é a **visão estigmatizada do serviço desenvolvido pela Visa, afastando ou repelindo recursos humanos**. Assim, o que dificulta a composição das equipes municipais de vigilância sanitária é, algumas vezes, a **resistência** dos profissionais que compõem o quadro de recursos humanos da secretaria municipal de saúde em compor a estrutura da Visa.

A resistência apontada também foi associada às características da **dinâmica do trabalho executado pela vigilância sanitária no que tange às ações fiscalizatórias**, aplicação de penalidades, ou seja, relações muitas vezes conflituosas com o setor regulado o que acaba por estigmatizar o setor.

*“(...) várias pessoas foram convidadas a assumir e aí viram que não era nada daquilo que eles imaginavam, teve um advogado que não chegou nem a..., durou horas a administração, não chegou nem a assumir nada, porque ele achou que era simples, que a vigilância não era nada daquilo que ele achava, ele achava que a gente não mexia com costumes, ele achava que era simples.”*  
(Ent1)

*“(...) eu até acho que eu venho resistindo aí porque as pessoas não querem isto pra elas, não querem porque é polêmico é complicado, entendeu?”* (Ent1)

*“Existe a portaria da vigilância sanitária, onde tem várias pessoas; lá eu tenho fisioterapeuta, tenho farmacêutico, tenho médico. É a portaria que vocês falam da equipe, é a portaria que a gente nomeou e o Prefeito assinou como responsável pela portaria, só que este pessoal eles não vão porque o pessoal ninguém quer compromisso com a vigilância, porque ninguém quer estar brigando com ninguém, quer que continue do jeito que tá. Existe a equipe, existe uma portaria nomeada pelo Prefeito, assinada, tá comigo lá, só que eles não assumem, eles nem têm conhecimento da vigilância.”* (Ent2)

*“(...) veio minha secretária e me ofereceu uma enfermeira, só que esta enfermeira é totalmente inadequada, porque não adianta você ter uns recursos humanos pra trabalhar que ele não tenha um perfil pra vigilância (...) e essa profissional que ela me*

*ofereceu eu até fui conversar com ela, depois de muita insistência, a resposta que ela me deu foi a seguinte: -**Eu peço um atestado de qualquer profissional da saúde mental que eu sou esquizofrênica, mais eu não vou pra vigilância.***” (Ent3)

*“**A vigilância é muito estigmatizada, primeiro porque é um serviço de fiscalização e ninguém gosta de ser fiscal, entendeu?** e, segundo, todo mundo se conversa, todo mundo mais ou menos, qual é o serviço do outro, a hora que chega e fala de vigilância sanitária o pessoal até arrepia.”* (Ent3)

*“(...) **uma pessoa de nível universitário que tem outro serviço, então compromete um pouco, às vezes, trabalha meio período e o outro em outro lugar, se precisar uma vistoria num período em que ela não esteja a gente tem que dar um jeitinho, né?**”* (Ent5)

Destas falas, podemos destacar a dificuldade na implementação de um quadro de pessoal, agravado pela visão estigmatizada do setor como área geradora de conflitos.

A obrigatoriedade de uma equipe mínima prevista na legislação que regulamenta a transferência das ações de vigilância para esfera de execução municipal, fez emergir em uma das falas a existência de um quadro “virtual” de recursos humanos perante a falta de uma estrutura formal para o setor, bem como profissionais acumulando funções diante da ausência de uma política bem definida de recursos humanos para a área.

Alguns entrevistados destacaram em suas falas a **baixa remuneração** paga aos profissionais de vigilância sanitária contrapondo-se à importância do trabalho, evidenciando-se a ausência de um plano de carreira, padrão de lotação, treinamento e capacitação.

*“**Quanto à questão salarial, sou obrigado a fazer comparação, por exemplo, com o Judiciário; na minha opinião, eles produzem muito***

*pouco, emendam feriado, agora uma pessoa que trabalha na parte de faxina do judiciário ganha mais que a gente.”(Ent1)*

*“(...) o que precisa melhorar com urgência para os funcionários da vigilância no geral é a questão salarial é preciso que se valorize um pouco mais os funcionários no que diz respeito à questão econômica (...).”(Ent1)*

*“(...) a questão salarial também é um problema, só que com relação a isto, eu estou brigando direto (...).” (Ent2)*

*“(...) embora a gente sempre ache que seja pouco pelo serviço, eu acho que um incentivo maior seria adequado, pois quando eu entrei na vigilância sanitária eu ganhava dez salários mínimos, hoje dá seis salários.” (Ent3)*

*“Pela importância, pelo que a gente faz né, pela nossa ‘carona’ lá a tapa, né! [Risadas]. é muito pouco quinhentos reais, é muito pouco, às vezes você se arrepende, vou tá lá dando minha cara tapa por causa de quinhentos reais é complicado, é complicado...”(Ent4)*

*“Em vista de outros municípios, eu não sei dizer, a administração atual paga tudo certinho, mas com relação ao Estado fica muito defasado, não tem mais reajuste. (...) Se tiver oportunidade, com certeza vou estar procurando outra coisa “.(Ent5)*

De modo geral, novamente se destaca o fato da inexistência de uma política de recursos humanos definida para o setor. Os baixos salários são mais um componente negativo na problemática geral que necessita ser organizada para o enfrentamento das dificuldades da área.

Outro agravante apontado relacionado aos recursos humanos das visas municipais é a **rotatividade** da composição da equipe.

*“(...) Muda muito de gente e isto tem feito mal pra saúde. Prejudica pelo seguinte, porque você não adquire conhecimento*

*nesta área do dia pra noite, porque a gente, a vigilância atua em vários campos, então é preciso que você tenha um conhecimento mais profundo no que diz respeito à saúde nesta área".* (Ent1)

*"Quem resistiu foi eu e o [fulano], nós que ficamos inclusive até no que diz respeito à questão da direção da vigilância, várias pessoas foram convidadas a assumir e aí viram que não era nada daquilo que eles imaginavam (...). Trocou pelo menos uns cinco, seis diretores."*(Ent1)

*"A equipe tem o seguinte, a equipe tinha dois agentes, quando eu entrei tinha dois, um passou num outro concurso e saiu; hoje eu tenho só um agente."*(Ent2)

*"(...) como dificuldade, nós temos principalmente o dimensionamento da nossa equipe, pois com o passar dos anos as pessoas foram saindo e a gente não teve reposição de pessoas, efetivamente trabalhando na vigilância. As pessoas vêm saindo espontaneamente e a gente não tem uma reposição deste pessoal entendeu?"* (Ent3)

*"(...) fomos fazendo treinamento, conhecendo o serviço, mas é o tempo que vai mostrar como funciona, por isso que o pessoal tem que ficar mais tempo na Visa só o tempo vai mostrar como funciona."* (Ent5)

Podemos inferir destes discursos que as ações e serviços prestados pela vigilância sanitária necessitam de um apreender de conhecimentos amplos e profundos que não se adquire num curto período de tempo. São necessários treinamentos e capacitação constantes, além da prática diária para que o profissional adquira segurança plena na execução de suas atividades e que a rotatividade de pessoal, bem como a não reposição daqueles que espontaneamente saem, acaba fragilizando ainda mais o setor.

Sendo assim, o profissional de vigilância sanitária necessita de algum tempo para estar plenamente preparado para o exercício de sua função fiscalizadora. A rotatividade dos profissionais se torna um entrave no processo de

municipalização, pois dificulta o caminhar da equipe municipal na resolutividade das questões sanitárias do município.

Outra questão afluída nos discursos diz respeito à sobrecarga de trabalho. Na percepção dos sujeitos entrevistados, não só a falta de qualificação é vista como problema, como também a quantidade de profissionais revela-se insuficiente; segundo as falas, os funcionários que “resistiram” ao processo se queixam de uma **sobrecarga de trabalho, resultante insuficiência de recursos humanos** potencializado pelo acúmulo de várias funções exercidas na estrutura de saúde do município, ou até mesmo na própria vigilância tendo que executar ações nas mais diversas áreas de atuação.

*“Eu penso que a gente precisaria de mais profissionais pra poder dividir por equipes, **porque tem coisa que a gente é... abriga muita coisa, é muita coisa.**” (Ent1)*

*“**Existe a equipe**, existe uma portaria nomeada pelo Prefeito, assinada, tá comigo lá, **só que eles não assumem**, eles nem têm conhecimento da vigilância; a única pessoa que eu posso dizer pra você que me ajuda lá é a supervisora da vigilância, que sempre o que eu pedi pra ela, ela se dispôs e tem também a enfermeira, as que mais se interessam; o restante é complicado, **é muito difícil de conseguir convencer eles prá tá ajudando a gente.**” (Ent2)*

*“(...) o funcionário que tem lá [em outra secretaria], muitos são igual eu **acumulam mais de dois, três cargos.**” (Ent3)*

*“**A equipe é insuficiente**, eventualmente para as vistorias em consultório odontológico eu tenho o coordenador da Saúde Bucal que ele é treinado pela vigilância sanitária e trabalha junto, se por acaso, eu precisar de mais um nível superior, tem uma enfermeira que ela recebeu treinamento só que ela não fica na vigilância.” (Ent3)*

*“Eu vejo desta forma: **Coisa que não tem solução, eles jogam tudo na vigilância sanitária.**” (Ent4)*



*“É complicado falar, ‘corre’ um pouquinho, porque são três agentes e um farmacêutico e um veterinário.” (Ent5)*

Desta forma, percebe-se claramente que, além da insuficiência de recursos humanos na área, em alguns casos aparece o não compromisso de alguns profissionais para com o trabalho da Visa (equipe “virtual”) e a sobrecarga de trabalho para aqueles que permanecem atuantes na estrutura.

Por fim, quanto aos recursos humanos, as falas deixaram evidente a ausência de uma política formal para a área, colocando a questão como um componente altamente expressivo na problemática de construção de uma vigilância sanitária mais efetiva e resolutiva. Este quadro adverso é potencializado pela quase inexistência de planos de carreira, cargos e salários na gestão de recursos humanos do SUS o que poderá agravar-se, ainda mais, diante das iniciativas de transferência de serviços e pessoal para organizações de direito privado.

### **C) Dificuldades em conseguir apoio de outros órgãos para execução de ações conjuntas:**

Nos discursos dos sujeitos entrevistados, percebemos o quanto ainda se encontram barreiras à concretização da intersetorialidade. Não existe nas estruturas das secretarias municipais de saúde um espaço de construção para execução de ações intersetoriais e interinstitucionais; a falta de uma estrutura formal abre espaço para a informal, nas quais os atores envolvidos buscam integrar-se no “cafezinho”, buscando discutir suas demandas.

Ficou clara a necessidade da “mudança”, demandando novas formas de trabalho e de relação com a população e setores regulados.

As falas ressaltam a “velha queixa” da segregação da área, sua secundarização como se estivesse à parte do sistema, descompartimentalizada dos demais processos de trabalho, isolada inter e intra-setorialmente.

*“Às vezes que nós precisamos desse apoio, deu certo, não foram muitas vezes, foram poucas vezes que isto aconteceu. Eu*

*penso que nesta área vem evoluindo, eu gostaria que estivesse num estágio mais avançado, seria bom pra população e até para os políticos.” (Ent1)*

*“(...) a agricultura deixa a desejar, porque eu tenho problema sério com abate clandestino lá, eles me pegam no pé com isto direto, só que o matadouro nosso não está correto, está irregular. Até estes dias, recentemente, eu respondi para o Promotor, de como está o andamento de lá, mais também não tenho contato outros órgãos ainda, com todos.” (Ent2)*

*“Hoje a tendência dela [vigilância] é se integrar, mas historicamente, a vigilância, pelo que eu vejo desde quando eu entrei, ela sempre foi à parte. Hoje a gente tem percebido, tanto nós da vigilância sanitária quanto os outros órgãos, que não adianta trabalhar sozinho, por isto que eu falo pra você que eu estou tendo que criar alternativas junto com os outros órgãos pra trabalhar, porque o universo de atuação da vigilância só tem aumentado, nossa complexidade de ação só tem aumentado, então eu não posso ficar sozinho achando que eu tenho o ‘rei na barriga’ porque eu sou fiscal e o pessoal da área de epidemiologia achando que são os técnicos e que não precisam prestar contas pra gente, porque hoje em [ município] está tudo muito dissociado.” (Ent3)*

*“É difícil, às vezes eu solicito a presença do [Fulano] da defesa sanitária mais também é sozinho e está atendendo não sei quantos municípios e eu consegui trabalhar em duas ocasiões nestes cinco anos só.” (Ent3)*

*“(...) um conhecer o serviço do outro, hoje a gente conversa de boca na hora do café, mais não é uma coisa técnica. Minha proposta [para secretário] é que se criasse um instrumento técnico, um espaço pra deliberação e nisto [secretário] é bem reticente, [secretário] acha que só vai espalhar o problema de um para o outro e que não vai dar certo. Então eu to fazendo como diz o outro ‘to comendo pelas beiradas’, então às vezes eu sento com outro diretor, bato papo, converso.” (Ent3)*

**“O meio ambiente mesmo ... meio ambiente e vigilância sanitária teriam que estar trabalhando juntos e isto não acontece, porque eles ‘jogam’ o problema pra gente entendeu?(...) eu acho que um pouco a vigilância está meio que sozinha mesmo, você entendeu?”** (Ent4)

**“Eu achei que o estado falhou com a gente, a gente sofreu muito, nesta época em que eu falei pra você que a gente foi desmantelado, que acabaram com nós mesmo lá. A gente muitas vezes ligava, pedindo pra vocês estarem ajudando e isto não foi ...em nenhum momento assim teve uma ajuda.”** (Ent4)

**“Do Ministério Público precisei uma vez, uma reunião com a promotora, ela foi acessível (...) com a Cetesb, não (...) com a Agricultura, não (...) o Ministério Público pede bastante coisa pra gente, a gente faz e eles não vão juntos nunca (...).”** (Ent5)

Podemos perceber que os gestores municipais de vigilância sanitária transmitem uma reflexão que vai ao encontro do que recentemente vem se fortalecendo acerca de sua área de atuação e suas interconexões com outros órgãos, tendo em vista as necessidades de saúde – em seu conceito ampliado – os princípios e diretrizes do SUS e a urgência de se reformular o modelo de atenção, vislumbrando a vigilância como ação de proteção e promoção à saúde, constituindo-se como espaço de construção da cidadania.

#### **D) Desconhecimento da população sobre o que é vigilância sanitária:**

No que diz respeito ao entendimento da população sobre o que é vigilância sanitária, as falas evidenciam **um desconhecimento do papel da Visa**, seus eixos de trabalho, sua importância no contexto das práticas de saúde e a dificuldade de os gestores municipais de Visa em estreitar os laços do setor com a população.

**“A gente pega muito nesta questão da prevenção de doenças e este tema é mais fácil de conversar, devido à questão cultural da cidade, entendeu? Então a gente pra poder entrar nesta conversa, a gente usa este tema ‘prevenção’ (...) parte da população não gosta muito de assumir responsabilidade, elas gostam mais de fazer crítica, parte da população, não todos (...).”** (Ent1)

**“A população é o seguinte, agora eu acredito que nesta gestão tão conhecendo, porque ficou muito tempo parada, como eu te falei há oito anos atrás, a vigilância ficou parada durante todo este tempo, e agora a partir do ano passado a gente começou este trabalho novamente.”**(Ent2)

**“(...) porque nós temos uma pilha enorme de reclamação e uns 20% são brigas de vizinhos, coisa que não deveria ser da vigilância porque isto se resolve com bom senso, se resolve com uma orientação simples, tá? Porque brigam por qualquer coisa ‘cachorro fazendo barulho’, ‘galinha fazendo barulho’, ‘esgoto a céu aberto, esgoto que tá entupido’, ou barulho mesmo, qualquer coisa, um terreno sujo que o ‘cara’ não capinou direito, então, tudo são coisas simples que uma pessoa dentro da Prefeitura treinada que tivesse um pouco de bom senso, vai conversa com ambas as partes, dá notificação, acerta e pronto.”** (Ent3)

**“(...) eu gasto em média dez, doze horas por semana fazendo reclamação, daí pra mais, sendo que eu poderia estar fazendo coisas mais importantes, entendeu? Uma fiscalização um pouco mais minuciosa num estabelecimento, programas de prevenção, treinamentos, coisas que a gente deixa de fazer pra fazer coisas pequenas.”** (Ent3)

**“(...) eu acho que muitas vezes eles [população] vão por briga de vizinho, eles [população] não sabem a importância real da vigilância sanitária, eles [população] acham que a vigilância tem que resolver o problema, muitas vezes de brigas mesmo entre eles, né? E a gente fica no meio mesmo desta briga entre eles.”** (Ent4)

Destas falas, descortina-se um cenário de distanciamento entre a vigilância sanitária e a população, sendo que esta última deveria ser trabalhada no sentido de se constituir numa importante “aliada” da vigilância sanitária, pois as ações desenvolvidas são voltadas para o bem-estar da coletividade visando à promoção e à proteção à saúde, mas o que se vê nas falas ainda é um desconhecimento com relação ao trabalho das equipes de vigilância.

Demonstra que há um grande **desconhecimento do campo de atuação da vigilância sanitária** e a população acaba por procurar o setor para que resolva conflitos pessoais, como “brigas de vizinhos”, criando uma demanda muito grande de reclamações, gerando uma sobrecarga de trabalho totalmente desnecessária. Não entendem o papel da Visa e acabam por criticá-la deixando de estabelecer o nexo de que suas ações se revertem em benefício da coletividade e são destinadas à promoção e proteção da sociedade.

#### **E) Desconhecimento e ausência de espaço para expor as questões de vigilância nos Conselhos Municipais de Saúde:**

Observa-se que **a vigilância sanitária não é pauta das discussões dos mecanismos de participação e controle social**, que as questões da vigilância não se destacam entre as prioridades a serem pontuadas junto aos Conselhos Municipais de Saúde.

*“O atual conselho de saúde está em formação, portanto **eles não têm muito conhecimento a respeito da vigilância sanitária**, e eu penso que tem sido difícil de arrumar as pessoas para comporem o conselho (...) Eu fazia parte do Conselho anterior e **se discutia muito pouco de vigilância sanitária.**” (Ent1)*

*“O **secretário de saúde** outro dia me chamou na sala dele e me falou o seguinte, **se eu queria participar do conselho**, eu falei que sim, só que depende do horário, **ficou pra mim decidir se eu vou fazer parte do conselho.**” (Ent2)*

**“Zero! hoje em dia zero! Há quatro anos atrás, eu ainda tive alguma participação no Conselho, mas como convidado pra explicar alguns aspectos. (...) eu acho que vai ser muito difícil eu chegar pra [secretario] e falar pra[secretario]- ‘olha eu quero um espaço no conselho pra poder falar dos meus problemas’, porque ninguém gosta de falar de suas fragilidades; então na cultura que a gente tem hoje, a cultura empresarial, assim digamos da nossa empresa que é a nossa Prefeitura a gente ainda está varrendo sujeira pra debaixo do tapete, esta deixando de discutir coisas importantes. ”** (Ent3)

**“Não... não... não... não se toca em assunto de vigilância. [no Conselho Municipal de Saúde]”** (Ent4)

**“Já fomos convidados para as reuniões do Conselho, eles abrangem questões na hora, estão ali colocando uma questão, a gente expõe o que é Visa, onde está sendo utilizada. (...) Participamos só quando tem alguma coisa ligada à Visa.”** (Ent5)

Podemos observar pelas falas que o espaço de construção da cidadania constituído pelos **Conselhos Municipais de Saúde**, obrigatório para validação das políticas de saúde do município, não é aproveitado devidamente pelos gestores municipais da Visa como uma oportunidade de difundir o conhecimento da importância das ações executadas pelo setor e de seu papel dentro da estrutura de saúde do município. Também há resistência em se colocar em discussão os problemas sanitários existentes no município, preferindo-se **“varrer a sujeira pra debaixo do tapete”**.

#### **F) Ausência de gerência sobre os recursos financeiros da vigilância sanitária:**

Em suas falas, os gestores municipais da Visa demonstraram que, embora alguns tenham conhecimento dos valores, nenhum deles detém a **gerência dos recursos destinados à vigilância**.

**“Conhecimento eu tenho, [do montante de recursos financeiros] agora liberdade [de geri-los] não, liberdade, não.”** (Ent1)

**“Sim eu tenho conhecimento do valor, eu sempre pego lá no site, com o Secretário da Saúde. (...) pra gente estar usando este dinheiro e eu procuro sempre quando tem alguma coisa pra fazer, alguma coisa que falta, falta material ou algum equipamento, eu brigo com eles, mando ofício, reclamo pro Secretário da Saúde e peço que use este dinheiro.”** (Ent2)

**“Conhecimento eu tenho, a gente tem. O ano passado a gente arrecadou aproximadamente em torno de R\$54.000,00. Agora o gerenciamento, isto eu já não tenho.”** (Ent3)

**“Nas gestões passadas não, a gente nunca teve [conhecimento dos recursos financeiros] a gente nunca ficou sabendo no que gastava, nesta a gente já tem, essas condições que eu falei pra você que eles [Secretário, Prefeito] estavam dando pra gente foi tudo através destes recursos, e a gente sempre está olhando a conta. É a própria secretária, isto a gente já não sabe [como gasta e quem gerencia os recursos].”** (Ent4)

**“Não tenho conhecimento, é um erro nosso (...) a própria secretaria da saúde que pega esta verba e trabalha (...) se precisa de uma peça para o carro, estão colocando, se precisa de equipamento, não é assim tão fácil, precisa ir lá e convencer o pessoal.”** (Ent5)

Ficou evidente que nenhum dos gestores municipais detém autonomia sobre a gerência dos recursos financeiros destinados à vigilância sanitária, que apenas sabem da existência de financiamento para o setor e quando necessitam de infra-estrutura acabam tendo que solicitar ao secretário municipal a aquisição do material e equipamentos para a área.

Aparece também, que nem sempre os recursos financeiros são aplicados na própria área, o que, pelas falas, denota-se em situações estressantes para os gestores municipais das Visas que não encontram facilidade no atendimento de suas necessidades.

Outra vertente, que se desdobra pela ausência de gerenciamento dos recursos financeiros pelos gestores municipais da Visa, aponta a **dificuldade e desvios em relação à infra-estrutura dos serviços comprometendo a execução das ações.**

Destacam os entrevistados a dificuldade em ter um veículo próprio para a Visa, sendo o uso compartilhado com outros setores e, como a vigilância é secundária, o uso do mesmo será sempre disponibilizado quando outro setor não estiver utilizando o carro.

Um dos depoimentos aponta até a **utilização do veículo** compartilhado com o Prefeito do município e a ironia dos colegas de trabalho que chegam a fazer “piadinhas” com o gestor da vigilância devido à insistência do mesmo na aquisição de um veículo exclusivo para o setor.

*“(...) nós **não tínhamos há anos, lutamos aí pra adquirir um veículo melhor e estamos conseguindo, mais é parece que agora já fizeram licitação, agora a gente vai ter um veículo melhor aí (...) este carro vai ser do departamento de saúde coletiva, envolve a vigilância sanitária e a epidemiológica e a SUCEN.**” (Ent1)*

*“(...) no caso lá também **tem o problema de carro**, faz tempo que o carro da vigilância sanitária tá na Epidemiológica, só que **este carro está com o Prefeito**, ele trabalha com este carro (...) porque **tem outras coisas que é prioridade pra eles**, daí eles trabalham com o carro da vigilância e **acabam comprometendo um pouco o nosso serviço**, com isso, fica muito prejudicada com relação ao carro, porque a vigilância depende do carro (...) segundo o Prefeito e o Vice-Prefeito, eles vão comprar um carro para o Prefeito municipal e eles vão devolver esse para vigilância sanitária (...) é... a gente, **eu fico desanimado porque o serviço não anda e acaba tendo desgosto no serviço (...)** com relação ao carro até **virou ‘piadinha’ no Centro de Saúde** porque como várias vezes eles [Prefeito, Vice-Prefeito] **falaram a mesma história é... estes dias inclusive tiraram uma foto do carro, imprimiram e me deram lá a foto e disseram: Oh! [Fulano], já que é o carro o seu problema, toma o carro, agora***



*você pode trabalhar, **toma esta 'fotinha' e leva pra você. Imagine se tem cabimento um negócio desses.***" (Ent2)

*"(...) **algumas coisas que a gente pede a gente tem, temos computadores bons, com internet, mas, por exemplo, o meu carro que eu **to precisando trocar eu não consegui ainda.****"* (Ent3)

Enfim, percebe-se claramente que o não gerenciamento dos recursos acaba por causar uma fragilidade no setor, prejudicando a infra-estrutura e, conseqüentemente, o desenvolvimento das ações.

Sabemos que, para a execução das ações de vigilância sanitária, necessário se faz, além do aporte técnico com recursos humanos capacitados, um suporte operacional que compreende desde recursos tecnológicos, como a informatização do setor, até equipamentos para o desenvolvimento das ações fiscalizatórias e veículos para a locomoção da equipe.

Sem uma infra-estrutura organizada, as ações de vigilância ficam comprometidas, os recursos financeiros constituem um dos elementos estruturantes do setor, portanto, devem ser usados para prover o aporte necessário para o desenvolvimento das ações sanitárias e aplicados na própria área.

Procuramos apresentar neste trabalho, um recorte atual do processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, sob o ponto de vista de um conjunto de seus gestores municipais, bem como os determinantes técnicos, políticos e administrativos que configuraram o processo, vislumbrando a área como componente do Sistema Único de Saúde.

Desta feita, evidenciaram-se vários conflitos, caminhos e principalmente descaminhos da vigilância sanitária no processo de municipalização de suas ações, sendo possível fazer inferências a partir da interpretação das falas dos cinco gestores municipais da área, levando à percepção clara que muito ainda há por ser feito no sentido de construção de um sistema de vigilância sanitária mais efetivo, voltado para a promoção do bem-estar da população.

O desenvolvimento das ações de vigilância sanitária nos municípios, objeto deste estudo, mostrou-se comprometido diante da figura da **ingerência dos agentes políticos** municipais (prefeitos, vice-prefeitos e vereadores), que priorizam interesses individuais do setor regulado em detrimento do interesse coletivo e das normas sanitárias de promoção e proteção à saúde, desconhecendo os objetivos da Visa e sua importância como componente do SUS.

Estas influências são prejudiciais ao bom desempenho dos serviços, fragilizando a autonomia decisória dos profissionais da Visa sobre as questões técnicas do setor.

Neste sentido, verificou-se que os profissionais da vigilância sofrem pressões e tráfico de influências dos agentes políticos locais para: amenizar a aplicação da legislação sanitária aos infratores; liberar licenças de funcionamento sem que todas as normas tenham sido atendidas; privilegiar esta ou aquela empresa, tornando-os vulneráveis ao “poder local”, além de sentirem-se perseguidos.

Resultam desta contradição, equipes de vigilância desmotivadas e desanimadas em decorrência dos conflitos advindos da ingerência “política” indevida, com sentimentos de inferioridade, ocasionando dificuldades para integração de novos ou outros membros das secretarias municipais de saúde à equipe da Visa.

Constatamos que, verdadeiramente, o sistema nacional de vigilância sanitária ainda não se encontra efetivado como um conjunto articulado entre as três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Observou-se a descoordenação de ações e uma fragmentação e compartimentalização do setor, comprometendo a eficácia na fase de execução no nível municipal onde as estruturas demonstraram uma maior vulnerabilidade aos micropoderes locais.

Os municípios acabam por gerenciar de forma solitária os conflitos e dificuldades, advindos com o processo de municipalização, buscando soluções próprias para o funcionamento das estruturas locais. Uma das alternativas para superar as limitações técnicas e administrativas, principalmente em municípios de pequeno porte, seria a formação de consórcios intermunicipais, com constituição de equipes e infra-estrutura técnica comuns. Isto poderia inclusive tornar as equipes menos vulneráveis as mencionadas ingerências dos poderes políticos de cada um dos municípios isoladamente.

A vigilância sanitária, ao regular o processo produtivo, atuando diretamente na produção e circulação de bens e serviços, acaba por interferir na economia de mercado, o que muitas vezes pode gerar um acréscimo nos custos operacionais de produção, decorrentes da necessidade de se reorganizar o processo, buscando o controle e a garantia de qualidade dos produtos que serão disponibilizadas à população. Isto se dá pelo próprio caráter das ações de vigilância, que se encontram embasadas na defesa da coletividade, aplicando-se leis e regulamentos sanitários para este fim, o que muitas vezes pode vir a ferir interesses particulares do setor regulado.

Este seria o nó crítico da execução das ações de vigilância sanitária, onde as equipes municipais fragilizadas no processo não se apoderam da “autoridade sanitária” que lhes é pertinente, trabalhando basicamente na resolução de demandas pontuais advindas de denúncias e reclamações.

Esta constatação vem ao encontro do que foi observado por Beloni (2002, p. 101.): “formalmente, a vigilância sanitária deve defender a saúde da população, aplicando normas e regulamentos fundamentados em instrumentos referenciais de natureza técnico-legal. Na prática, entretanto, encontra dificuldades

de implementá-los, especialmente em situações de crise econômica, em que indivíduos e empresas de todo porte e ramos de atividade perseguem a redução de custos, e para isso, descumprem, muitas vezes, as ‘boas práticas’ de fabricação, manipulação e prestação de serviços”.

Fazendo um paralelo ao sistema econômico hegemônico, verificamos quão forte é sua lógica, ou seja, a palavra de ordem do sistema capitalista, desde as suas origens, é a acumulação do capital. Idéia difundida amplamente no “desenvolvimento ilimitado da produção e das forças produtivas” como norma natural e objetivo principal da vida humana. Daí resulta o descaso dos detentores do “poder” em relação às ações preconizadas pela vigilância sanitária (PIGNATI, 2007).

A vigilância sanitária deveria ser entendida como um espaço de intervenção do Estado, na defesa do interesse coletivo perante o interesse individual, tendo como missão adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, ambientes e trabalho, às demandas da sociedade, visando à proteção, promoção e prevenção à saúde.

Compartilhando o pensamento de PIGNATI (2007), indagamos: Será isto possível? O mundo atual encontra-se envolto num perigo iminente expressado pelas ameaças globais tais como uma guerra químico/nuclear, convivemos com as mudanças climáticas motivadas pelo aumento da temperatura da Terra, pandemias de animais transmitidas aos humanos, poluição da água, do ar, do solo e dos alimentos. Enfim, nosso planeta está doente e uma das causas disto é a industrialização e o consumo desenfreados, colocando em risco a humanidade.

Esta dicotomia entre os interesses coletivos e individuais, muitas vezes, é a raiz dos conflitos gerados na execução das ações de vigilância, ou seja, o interesse sanitário contrapondo-se à busca do lucro pelas empresas, a lógica do capitalismo, da globalização, causando dificuldades no relacionamento com o setor regulado.

Podemos inferir que o velho paradigma que permeia a tradição centralizadora do país ainda se faz presente, demonstrando a fragilidade do poder público municipal e a menor condição de resistência à ação de grupos de interesses do setor produtivo, gerando muitas vezes uma esquiva das autoridades

sanitárias locais da assunção e execução das ações de vigilância sanitária que possam gerar um grau elevado de conflitos.

No presente estudo, pudemos verificar que mesmo nos pequenos municípios, onde se instalam em sua maioria empresas de porte reduzido, os conflitos surgem no cotidiano dos profissionais de vigilância e se agravam pelo fato da proximidade e facilidade de acesso do setor regulado aos agentes políticos locais, ocasionando as pressões e o tráfico de influências.

Isto demonstra a necessidade de fortalecimento das estruturas municipais de vigilância sanitária, permitindo-lhes uma maior autonomia diante dos micropoderes locais, reafirmando assim sua importância enquanto componente do SUS.

Os questionamentos apresentados por PIGNATI (2007) em sua tese intitulada “Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso” podem se repetir aqui com bastante propriedade: Será que ficaremos à mercê do capital em detrimento da valorização da vida? Refém dos poderes financeiros e comerciais? São questões que não requerem respostas imediatas, mas que exigem debate, reflexão e ação, de modo a orientar o fim da degradação ambiental e da saúde.

Para dar uma maior autonomia aos profissionais de vigilância sanitária municipais, como umas das possíveis soluções, os gestores municipais, sugerem que a estrutura da Visa deveria ser autárquica ou se encontrar fora da estrutura da saúde local, o que a nosso ver fere frontalmente os princípios do SUS, já que esta proposta reforça a fragmentação do setor.

Com a municipalização de forma verticalizada, sem o aporte financeiro e operacional necessário, evidenciou-se a existência de uma **desvalorização da vigilância sanitária dentro da estrutura de saúde do município** pelos gestores e agentes políticos locais.

Neste aspecto, aflora uma sensação de que o setor se encontra numa posição secundária na estrutura de saúde municipal, demonstrando que o processo de municipalização da vigilância sanitária não transcorreu na mesma

velocidade e profundidade do que aquele das ações assistenciais. Isto acaba por dificultar a execução das metas pactuadas, uma vez que o modelo hegemônico de atenção à saúde prioriza as ações curativas e assistenciais, secundarizando as ações de caráter coletivo, de promoção e prevenção da saúde, nas quais se enquadra a vigilância sanitária.

Sabemos que a vigilância sanitária deve caminhar seguindo os princípios que regem o SUS, buscando na atenção à saúde, alcançar a universalidade, equidade e integralidade, na gestão e nas ações, deixando de atuar de forma dissociada do sistema. A atuação compartimentalizada dificulta a efetividade das ações propostas para vigilância sanitária, enfraquecendo-a dentro da estrutura municipal de saúde.

Para o fortalecimento da área, os princípios e diretrizes do SUS devem estar permanentemente presentes.

Esta vertente do processo de municipalização reforça a dedução de que, para os agentes políticos locais e secretários municipais de saúde, a área é pouco atrativa para que a queiram sob gestão local preferindo focar as políticas de saúde nas ações assistenciais voltadas para a cura do que para as preventivas como no caso das ações de vigilância sanitária.

Também se descortina no presente estudo a grave questão que permeia **a ausência de uma política de recursos humanos para o setor**, o que ocasiona a falta de profissionais em quantidade e qualidade, ausência de planos de carreira, baixos salários, além da inexistência de programas de capacitação permanente.

A rotatividade dos componentes das equipes compromete a qualidade dos serviços prestados pela vigilância sanitária, pois, além do conhecimento técnico, o profissional de vigilância sanitária tem de se apropriar de um saber administrativo para que possa utilizar-se dos instrumentos que compõem os processos administrativos derivados do poder de polícia.

A delegação de competência chamada responsabilidade sanitária, decorre das normas específicas do direito sanitário. A legislação prevê a observação de diversos deveres por parte do setor regulado e sua violação caracteriza uma infração sujeita a sanções.

Esta questão importante e preocupante influencia o **perfil dos profissionais** contratados para compor as equipes municipais de vigilância sanitária, demonstrando a baixa qualificação dos mesmos, a rotatividade dos componentes da equipe, o desestímulo e desmotivação dos profissionais, associados à ausência de um plano de carreira, ao estigma do setor como uma área de trabalho permeada por relações conflituosas decorrentes do exercício do poder de polícia administrativo.

Outra situação marcante que abala o processo de municipalização, especialmente em municípios de pequeno porte, é o fato de os profissionais da vigilância conviverem com os moradores, dificultando a aplicação da legislação sanitária, pois formam-se laços de amizade que muitas vezes acabam por “despir” os fiscais da chamada “autoridade sanitária”, ficando a equipe desacreditada perante a população e o setor regulado. Isto é potencializado pela já referida “ingerência política”, pois estes “batem direto à porta” do Prefeito para obstar ou minimizar a atuação da Visa.

A estratégia desenvolvida pelos gestores municipais da vigilância sanitária na tentativa de contornar este problema e implementar o trabalho da equipe se dá pela priorização de ações educativas, utilizando-se de instrumentos orientadores e somente como última alternativa a atuação dos estabelecimentos.

Vale ressaltar que a Visa sempre teve um caráter punitivo, controlador e regulador e sua história em nosso país vem atrelada ao conceito de “polícia sanitária”, marcada por ações impositivas e autoritárias, o que contribui para o estigma em relação à área. Esta estratégia adotada pelas Visas municipais, se encontra voltada à tentativa de reverter esta imagem, induzindo a uma estruturação da vigilância como parceira da população, com ações educativas, desenvolvimento de treinamentos, palestras e orientações ao setor regulado.

Esta metodologia de trabalho pode muitas vezes se tornar preocupante, pois a intervenção da vigilância sanitária no setor regulado deve ser acompanhada de uma avaliação do chamado conceito de “risco sanitário”. Esta associação ao “risco” decorre da determinação legal que a vigilância tem de regulamentar, fiscalizar e controlar a produção e circulação de bens e a prestação de serviços de interesse à saúde.

Assim sendo, todo o aparato de instrumentos legais disponíveis aos profissionais da vigilância sanitária no exercício de suas funções, inclusive os de caráter punitivo, devem ser utilizados quando necessários visando prioritariamente à promoção, proteção ou recuperação da saúde da população, para não centrar forças somente em ações educativas.

Historicamente, sabe-se que as instâncias governamentais de caráter executivo, quer de natureza federal, estadual ou municipal, pouco têm feito para atender a um campo tão importante como é o da **participação dos cidadãos como forma de controle social**, a despeito de inúmeras normas legais relacionadas ao setor.

Os conselhos de saúde foram definidos como órgãos de controle social do SUS, junto com as Conferências de Saúde, sendo que seus membros deveriam se responsabilizar pela formulação e acompanhamento da política de saúde e solução de impasses na esfera municipal; nesse contexto o estreitamento das relações com estes atores pelo gestor da vigilância sanitária seria de extrema importância para o fortalecimento do setor.

Preliminarmente, tal expectativa encontra-se limitada pela própria fragilidade dos conselhos constituídos na maioria dos serviços e entes federados, decorrente do despreparo dos conselheiros, da precariedade ou ausência do suporte técnico necessário e da limitada transferência de problemas relevantes e poder decisório por parte dos gestores.

Este quadro adverso se agrava no que se refere aos assuntos afetos a vigilância sanitária. Vimos neste estudo, a não participação do gestor municipal da



Visa nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, não discutindo vigilância sanitária neste espaço. Muito embora alguns gestores até tenham demonstrado vontade de fazê-lo, acabaram sendo impedidos ou desestimulados pelos secretários municipais que não priorizavam as questões de vigilância sanitária, secundarizando o setor também no processo de construção das políticas de saúde do município.

Nessa perspectiva, se faz necessário que a vigilância sanitária possa galgar um novo *status* perante a sociedade, já que suas ações fazem parte do processo de construção da cidadania com vistas à promoção à saúde da população.

Fica claro que a parceria com a sociedade é fundamental para quebra deste paradigma entre o velho e o novo conceito de vigilância sanitária, para concretização de suas ações e fortalecimento do setor. A população deve enxergar na vigilância sanitária ações de defesa do consumidor contra riscos reais ou potenciais dos produtos e serviços, colocados a sua disposição garantido a qualidade do que circula no mercado de consumo.

Acreditamos que, para um maior fortalecimento das equipes municipais, uma das estratégias mais salutares que os gestores deveriam adotar seria a execução das ações de forma **intersectorial** e **interinstitucional**.

Infelizmente descortinamos no presente estudo o quanto esta intersectorialidade ainda é inexistente ou pouco fomentada nas estruturas municipais. Alguns gestores até demonstraram interesse nesta articulação, mas acabam não encontrando apoio dos secretários municipais, sob alegação de que isso “*só vai espalhar o problema de um para o outro*”.

Outra fragilidade apontada é a **não gerência sobre os recursos financeiros** repassados ao Fundo Municipal de Saúde, bem como dos valores arrecadados por meio da cobrança de taxas e multas sanitárias, que deveriam ser utilizados para estruturar os serviços de vigilância sanitária locais.

Muito embora alguns gestores municipais tenham declarado conhecer a existência do financiamento para a área de vigilância, o fato de os mesmos não gerenciarem os recursos traz dificuldades operacionais para aquisição de equipamentos e investimentos na infra-estrutura do setor, prejudicando o desenvolvimento das ações.

Com a implantação do Pacto pela Saúde, a partir de 2006, o financiamento para a vigilância sanitária vem sendo reestruturado, inserido no bloco denominado de vigilância em saúde, o qual tem dois componentes: a) vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e b) vigilância sanitária. Daí a importância de as vigilâncias municipais terem claramente definido seu papel na estrutura de saúde do município, pressupondo um planejamento bem elaborado com a finalidade de garantia de recursos deste bloco para a execução de suas ações.

Sabemos que existem dificuldades no processo de municipalização e que surgem cotidianamente percalços, muitas vezes inesperados, que interferem negativamente na organização dos serviços e na execução das ações.

Estes descaminhos do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária devem ser fortemente combatidos com a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sugerimos que sejam pensadas estratégias tais como: implementar a supervisão e auditorias das equipes estaduais junto aos serviços municipais; organizar inspeções conjuntas das equipes de diferentes municípios agregados em microrregiões; implementar ações educativas junto à população tornando-a um parceiro da vigilância; instituir ouvidorias como espaço de exercício da cidadania e aproximação da sociedade junto à vigilância; assegurar o financiamento para execução das ações.

Enfim, concluímos que a municipalização das ações de vigilância sanitária foi limitada, não acompanhando o ritmo do processo de Reforma Sanitária empreendido no país nas últimas décadas. Há um longo caminho a ser percorrido para garantir o fortalecimento e a efetividade das ações de vigilância sanitária com o comprometimento dos agentes políticos e gestores municipais, como forma efetiva de proteção à saúde da população.

Mostrou-se que as estruturas municipais se encontram despreparadas e pouco eficientes na solução das questões afetas à vigilância sanitária; que há um favorecimento às empresas privilegiadas pelo poder político local. Também não há um envolvimento da população, e das instituições de controle social (conselho de saúde, sindicatos), o que contribui para a secundarização da área na estrutura municipal de saúde.

Enfim, o capital ainda prevalece em detrimento da promoção à saúde humana.

ALMEIDA, E.S. **Contribuição à Implantação do SUS**: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93.1995. 258f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARDIN, I. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BELONI, M. **Municipalização das ações de vigilância sanitária em Marília, São Paulo**. 2002.130f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

BUENO, E. **À sua saúde: a vigilância sanitária na História do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005. 208p.

BUENO, E. **À sua saúde: a vigilância sanitária na História do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005. 208p. Resenha de TAVARES, C. Anvisa-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. Resenha disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acesso em: 13 de junho 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva 1988. 48p.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a. Seção 1.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. 29 de dezembro de 1990b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica - SUS 92. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de fevereiro de 1992. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria 545 de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – 93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993. Seção 1, p.96.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB -96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996. Seção 1.

---

\*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22p.

BIOSIS. **Serial sources for the BIOSIS preview database**. Philadelphia, 1996. 468p

\*VOLPATO, E.S.; SILVA, R.C.; PIZZANI, L. **Manual de apresentação de trabalho científico**: tese, dissertação e monografia. Botucatu: Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação, 2003. 28p.

BRASIL. Lei 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999. Seção 1. p.1-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de janeiro de 2001. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bases para pactuação do termo de ajustes e metas**. Vigilância Sanitária: descentralização com equidade no custeio, Brasília. Brasília, 2003. 18p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria 2473/GM, de 29 de dezembro de 2003, Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de dezembro de 2004, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº11107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de serviços públicos e dá outras providências, **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 de abril de 2005, Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Questões atuais de direito sanitário**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, Editora do Ministério da Saúde, 2006a.202p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília, 2006b. 228p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em saúde Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília, 2006c.132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, com definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de fevereiro de 2006d, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº698, de 30 de março de 2006, que regulamenta o financiamento do Pacto pela Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de março de 2006e, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº.699, de 03 de abril de 2006, que regulamenta as diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de abril de 2006f, Seção 1.

BRASIL. **Nota Técnica** Conass, Assistencial, Programação Pactuada e Integrada, Contratação de serviços no SUS, entre outros. Brasília, 03 de maio de 2006g.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA**. Brasília, 2007a. 55p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2002**. PIB dos municípios revela concentração e desigualdades na geração de renda. Disponível em [http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=354](http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=354). 2007b. Acesso em 10 de dezembro de 2007.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 319-328, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S14138123200100020004&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S14138123200100020004&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 23 de fevereiro de 2007.

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária e a saúde do consumidor. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. cap.17, p.443-476.

COSTA, E.A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. 460p.

COSTA, E.A; ROSENFELD, S. **Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. Fundamentos da Vigilância Sanitária** (S.Rosenfeld, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. pp. 15-40

CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. pt. 2, cap. 1, p. 77-87.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório Final Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. 21p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 1, 2001, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Anvisa, 2001. 159p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 12, 2003, Brasília. **Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**. Brasília, 2003. 228p.

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. cap.2, p. 31-50.

DOCUMENTO BASE: **proposta para implantação de Agência de Promoção e Proteção da Saúde com sede em Botucatu**. Botucatu, 2003.

EDUARDO, M.B.P. **Vigilância Sanitária**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. 460 p. (Série Saúde & Cidadania).

ELIAS, P.E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Rev. Saúde Sociedade**, v.5, n.2, p.17-33, 1996.

ESCODA, M.S.Q. **Dimensões de Vigilância Sanitária**. 2005. Disponível em: [www.ufrnet.br/~scorpius/398-dimensões%20de%20vigilância%20sanitaria.htm](http://www.ufrnet.br/~scorpius/398-dimensões%20de%20vigilância%20sanitaria.htm) Acesso em: 26 ago. 2007.

GAWRYSSEWSKI, V. Reorganização dos serviços de saúde: algumas considerações acerca da relação entre a descentralização, autonomia local e a participação do cidadão. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.2, p. 210-215, 1993.

GUIMARÃES, M.C.L. **Debata sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico.** Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2002/piovesmfm/capa.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2007.

GOUVEIA, R. **Saúde Pública Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde.** São Paulo: Mandacaru, 2000. 223p.

JULIANO, I.A.; ASSIS, M.M.A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p. 493-505, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000200025&lng=pt&nm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000200025&lng=pt&nm=iso). Acesso em: 16 fev. 2007.

LAURELL, A.C. **Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo** In\_\_\_\_\_ Estado Y políticas sociales em el neoliberalismo.México: Friedrich Ebert Stiftung, 1992, p.125-146.

LOBO, M.T. Política social e descentralização: a experiência do BNDES/FINSOCIAL após 1985.In:\_\_\_\_\_. **Projeto: A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização.** Brasília: Cepal, 1989, v.3,p.481-534.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil.** 2001. 245f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Rio de Janeiro.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In:\_\_\_\_\_ **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. cap.2, p.11-24.

MARQUES, M.C.C.; CARVALHO, M.L.; SILVEIRA, D.; CASTRO,P.C.; IBAÑEZ, N. **Vigilância Sanitária: teoria e prática.** São Carlos: Rima, 2006. 214p.

MARQUES, R.M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cad. Saúde Pública**, v.18, supl., p. S163-S171, 2002.

MOTTIN, M.L. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul.** 1999. 159f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7.ed. São Paulo: Ucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269p.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413). Acesso em: 14 de fevereiro de 2007.

PIGNATI, A.W. **Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso**. 2007. ICD, Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

PIOVESAN, M.F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <portaldes.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\_cover&id=000098&lng=pt&nrm=iso - 11k -, 2002>. Acesso em: 23 ago. 2007.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. **Consórcios Municipais no SUS**. Disponível em PDF em: [http://www.google.com/search?q=cache:\\_Y4oaQ8xTbEJ:www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_99/td\\_669.pdf+Cons%C3%B3rcios+Municipais+SUS+Ribeiro&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br&lr=lang\\_pt&ie=UTF-8](http://www.google.com/search?q=cache:_Y4oaQ8xTbEJ:www.ipea.gov.br/pub/td/td_99/td_669.pdf+Cons%C3%B3rcios+Municipais+SUS+Ribeiro&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br&lr=lang_pt&ie=UTF-8)

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.8, n.4, p.242-249, 2000. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10204989200000900003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989200000900003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 Maio 2007.

SANTOS, E.M.; ESCODA, M.S.Q. **Vigilância Sanitária: um histórico e um locus**. Separata de Monografia, Curso de Especialização em Gerência de Serviços Básicos de Saúde, OPS/UFRN/NESC, 2003 e XII CONASEMS, Natal, 2004, Disponível em: <[www.ufrnet.br/~scorpius/302-vigilancia%20 %20Historico.htm-77K](http://www.ufrnet.br/~scorpius/302-vigilancia%20%20Historico.htm-77K)>. Acesso em: 31 maio 2007.

SANTOS, N.R. Governabilidade na saúde. **Saúde em Debate**, n.34, p.4-22, 1992.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 26.048 de 15 de outubro de 1986. Dispõe sobre a criação do Centro de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1986, Seção1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 28.410 de 20 de maio de 1988. Dispõe sobre o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 21 de maio de 1988. Seção1.

SÃO PAULO (Estado) Código Sanitário Estadual. Lei nº.10083,10145 de 1998. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 21 de maio de 1998a. Seção1.

SÃO PAULO. Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania. Lei n. 10.177, de 30 de dezembro de 1998. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Estadual. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 31 de dezembro de 1998b, Seção 1.



SÃO PAULO. (Estado). Deliberação CIB- 54 – 2000 Dispõe sobre os critérios de repasse financeiro para as ações de vigilância sanitária. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 14 de novembro de 2000,v.110, nº118, Seção 1.

SÃO PAULO. (Estado). Deliberação CIB- 44, de 06 de maio de 2004, Dispõe sobre os critérios para repactuação dos municípios habilitados pela deliberação CIB 54-00. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 18 de maio de 2004a,v.114, nº93, Seção 1.

SÃO PAULO. (Estado). Deliberação CIB- 45 – 2004 Altera os enquadramentos definidos pela deliberação CIB 54-00 para as ações de vigilância sanitária. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 15 de maio de 2004b,v.114, nº92, Seção 1.

SÃO PAULO. (Estado). Decreto Estadual nº 49.343, de 24 de janeiro de 2005. Dispõe sobre as coordenadorias da secretaria da saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 25 de janeiro de 2005, Seção 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 51.307, de 27 de novembro de 2006. Transfere os Grupos de Vigilância Epidemiológica e os Grupos de Vigilância Sanitária para a Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria da Saúde, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 28 de novembro de 2006a, Seção 1

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, 29 de dezembro de 2006b.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados. **Informações dos municípios paulistas**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>> Acesso em: abr. 2007.

SILVA, J.A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22. ed. São Paulo Malheiros, 2003. p.878.

SCLIAR, M. in BUENO, E. **À sua saúde: A vigilância sanitária na História do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005. 208p.

SOARES, L.T.R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil**. Trabalho apresentado no Seminário “El ajuste estructural em América Latina. Costos sociales y alternativas”. Porto Alegre, 2000, disponível em [bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/sader/cap.08.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/sader/cap.08.pdf). Acesso em 31 de maio de 2007.

SPINK, M.J.P. The concept of social representations in social psychology. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Maio 2007.

STUCHI M.L.R. **Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo**, disponível em PDF em [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos\\_tecnicos/estudos\\_analises/consorcios\\_intermunicipais%5Bmaria\\_luiza%5D.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/consorcios_intermunicipais%5Bmaria_luiza%5D.pdf). 2007. Acesso em 10 de dezembro de 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TEIXEIRA, S.M.F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Rev. Adm. Pública**, v.2, p.78-99, 1992.

TEIXEIRA, F.C.; PAIM S.J.; VILAS BOAS L.A. SUS: Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiológico. SUS**, v.7, n.2, p.7-28, 1998.

---

***ANEXOS***

---

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

---

Botucatu, 03 de outubro de 2.005

OF. 319/2005-CEP

*Ilustríssimo Senhor  
Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior  
Departamento de Saúde Pública  
Faculdade de Medicina de Botucatu*

*Prezado Prof. Caldas.*

*De ordem da Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: “Um enfoque para construção do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária no contexto da descentralização do SUS”, de autoria de Lilyan Cristina Rocha Michaloski, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/10/2005.*

*Situação do Projeto: APROVADO.*

*Atenciosamente,*

*Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP*

## ANEXO 2 – JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO DE TÍTULO

**unesp**

DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

CÂMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA

Seção de Pós-Graduação

Fls. ....  
Proc. ....  
Rub. ....

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

### JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Um enfoque para construção do sistema municipal de Vigilância Sanitária no contexto da descentralização do SUS"

aprovado pelo CEP em 03/10/2005 teve seu título alterado para "Caminhos

e (Des) Caminhos da Descentralização da Vigilância Sanitária em municípios do interior do Estado de São Paulo", sem

nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 14 / 12 / 2007

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) .....

*Carlyson Cristina Rocha Michaliski*

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) .....

*Valdeir*

Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva .....

✓ Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo



### **ANEXO 3 - ROTEIRO DA ENTREVISTA**

- 1) Qual a importância da vigilância sanitária na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde?
- 2) Fale sobre a autonomia para executar as ações de vigilância sanitária.
- 3) Nas atividades que são desenvolvidas/planejadas pela vigilância há envolvimento de outros órgãos?
- 4) Facilidades e dificuldades no desenvolvimento dos trabalhos vigilância sanitária municipal com relação a:
  - a) dinâmica dentro da equipe
  - b) secretaria da saúde
  - c) administração pública e agentes públicos
  - d) setor regulado
  - e) população em geral
- 5) Como é a participação do controle social na vigilância sanitária?

<b>UNIVERSO DE ATUAÇÃO MUNICIPAL SEGUNDO A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	<b>FL. A</b>
---	--------------

**- RESUMO QUANTITATIVO -**

VER INSTRUÇÕES, ANTES DE PREENCHER O QUADRO ABAIXO

Legenda:

T = Nº total de estabelecimento; F = Nº mínimo de inspeções definido pelo município por tipo de estabelecimento/ano; M = Meta anual (TxF)

<b>COMPLEXIDADE BÁSICA</b>	<b>T<sub>B</sub></b>	<b>F<sub>b</sub></b>	<b>M<sub>b</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	29	1	29
13 - COMÉRCIO ATACADISTA DE ALIMENTOS	31	1	31
20 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS	565	1	565
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	22	1	22
22 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS	-	-	-
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	52	1	52
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	20	1	20
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	13	1	13
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS COM COMPLEXIDADE BÁSICA (Mb)</b>			<b>732</b>

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>M</sub></b>	<b>F<sub>m</sub></b>	<b>M<sub>m</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	26	2	52
02 - INDÚSTRIA DE ÁGUA MINERAL	-	-	-
04 - INDÚSTRIA DE EMBALAGENS DE ALIMENTOS	02	2	04
12 - DEPÓSITO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE	-	-	-
14 - COMÉRCIO ATACADISTA DE CORRELATOS	-	-	-
15 - COMÉRCIO ATACADISTA DE COSMÉTICOS, PROD. DE HIGIENE E PERFUMES	-	-	-
16 - COMÉRCIO ATACADISTA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	-	-	-
17 - COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS	03	2	06
18 - COMÉRCIO ATACADISTA DE PROD. FARMACÊUTICOS DE USO VETERINÁRIO	01	2	02
19 - COMÉRCIO ATACADISTA DE DIVERSAS CLASSES DE PRODUTOS	-	-	-
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	11	2	22
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	166	2	332
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	-	-	-
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	10	2	20
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (Mm)</b>			<b>438</b>

<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>A</sub></b>	<b>F<sub>a</sub></b>	<b>M<sub>a</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	01	3	03
03 - INDÚSTRIA DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS	-	-	-
05 - INDÚSTRIA DE CORRELATOS/ESTERILIZAÇÃO	-	-	-
06 - INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES	04	3	12
07 - INDÚSTRIA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	01	3	03
08 - INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
09 - INDÚSTRIA DE FARMOQUÍMICOS	-	-	-
10 - INDÚSTRIA DE PROD. E PREPARADOS QUÍMICOS DIVERSOS/ PRECURSORES	-	-	-
11 - ATIVIDADES DE EMBALAGEM	-	-	-
23 - PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	18	3	54
25 - PRESTAÇÃO SERV. DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS	03	3	09
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (Ma)</b>			<b>81</b>

**META ANUAL (Mb + Mm + Ma) 1251 inspeções/ano**

Município AVARÉ

Fonte: DIR XI Botucatu – Processo Pactuação , 2004

**- RESUMO QUANTITATIVO -**

VER INSTRUÇÕES, ANTES DE PREENCHER O QUADRO ABAIXO

Legenda:

T = N° total de estabelecimento; F = N° mínimo de inspeções definido pelo município por tipo de estabelecimento/ano; M = Meta anual (TxF)

<b>COMPLEXIDADE BÁSICA</b>	<b>T<sub>B</sub></b>	<b>F<sub>B</sub></b>	<b>M<sub>B</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	-	-	-
13 - COMÉRCIO ATACADISTA DE ALIMENTOS	04	1	04
20 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS	133	1	133
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	07	1	07
22 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS	-	-	-
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	12	1	12
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	12	1	12
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	24	1	24
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS COM COMPLEXIDADE BÁSICA (Mb)</b>			<b>192</b>
<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>M</sub></b>	<b>F<sub>m</sub></b>	<b>M<sub>m</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	04	2	08
02 - INDÚSTRIA DE ÁGUA MINERAL	-	-	-
04 - INDÚSTRIA DE EMBALAGENS DE ALIMENTOS	-	-	-
12 - DEPÓSITO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE	-	-	-
14 - COMÉRCIO ATACADISTA DE CORRELATOS	-	-	-
15 - COMÉRCIO ATACADISTA DE COSMÉTICOS, PROD. DE HIGIENE E PERFUMES	-	-	-
16 - COMÉRCIO ATACADISTA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	-	-	-
17 - COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
18 - COMÉRCIO ATACADISTA DE PROD. FARMACÊUTICOS DE USO VETERINÁRIO	-	-	-
19 - COMÉRCIO ATACADISTA DE DIVERSAS CLASSES DE PRODUTOS	-	-	-
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	02	2	04
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	44	2	88
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	03	2	06
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	03	2	06
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (Mm)</b>			<b>112</b>
<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>A</sub></b>	<b>F<sub>a</sub></b>	<b>M<sub>a</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	-	-	-
03 - INDÚSTRIA DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS	-	-	-
05 - INDÚSTRIA DE CORRELATOS/ESTERILIZAÇÃO	-	-	-
06 - INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES	-	-	-
07 - INDÚSTRIA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	03	03	09
08 - INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
09 - INDÚSTRIA DE FARMOQUÍMICOS	-	-	-
10 - INDÚSTRIA DE PROD. E PREPARADOS QUÍMICOS DIVERSOS/ PRECURSORES	-	-	-
11 - ATIVIDADES DE EMBALAGEM	-	-	-
23 - PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	13	3	39
25 - PRESTAÇÃO SERV. DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS	01	3	03
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (Ma)</b>			<b>51</b>

**META ANUAL (Mb + Mm + Ma) 355 inspeções/ano**

Município CONCHAS

Fonte: DIR XI Botucatu – Processo Pactuação , 2004



**- RESUMO QUANTITATIVO -**

VER INSTRUÇÕES, ANTES DE PREENCHER O QUADRO ABAIXO

Legenda:

T = Nº total de estabelecimento; F = Nº mínimo de inspeções definido pelo município por tipo de estabelecimento/ano; M = Meta anual (TxF)

<b>COMPLEXIDADE BÁSICA</b>	<b>T<sub>B</sub></b>	<b>F<sub>b</sub></b>	<b>M<sub>b</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	01	1	01
13 - COMÉRCIO ATACADISTA DE ALIMENTOS	08	1	08
20 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS	89	1	89
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	07	1	07
22 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS	01	1	01
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	-	-	-
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	01	1	01
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	-	-	-
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS COM COMPLEXIDADE BÁSICA (Mb)</b>			<b>107</b>

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>M</sub></b>	<b>F<sub>m</sub></b>	<b>M<sub>m</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	01	2	02
02 - INDÚSTRIA DE ÁGUA MINERAL	-	-	-
04 - INDÚSTRIA DE EMBALAGENS DE ALIMENTOS	-	-	-
12 - DEPÓSITO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE	-	-	-
14 - COMÉRCIO ATACADISTA DE CORRELATOS	-	-	-
15 - COMÉRCIO ATACADISTA DE COSMÉTICOS, PROD. DE HIGIENE E PERFUMES	-	-	-
16 - COMÉRCIO ATACADISTA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	-	-	-
17 - COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
18 - COMÉRCIO ATACADISTA DE PROD. FARMACÊUTICOS DE USO VETERINÁRIO	-	-	-
19 - COMÉRCIO ATACADISTA DE DIVERSAS CLASSES DE PRODUTOS	-	-	-
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	01	2	02
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	11	2	22
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	-	-	-
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	02	2	04
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (Mm)</b>			<b>30</b>

<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>A</sub></b>	<b>F<sub>a</sub></b>	<b>M<sub>a</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	-	-	-
03 - INDÚSTRIA DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS	-	-	-
05 - INDÚSTRIA DE CORRELATOS/ESTERILIZAÇÃO	-	-	-
06 - INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES	-	-	-
07 - INDÚSTRIA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	-	-	-
08 - INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
09 - INDÚSTRIA DE FARMOQUÍMICOS	-	-	-
10 - INDÚSTRIA DE PROD. E PREPARADOS QUÍMICOS DIVERSOS/ PRECURSORES	-	-	-
11 - ATIVIDADES DE EMBALAGEM	-	-	-
23 - PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	08	3	24
25 - PRESTAÇÃO SERV. DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS	-	-	-
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (Ma)</b>			<b>24</b>

**META ANUAL (Mb + Mm + Ma) 161 inspeções/ano**

Município ITAPORANGA

Fonte: DIR XI Botucatu – Processo Pactuação , 2004

**- RESUMO QUANTITATIVO -**

VER INSTRUÇÕES, ANTES DE PREENCHER O QUADRO ABAIXO

Legenda:

T = Nº total de estabelecimento; F = Nº mínimo de inspeções definido pelo município por tipo de estabelecimento/ano; M = Meta anual (TxF)

<b>COMPLEXIDADE BÁSICA</b>	<b>T<sub>B</sub></b>	<b>F<sub>b</sub></b>	<b>M<sub>b</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	05	1	05
13 - COMÉRCIO ATACADISTA DE ALIMENTOS	06	1	06
20 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS	180	1	180
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	11	1	11
22 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS	-	-	-
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	08	1	08
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	06	1	06
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	18	1	18
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS COM COMPLEXIDADE BÁSICA (Mb)</b>			<b>234</b>

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>M</sub></b>	<b>F<sub>m</sub></b>	<b>M<sub>m</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	09	2	18
02 - INDÚSTRIA DE ÁGUA MINERAL	-	-	-
04 - INDÚSTRIA DE EMBALAGENS DE ALIMENTOS	-	-	-
12 - DEPÓSITO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE	-	-	-
14 - COMÉRCIO ATACADISTA DE CORRELATOS	-	-	-
15 - COMÉRCIO ATACADISTA DE COSMÉTICOS, PROD. DE HIGIENE E PERFUMES	01	2	02
16 - COMÉRCIO ATACADISTA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	-	-	-
17 - COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
18 - COMÉRCIO ATACADISTA DE PROD. FARMACÊUTICOS DE USO VETERINÁRIO	-	-	-
19 - COMÉRCIO ATACADISTA DE DIVERSAS CLASSES DE PRODUTOS	-	-	-
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	05	2	10
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	60	2	120
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	01	2	02
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	03	2	06
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (Mm)</b>			<b>158</b>

<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>A</sub></b>	<b>F<sub>a</sub></b>	<b>M<sub>a</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	-	-	-
03 - INDÚSTRIA DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS	01	3	03
05 - INDÚSTRIA DE CORRELATOS/ESTERILIZAÇÃO	-	-	-
06 - INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES	-	-	-
07 - INDÚSTRIA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	-	-	-
08 - INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
09 - INDÚSTRIA DE FARMOQUÍMICOS	-	-	-
10 - INDÚSTRIA DE PROD. E PREPARADOS QUÍMICOS DIVERSOS/ PRECURSORES	-	-	-
11 - ATIVIDADES DE EMBALAGEM	-	-	-
23 - PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	07	3	21
25 - PRESTAÇÃO SERV. DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS	01	3	03
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (Ma)</b>			<b>27</b>

**META ANUAL (Mb + Mm + Ma) 418**

Município LARANJAL PAULISTA

Fonte: DIR XI Botucatu – Processo Pactuação , 2004

## Anexos

### - RESUMO QUANTITATIVO - VER INSTRUÇÕES, ANTES DE PREENCHER O QUADRO ABAIXO

Legenda:

T = Nº total de estabelecimento; F = Nº mínimo de inspeções definido pelo município por tipo de estabelecimento/ano; M = Meta anual (TxF)

<b>COMPLEXIDADE BÁSICA</b>	<b>T<sub>B</sub></b>	<b>F<sub>B</sub></b>	<b>M<sub>B</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	18	1	18
13 - COMÉRCIO ATACADISTA DE ALIMENTOS	08	1	08
20 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS	314	1	314
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	08	2	16
22 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE PRODUTOS	03	1	03
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	23	1	23
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	16	1	16
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	19	1	19
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECEMENTOS COM COMPLEXIDADE BÁSICA (Mb)</b>			<b>417</b>

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>M</sub></b>	<b>F<sub>m</sub></b>	<b>M<sub>m</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	07	2	14
02 - INDÚSTRIA DE ÁGUA MINERAL	-	-	-
04 - INDÚSTRIA DE EMBALAGENS DE ALIMENTOS	01	2	02
12 - DEPÓSITO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE	-	-	-
14 - COMÉRCIO ATACADISTA DE CORRELATOS	-	-	-
15 - COMÉRCIO ATACADISTA DE COSMÉTICOS, PROD. DE HIGIENE E PERFUMES	02	2	04
16 - COMÉRCIO ATACADISTA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	02	2	04
17 - COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
18 - COMÉRCIO ATACADISTA DE PROD. FARMACÊUTICOS DE USO VETERINÁRIO	-	-	-
19 - COMÉRCIO ATACADISTA DE DIVERSAS CLASSES DE PRODUTOS	08	2	16
21 - COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS	03	2	06
23 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	77	2	154
24 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS	01	2	02
27 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE	15	2	30
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECEMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (Mm)</b>			<b>232</b>

<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>T<sub>A</sub></b>	<b>F<sub>a</sub></b>	<b>M<sub>a</sub></b>
01 - INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	-	-	-
03 - INDÚSTRIA DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS	-	-	-
05 - INDÚSTRIA DE CORRELATOS/ESTERILIZAÇÃO	-	-	-
06 - INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES	03	3	09
07 - INDÚSTRIA DE SANEANTES DOMISSANITÁRIOS	02	03	06
08 - INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS	-	-	-
09 - INDÚSTRIA DE FARMOQUÍMICOS	-	-	-
10 - INDÚSTRIA DE PROD. E PREPARADOS QUÍMICOS DIVERSOS/ PRECURSORES	-	-	-
11 - ATIVIDADES DE EMBALAGEM	-	-	-
23 - PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	09	3	27
25 - PRESTAÇÃO SERV. DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS	-	-	-
<b>TOTAL DE INSPEÇÕES/ANO EM ESTABELECEMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (Ma)</b>			<b>42</b>

**META ANUAL (Mb + Mm + Ma) 691 inspeções/ano**

Município **SÃO MANUEL**

Fonte: DIR XI Botucatu – Processo Pactuação , 2004