

Margarete Beloni

**Municipalização das ações
de vigilância sanitária em
Marília - SP**

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

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Jr.
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseli Ferreira da Silva

Botucatu – SP

2002

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Elza Numata

Beloni, Margarete.

Municipalização das ações de vigilância sanitária em Marília-SP /
Margarete Beloni. – 2002.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2002.

Orientador: Antonio Luiz Caldas Júnior

Co-orientadora: Roseli Ferreira da Silva

1. Vigilância sanitária

CDD 614

Palavras-chave: Municipalização; Descentralização; Vigilância sanitária;
Sistema Único de Saúde

A*os meus pais,*

pelo muito que me amaram,

pelo muito que me cuidaram,

pelo muito que me ensinaram sem nada dizerem.

A*s minhas irmãs,*

pela determinação e cumplicidade

que nos mantêm unidas.

A*os meus cunhados,*

por representarem o papel nem sempre fácil de irmãos.

A*os meus sobrinhos,*

por aturarem a tia mais brava que existe.

Obrigado,

Entrevistados que, de maneira tão solícita, nos receberam, sem imaginarem quão importante foram suas participações;

Prof. Dr. Caldas pela brilhante orientação e pela forma segura, alegre e tolerante de nos conduzir nesta experiência;

Prof^a Dr^a Roseli pela competente co-orientação que nos traçou o caminho possível à finalização deste trabalho e, sobretudo pela amizade;

Amigas de todas as horas pelo carinho, incentivo e colaboração;

Companheiros da VISA da DIR-XIV-Marília pela compreensão nas ausências;

Colegas de trabalho da DIR-XIV-Marília pelo apoio;

Colegas de luta acadêmica pela solidariedade;

Coordenação do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva por acreditar neste estudo;

Docentes e funcionários do Departamento de Saúde Pública da FMB pela atenção;

Bibliotecárias da Unesp de Botucatu pela maneira atenciosa de nos atender.

Certeza de tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando,
A certeza de que precisamos sempre continuar,
A certeza de que seremos interrompidos antes de
terminar.

Portanto devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo,
Da queda, um passo de dança,
Do medo, uma escada,
Do sonho, uma ponte,
Da procura, um encontro.

Fernando Pessoa

S U M Á R I O

Resumo.....	v
Lista de siglas.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
3 REFORMAS NO SETOR DE SAÚDE.....	16
3.1 Evolução do sistema de saúde em anos recentes: Brasil, estado de São Paulo, município de Marília. . .	17
3.2 Impacto na força de trabalho.....	35
3.3 Descentralização político - administrativa.....	39
3.4 Vigilância sanitária: história e conceito.....	44
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	54
4.1 Fundamentos Metodológicos.....	55
4.2 Escolha dos sujeitos.....	56
4.3 Coleta dos dados.....	57
4.4 Análise dos dados.....	59
5 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	62
5.1 Caracterização geral do município.....	63
5.2 Perfil epidemiológico – sanitário.....	65
6 CONSTRUÇÃO DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	

EM MARÍLIA.	71
6.1 Movimento de mudança	72
6.2 Qualificação dos recursos humanos.	80
6.3 Perda de espaço e poder na municipalização.	85
6.4 Conflito nas relações de trabalho.	88
6.5 Organização gradativa dos serviços de vigilância sanitária municipal	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
<i>Abstract.</i>	109
Referências bibliográficas.	111
Anexo 1.	123
Anexo 2	130

RESUMO

BELONI, M. *Municipalização das ações de vigilância sanitária em Marília-SP*. Botucatu, 2002. 130 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu.

O estudo descreve a municipalização das ações de vigilância sanitária, em Marília, São Paulo, e identifica determinantes políticos, técnicos e administrativos que conformaram o processo, segundo a percepção dos sujeitos envolvidos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo a entrevista escolhida como técnica para coleta dos dados. A entrevista foi orientada por um roteiro composto por questões específicas, previamente formuladas. Foram entrevistados doze sujeitos oriundos do serviço de vigilância sanitária do município de Marília, da divisão de vigilância sanitária da DIR-XIV-Marília e da direção do sistema de saúde local e regional. Para a análise dos dados, foi adotada a técnica de análise de conteúdo que possibilitou a construção de cinco categorias empíricas: a) movimento de mudança; b) qualificação dos recursos humanos; c) perda de espaço e poder na municipalização; d) conflito nas relações de trabalho; e) organização gradativa do serviço de vigilância sanitária municipal. A análise permitiu compreender que as determinações legais não foram suficientes para garantir a municipalização, de fato, da vigilância sanitária, e ainda, que o processo foi gradativo e pontuado de conflitos e indefinições. O processo de municipalização das ações de vigilância sanitária se deu sem que estivessem claramente definidas atribuições, fluxos, responsabilidades, coordenação, regulamentação. Como consequências surgiram entre os servidores da área, reações negativas de perda, desinteresse pelo trabalho, rejeição, inferioridade, insegurança e revolta. As consequências das mudanças, ocasionadas pela municipalização, foram evidenciadas nas falas dos sujeitos como: conflitos nas relações de trabalho, insegurança, resistência, falta de qualificação para o trabalho, perda do poder, divisão do espaço de trabalho, assunção gradativa das ações, entre outros. Entre os determinantes que dificultaram a municipalização das ações de vigilância sanitária, destacou-se a limitação numérica de quadros técnicos qualificados e habilitados, além da inexperiência dos profissionais. A análise sugere que a área é de pouco interesse à municipalização, provavelmente, em função dos conflitos de interesses, das pressões políticas, do embate com o setor regulado, da insuficiência e descontinuidade do financiamento, da desqualificação profissional, bem como, da desinformação dos gestores sobre o conceito e papel da vigilância sanitária. Concluímos que o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária foi conflituoso e retardado quando comparado às outras ações de saúde, se considerarmos, primariamente, às características da própria área, rica em conflitos de interesses econômicos e políticos, e à importância secundária no contexto dos saberes e práticas de saúde.

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CS I	Centro de Saúde I
CS E	Centro de Saúde Escola
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIR	Direção Regional de Saúde
ERSA	Escritório Regional de Saúde
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FSEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica

PAM	Posto de Assistência Médica - INAMPS
PREV SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RH	Recursos Humanos
SECRETARIA	Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília
SES	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUCEN	Superintendência de Controle de Endemias
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VISA	Vigilância Sanitária

Introdução

Nas últimas duas décadas, a busca de alternativas para modernização da gestão pública brasileira tem sido altamente influenciada pelas idéias de descentralização, que aparece como proposta inicial em um país onde atrasos sociais e econômicos foram sempre associados a centralismo e autoritarismo (MOTTA, 1994b). Segundo este mesmo autor,

“a descentralização constituiria o primeiro passo para conceder mais poder a atores políticos locais antes submissos e dependentes do poder central e, facilitaria novas formas de participação democrática por permitir a articulação e a agregação de interesses comunitários antes desconsiderados pelo sistema político.” (Ibid.)

No âmbito das políticas governamentais para a área da saúde, entre outras diretrizes, a descentralização foi legalmente consolidada com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, pela Constituição Federal, de 1988, a qual garantiu a saúde como um direito do cidadão e atribuiu ao Estado^(*) o papel de provedor dessa condição.

Apoiada nestes fundamentos, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990), que rege o SUS, definiu a vigilância sanitária 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.”* (BRASIL, 1990a). A mesma lei também atribuiu aos municípios a execução das ações de vigilância sanitária, e, aos estados, a coordenação e execução desses serviços em caráter complementar.

^(*) O conceito de ‘Estado’, com inicial maiúscula, é aqui utilizado, segundo FERREIRA (1995), no sentido de nação politicamente organizada.

Assim, o movimento de redemocratização do país entendeu que a municipalização seria o caminho para a reforma da saúde, mesmo havendo consciência de que o processo poderia passar por ciclos contraditórios relacionados a questões econômicas e ideológicas, gerais e setoriais.

Nesta ótica, o processo de descentralização não ocorreu de modo homogêneo nas diferentes atividades do setor da saúde e nas diversas unidades federadas (estados e municípios). Em geral, e também no município de Marília, a descentralização fluiu com relativa facilidade nas ações médico-curativas, especialmente nas de menor complexidade e, na área de epidemiologia; em contrapartida, quanto às ações de vigilância sanitária, o processo de descentralização vem ocorrendo de maneira lenta, não seguindo as determinações legais e nem acompanhando o ritmo de mudança das demais ações.

A descentralização das ações de saúde, particularmente da vigilância sanitária, tem provocado relações conflituosas no setor, decorrentes, possivelmente, da resistência dos quadros técnicos e dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde à perda do poder, da incompreensão ou do desconhecimento por parte de técnicos e gestores municipais sobre a verdadeira e efetiva ação da vigilância sanitária e, até mesmo, do “medo do desconhecido”.

Um processo distorcido de descentralização no setor saúde dá-se por priorizar as ações curativas, de caráter individual, quando deveria priorizar a promoção da saúde e as ações preventivas, tanto individuais quanto coletivas. Essas distorções que, muitas vezes, se apresentam como descaso à área de ações coletivas, têm gerado nos níveis de coordenação e de execução dessas ações, expectativas, dúvidas, conflitos e erros que poderiam ser evitados dentro de um processo organizado e participativo.

As observações da prática administrativa da pesquisadora sugerem que a municipalização das ações de saúde em Marília foi focalizada na área médico-curativa, fazendo com que as ações coletivas fossem agregadas tardiamente ao processo de municipalização.

Deste modo e, sobretudo frente à complexidade e importância do processo político de reformulação do setor de saúde no país, justificou-se desenvolver um estudo tendo como objeto o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária no município de Marília, buscando contribuir à compreensão e desenvolvimento deste e de outros processos semelhantes, neste e em outros municípios que integram o SUS.

Objetivos

- Descrever e analisar a municipalização das ações de vigilância sanitária, no contexto do processo de descentralização político-administrativa das ações de saúde em Marília, segundo a percepção dos sujeitos envolvidos neste processo;
- Identificar determinantes políticos, técnicos e administrativos que conformaram o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária em Marília, sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados.

*Reformas no setor
de saúde*

A busca de melhor compreensão do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no município de Marília leva-nos a considerar previamente algumas questões, como: as reformas do setor de saúde e a evolução do sistema de saúde brasileiro, no estado de São Paulo e no município de Marília, em anos recentes; o impacto na força de trabalho; a descentralização político-administrativa e, a história e conceito da vigilância sanitária.

3.1 Evolução do sistema de saúde em anos recentes: Brasil, estado de São Paulo, município de Marília

O processo de transformação do sistema de saúde brasileiro iniciou-se nos anos de 1980, sob as diretrizes do PREV-SAÚDE e das Ações Integradas de Saúde (AIS). Elas buscavam deslocar a lógica de prestação dos serviços de saúde do eixo “hospitalocêntrico-privatista”, para outra centrada no atendimento ambulatorial e público, com a participação de outras esferas de governo (estados e municípios), atendendo inclusive à pressões técnicas e populares para a formação do sistema nacional de saúde fundado no paradigma do “estado de bem-estar-social” (COHN, 1991).

Após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, concebeu-se a realização de um processo de reforma sanitária voltado à universalização dos serviços, sob princípios de equidade, integralidade, participação e controle social (CALDAS, 1999) e, consolidado na Constituição Federal de 1988 e, mais tarde, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990).

Os processos de reforma do Estado na América Latina, e particularmente no Brasil, de acordo com Cordeiro (2001), teriam sido ocasionados pela falência dos modelos de desenvolvimento, que, durante

pelo menos as últimas cinco décadas, fizeram parte das políticas e ideologias dos países da região em busca da superação das insuficiências de crescimento econômico e social, uma vez que o país não progrediu o suficiente para atender as demandas crescentes de bem-estar da sua população.

Atribui-se à transição de um modelo de desenvolvimento nacional para outro globalizado, a reestruturação dos processos de produção e políticas de ajuste dos países latino-americanos, necessária às novas condições de competitividade internacional (CORDEIRO, 2001). Assim, as reformas do Estado se tornariam inevitáveis, em função desses novos padrões de competitividade.

As estratégias de reforma neoliberal da saúde, no final dos anos 80, ganharam aliados importantes nas agências de financiamento internacionais e, segundo Cordeiro (2001), o aspecto central foi estabelecer novas funções do Estado na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, as quais, baseavam-se na focalização dos gastos com subsídios diretos aos pobres.

Na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, havia uma proposta reformadora para a saúde envolvendo a universalização, integração, equidade, descentralização e participação efetiva do Estado como financiador (MÉDICI, 1994). Nessa conferência, iniciou-se uma discussão sobre planejamento em saúde com integração das ações e municipalização dos serviços de saúde.

A proposta de construção de um sistema de saúde, tendo como princípio central: “saúde como direito de todos e dever do Estado”, surgiu em meados da década de 70, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Este movimento nasceu e cresceu com uma lógica de redemocratização da sociedade, alimentado pela resistência ao governo

centralizador, autoritário e burocrático da época e de análise crítica da política social e de saúde vigentes.

Em que pesem todos os avanços técnicos e políticos e a própria crise fiscal do Estado, permeando as décadas de 70 e 80, para Médici (1994), o modelo de política de saúde centralizado, burocrático e excludente, delineado por um governo autoritário e por interesses da rede privada de saúde, resistiu por muito tempo.

Na VII Conferência Nacional de Saúde–CNS, realizada em Brasília, em março de 1980, o governo brasileiro assumiu o compromisso de implantação de um projeto intitulado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde–PREV-SAÚDE, com objetivo de descentralizar o sistema de saúde e suprir as carências básicas da população de baixa renda (BRASIL, 1980). Previa a extensão dos serviços de saúde à toda população, mas, prioritariamente, a pequenos centros urbanos e à população periférica das grandes cidades, por meio de uma rede básica de saúde de cobertura universal (Ibid.).

O PREV-SAÚDE era um programa de serviços básicos que *“instituiu uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como componente fundamental um grande investimento em assistência primária, coerente com as políticas formuladas para toda a América Latina”*.(BRASIL, 1980).

Com sua tímida proposta de descentralização e aplicação de um plano comum de compartilhamento dos recursos federais e estaduais, para manutenção dos serviços públicos de saúde, o PREV-SAÚDE não chegou a ser implantado, pois feria os interesses do setor privado, grande beneficiário do sistema vigente, representado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo, além de

colocar em risco o clientelismo e impor regras de controle ao INAMPS (NASCIMENTO, 1991).

O agravamento da crise do setor levou o governo a adotar medidas, criando, em 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP - tendo como finalidade estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros, ou de qualquer natureza, indispensáveis à operação da referida assistência (BRASIL, 1983). O Conselho elaborou, em 1982, o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que apresentava os objetivos de melhoria da qualidade da assistência prestada pelo INAMPS, cobertura assistencial à população rural e urbana, planejamento da assistência à saúde e racionalização na prestação dos serviços (Ibid.).

Como resultado deste Plano, em 1983, criou-se o Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS - tendo como proposta a alteração das políticas institucionais (BRASIL, 1984). Por intermédio das AIS passou a ser possível, independente do vínculo previdenciário do indivíduo, o acesso aos serviços de saúde. Com a celebração dos convênios entre União, estados e municípios, a descentralização dos recursos financeiros foi expandida.

Assim, as AIS foram assumidas como estratégia de reformulação do setor de saúde e, não apenas do setor público, em entendimento de que as Ações Integradas de Saúde diziam respeito a todas as ações de saúde executadas nas Unidades Federadas, incluindo as do setor público, quanto as do setor privado contratado ou conveniado (ALMEIDA,1995).

Dentro desse contexto, alguns princípios e diretrizes, que nortearam a elaboração e a implementação das AIS, previam também a integralidade das ações de saúde, superando as dicotomias entre preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar; previam a descentralização do processo de planejamento e administração e a regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados (BRASIL,1984). Na visão de Nascimento (1991), as AIS previam a integração de todas as instituições que tinham alguma interface com a saúde nos planos federal, estadual e municipal, passando a atender qualquer cidadão que necessitasse de serviços médicos, e previam também a descentralização das decisões.

O movimento de mudança, ocorrido a partir da década de 70, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em 1986, em Brasília, onde o modelo assistencial hegemônico, que privilegiava a medicina curativa privada e as políticas autoritárias, foi amplamente discutido (CNS, 1986). Boa parte das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, aprovada na VIII CNS, foi incorporada ao Texto Constitucional de 1988.

No relatório final da VIII Conferência (CNS, 1986), três temas foram destacados: a) Saúde como direito, que significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que deverá resultar na criação de um Sistema Único de Saúde e que deverá reger-se pelos princípios: descentralização na gestão dos serviços e integralização das ações, superando a dicotomia entre saúde preventiva/curativa; c) Financiamento do setor, que será de responsabilidade do Estado, com a participação de vários níveis do governo, por meio de reforma tributária, em que os recursos constituirão Fundos de Saúde nas três esferas de governo.

Com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987, as AIS tiveram continuidade, inclusive atingindo o apogeu, uma vez que havia a intenção de consolidação qualitativa das Ações Integradas de Saúde (BRASIL, 1987). O convênio de municipalização, previsto pelo SUDS, funcionou como o principal instrumento de descentralização política, administrativa e financeira dos programas de saúde, entre 1987, e a regulamentação do Sistema Único de Saúde, em 1990.

O instrumento técnico operacional dos convênios SUDS era o Plano de Operacionalização de Municipalização de Serviços de Saúde, por meio do qual, as atividades eram programadas e orçadas através de cálculos, referendados pela Programação e Orçamentação Integrada-POI, integrante do Plano (BRASIL, 1987). Nesses convênios, era previsto o valor orçamentário conforme metas referenciais da POI e não de acordo com serviços prestados, como viria a ser estabelecido, no início dos anos 90, em movimento recentralizador firmado pelas Normas Operacionais Básicas-NOBs-91 e 92.

Uma clara definição de competência entre as três esferas de governo foi estabelecida pelo SUDS: a) A *União* ficava encarregada de ações de caráter normativo, embora centralizasse a execução de alguns serviços como as atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos e insumos de saúde; b) Aos *estados* caberiam a execução de algumas ações e serviços e a coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e programação setorial; c) Aos *municípios* caberiam tarefas de planejamento local e a execução efetiva dos serviços de saúde, excetuando-se aqueles ligados à produção de medicamentos que seriam contemplados no âmbito federal e estadual (MÉDICI, 1994).

A implantação do SUDS avançou efetivamente no caminho da unificação institucional, diminuindo o centralismo e o poder isolado do INAMPS, integrando e articulando suas Superintendências Regionais às Secretarias Estaduais de Saúde (ALMEIDA, 1995). Assim, iniciou-se a estadualização dos serviços de saúde federal e, posteriormente, em alguns casos, concomitantemente, a municipalização destes.

A aprovação do texto constitucional, em 5 de outubro de 1988, contemplou a descentralização. Além de assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal garantiu a descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantado via financiamento do orçamento Seguridade Social da União, dos estados e municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Finalmente, depois de dois anos da promulgação da atual Constituição, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 - regulamentando o Sistema Único de Saúde no país (BRASIL, 1990a). A Lei Orgânica da Saúde prevê que as ações e serviços de saúde integrantes do SUS devem obedecer a vários princípios, dentre os quais: universalidade de acesso; integralidade da assistência; igualdade; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico e divulgação de informações (Ibid.).

A regulamentação do SUS foi complementada pela promulgação da Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do mesmo, por meio de

Conferências e de Conselhos de Saúde, além de tratar também do financiamento do SUS (BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde definiu as atribuições e competências de cada nível de governo, nas quais os municípios têm a competência de gerenciar e executar os serviços públicos de saúde e, os estados devem promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e ações de saúde, prestando apoio técnico e financeiro e executando apenas supletivamente as ações de saúde (BRASIL, 1990a).

A organização do SUS no país, dentro do princípio de descentralização se deu na década de 90, por normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde. As Normas Operacionais Básicas – NOBs - eram voltadas diretamente para definição de estratégias e táticas que orientavam a operacionalização do sistema de saúde no país. Diante da complexa dimensão para efetivar o SUS, as NOBs estabeleceram pressupostos na condução do processo, definindo as responsabilidades das três esferas de governo. As NOBs-91 e 92 (BRASIL, 1992) estabeleceram o pagamento por produção dos serviços públicos de saúde, ou seja, transformaram os prestadores públicos em vendedores de serviços. *“A gestão das unidades públicas era transferida, mas o poder de realizar contratos e convênios não, uma vez que os recursos necessários à sua realização não foram transferidos”* (JUNQUEIRA, 1997). Desse modo, essas normas impediram ou, ao menos, não contribuíram para que os municípios assumissem a gestão do sistema de saúde local.

Na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em agosto de 1992, cujo tema central foi ‘Saúde: A municipalização é o caminho’, houve participação maciça de trabalhadores do setor de saúde, e de representantes dos governos municipais e estaduais (profissionais e secretários de saúde) e da sociedade civil, selecionados nas Conferências estaduais e municipais que antecederam o evento (CNS, 1992). Meses

depois desta Conferência, um forte movimento municipalista editou o documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, documento este aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em abril de 1993 (JUNQUEIRA, 1997). Nesta mesma época, a extinção do INAMPS, em julho de 1993, foi outro fator positivo para o movimento municipalista.

Necessitando reverter esse processo contrário ao SUS, em maio de 1993, o novo governo editou outra Norma Operacional Básica – NOB-93, que disciplinou o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, sendo que o município tinha três opções de gestão: incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, 1993). Apesar de tentar resgatar os princípios constitucionais, essa norma não desmontou o pagamento por produção e não sensibilizou grande parcela dos municípios brasileiros.

Até então, as normas operacionais, segundo Almeida (1995), não possibilitaram efetivamente a municipalização, não garantiram a integralidade da atenção preconizada no modelo de saúde, e também não possibilitaram a descentralização articulada, hierarquizada e sem conflitos entre as esferas governamentais.

Nesse contexto, foi editada, em novembro de 1996, a NOB-96, que teve como intenção redefinir o modelo de gestão do SUS, constituindo um instrumento à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de governo (BRASIL, 1996).

A proposta “racionalizadora” do Governo, criando obstáculos ao financiamento do SUS, atrasou a implantação da NOB-96. Os municípios e estados começaram a se enquadrar nas formas de gestão do sistema de saúde propostas somente um ano depois de publicada a

norma. Foi estabelecido um teto físico-financeiro anual/mensal para todos os municípios e estados, de acordo com a forma de gestão escolhida – Gestão Plena do Sistema Municipal ou Gestão Plena da Atenção Básica, baseado em séries históricas de produção (BRASIL, 1996).

Aqueles municípios que optaram pela Gestão Plena do Sistema passaram a gerir todos os serviços públicos locais, com algumas exceções (serviços universitários e psiquiátricos hospitalares), além da contratação da rede filantrópica ou privada. Os que optaram pela Gestão Plena Básica, passaram a gerir somente os serviços próprios e os básicos contratados ou conveniados.

Em 26 de janeiro de 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, que

“amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios”. (BRASIL, 2001)

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial a NOB-96,

“além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentradas no nível federal”. (BRASIL, 2001)

No entanto, à medida que a descentralização do processo de gestão amadureceu, ficaram evidentes os problemas e as dificuldades

relacionadas com a consolidação do SUS. Nesse sentido, para o aprofundamento do processo de descentralização, torna-se necessário ampliar a regionalização, organizando os sistemas de saúde com todos os níveis de atenção. A NOAS tem como pressuposto que *“a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços de atenção básica, à regionalização e à organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo”*. (BRASIL, 2001)

No **estado de São Paulo**, o processo de descentralização do setor saúde foi construído, em meados da década de 80, com base em ideário que teve suas origens na década de 60, no movimento da Reforma Sanitária. Nesse contexto, em 1986 se deu a reformulação da Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP - com a criação de 62 regiões de saúde, sob gestão de Escritórios Regionais de Saúde - ERSAs, agrupados em cinco macro-regiões de saúde (SÃO PAULO, 1986a). Os ERSAs foram constituídos como órgãos de articulação dos recursos interinstitucionais, responsáveis pelo planejamento e coordenação das ações de saúde na região.

O avanço da municipalização, segundo Junqueira (1997), esteve estritamente relacionado com a estrutura regionalizada da SES, além de contar com as condições criadas pelas AIS de transferências de recursos para os municípios, por meio de convênios, a partir de 1983. Esta reorganização previa o mesmo processo nascido no movimento da Reforma Sanitária: *“Um novo modelo assistencial que defendia a saúde como direito e o acesso universal de todos aos serviços de saúde”*. (Ibid.)

Apesar da SES preconizar a descentralização como suporte para a população ter acesso aos serviços públicos de saúde, ela própria se transformou em prestadora de serviços, incorporando a assistência

médica do INAMPS a abrindo as portas à demanda espontânea – pronto atendimento - sem perder o que sempre foi próprio dos equipamentos de saúde pública - a promoção e a prevenção (JUNQUEIRA, 1997).

Ao aparato jurídico do SUS, já citado, foram acrescentados, no estado de São Paulo, a Constituição Estadual de 1989 e o Código de Saúde, de 1995, além da instituição das Leis Orgânicas Municipais, objetivando a consolidação do SUS no estado^(*).

Institucionalizando o pagamento por produção, por meio das NOBs-91, 92 e 93, o governo federal retirou do estado e de suas regionais a capacidade de planejar o setor. A relação da esfera federal com a municipal, segundo Junqueira (1997), foi fortalecida e, refletiu negativamente no estado de São Paulo, ocorrendo um desaquecimento da proposta de descentralização. O estado reduziu sua participação no financiamento do setor de saúde e a União repassava, além dos recursos da produção, verbas para obras, muitas vezes desnecessárias. Vale lembrar que as NOBs privilegiavam, para pagamento, os procedimentos curativos. Estes eram, em quantidade e valor monetário, infinitamente maior que os procedimentos voltados à promoção e proteção da saúde.

Em meio à uma crise econômica e financeira, em 1995, assume um novo governo no estado de São Paulo e, seguindo o paradigma neoliberal do governo federal, com lógica de descentralização político-administrativa e de redução dos gastos e do poder do Estado, foi realizada uma reforma administrativa no estado com reestruturação da Secretaria Estadual da Saúde (SÃO PAULO, 1995a).

^(*) O conceito de 'estado', com inicial minúscula, é aqui utilizado, segundo FERREIRA (1995), no sentido de divisão territorial de certos países.

A estrutura organizacional da SES foi reduzida, sendo os ERSAs reagrupados e transformados em vinte e quatro Direções Regionais de Saúde - DIRs, subordinadas a duas Coordenadorias: a do Interior e a da Região Metropolitana (SÃO PAULO, 1995b). As equipes de vigilância sanitária passaram a compor uma divisão dentro da DIR, com função de cooperação técnica e coordenação das ações na região.

No início de 1998, os municípios do estado deram início ao processo de habilitação em uma das duas formas de gestão propostas pela NOB-96, sendo que a totalidade deles, atualmente, está sob uma das formas de gestão da NOB-96: 25% em Gestão Plena do Sistema Municipal e 75% em Gestão Plena da Atenção Básica.

Atualmente, dentro da lógica de regionalização da NOAS SUS 01/2001, os municípios do estado, conjuntamente com as regionais de saúde, estão estudando e pactuando a regionalização das ações e serviços de saúde, além de adequação às exigências da Norma.

O **município de Marília** passou a ser sede de região de saúde, em meados dos anos 70, quando foram estruturados Departamentos Regionais de Saúde – DRS, nas principais cidades do estado. Além de sede, Marília também sempre foi, para os demais municípios da região, referência no setor de saúde, tanto para serviços hospitalares como ambulatoriais especializados.

No início dos anos 80, o município de Marília, estimulado pelo governo estadual que pretendia fixar médicos em municípios carentes e pela proposta das AIS de integração de toda rede de saúde pública, resolveu investir em saúde, aderindo aos convênios previstos pelo estado e expandindo a rede básica de serviços ambulatoriais de saúde (SILVA, 2001). Os serviços públicos de saúde até então existentes:

Centro de Saúde I – CS I; Instituto Adolfo Lutz - IAL e SUCEN; PAM / INAMPS; Hospital de Clínicas e Centro de Saúde Escola – CSE, eram gerenciados pelo estado, pela União e, pela Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, respectivamente. Os demais serviços de saúde existentes eram filantrópicos ou privados, sendo vários conveniados e regulados pelo INAMPS, com acesso restrito aos previdenciários.

Em meados da década de 80, o município estabeleceu parceria com a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, prevendo, para esta, a execução das ações e gerência de mais quatro Unidades Básicas de Saúde – UBSs, além do CSE e, para aquele, a manutenção dos prédios e materiais. No final de 1988, o município contava com cerca de 14 Unidades Básicas de Saúde, incluindo as unidades gerenciadas pela referida Fundação (SILVA, 2001).

Em 15 de abril de 1988, foi celebrado o Convênio de Municipalização dos Serviços de Saúde, entre a prefeitura de Marília e a SES, com interveniência do INAMPS e observância da política e diretrizes das AIS (SES, 1988). O Convênio tinha por objetivo *“implantar a integração dos serviços de saúde que atuavam no município propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento do processo de municipalização.”* (Ibid.). Foi anexado ao processo do convênio um Plano de Operacionalização de Municipalização dos Serviços de Saúde. O plano continha um diagnóstico do perfil epidemiológico do município e dos serviços de saúde existentes e metas que previam, entre outras, construção, reforma e ampliação de UBSs, CSE e Hospital de Clínicas, além da municipalização dos funcionários do CS I.

Após adesão ao convênio de municipalização de 1988 e a posse de nova administração municipal, do mesmo partido político da anterior, em 1989, a continuidade do projeto na área de saúde foi

garantida, com ampliação e melhorias da rede básica de saúde municipal. Houve contratação de recursos humanos para suprir as UBSs e melhorar a estrutura da coordenação da rede municipal de saúde, que já era grande. Nessa ocasião, o CS I, gerenciado pelo estado, e as UBSs, incluindo o CSE, gerenciadas pela Fundação, não foram municipalizadas. O município continuou a investir, apenas, na sua própria rede básica, construindo mais UBSs.

Em 1990, o PAM foi estadualizado e incorporado ao CS I, passando a executar apenas ações de saúde nas clínicas básicas (pediatria, obstetrícia, adulto e odontologia) e imunização. Na estrutura do ERSA de Marília, foi criado o Ambulatório de Especialidades Estadual – chamado Núcleo de Gestão Assistencial 29 – incorporando os servidores federais, do extinto PAM, particularmente aqueles que desempenhavam ações especializadas.

Em 1990 e 1991, foram criados, respectivamente, o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde, segundo determinação da Lei Orgânica de Saúde.

No início de 1993, o ERSA de Marília, delegou competência ao CS I, ainda gerenciado pelo estado para execução das ações de vigilância sanitária nas áreas de produtos e meio ambiente, no município de Marília (SES, 1993b). Meses depois, ainda em 1993, o município assumiu a gerência desta unidade de saúde (SES, 1993a). Em 1994, os funcionários do estado que lá estavam lotados foram legalmente colocados à disposição do município (SES, 1994). Na mesma situação, ficaram os funcionários da área de vigilância sanitária que haviam sido transferidos para o CS I para exercer as atividades por delegação do ERSA. Sob gerência municipal, estes funcionários continuaram a executar as mesmas ações anteriormente delegadas.

Marília assumiu, em outubro de 1994, a Gestão Parcial da Saúde, de acordo com a NOB-93. O sistema de saúde local permaneceu, praticamente, com a mesma estrutura e organização, ou seja, com pouca autonomia. Continuou a receber, diretamente no seu Fundo Municipal de Saúde, o repasse dos recursos federais equivalentes aos serviços próprios, não incorporando à sua gestão os serviços estaduais (NGA e IAL) e a rede conveniada e contratada de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, que continuaram sob gestão estadual (SILVA, 2001). Meses depois, em 1995, o município assumiu a gerência do CSE, que até então era gerenciado pela Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA.

Na ocasião, a FAMEMA foi estadualizada, ficando vinculada à Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia. Foi firmada também uma parceria com o município para adesão ao projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde, apoiado pela Fundação Kellogg, envolvendo também a comunidade (SILVA, 2001).

Com a mudança da administração municipal, em 1997, uma das primeiras estratégias adotadas pela Secretaria de Saúde foi preparar o município para habilitar-se à Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB-96, o que de fato ocorreu, em junho de 1998.

Entre as medidas tomadas para habilitação, destacou-se: a) Criação da Divisão da Avaliação, Controle e Auditoria, com objetivo de regulação dos serviços conveniados, contratados e próprios; b) Implantação de sistemas de informação (SIM, SINASC, SINAM) para contribuir à gerência e mudança do modelo assistencial; c) Criação da Lei nº 4367, de 18 de dezembro de 1997, que autorizou o município a assumir as ações de vigilância sanitária de baixa e média complexidade (MARÍLIA, 1997).

A partir de 1997, a Secretaria Municipal de Saúde passou por uma reestruturação e, gradativamente, a quase totalidade dos serviços de saúde passou à gestão municipal, com exceção do NGA, IAL e Hemocentro, que continuam sob gestão estadual, sendo este último gerenciado pela FAMEMA (MARÍLIA, 2001b).

A execução das ações de vigilância sanitária pelo município e a estruturação da equipe municipal ocorreram de forma gradativa. No final de 2001, a equipe era composta por 23 funcionários: oito de nível universitário, sendo um dele o chefe da equipe, e quinze de nível médio. Eles executavam todas as ações de baixa e de média complexidade, e parte das ações de alta complexidade, sendo que, a execução de ações de maior complexidade estava sendo realizada pela Divisão de Vigilância Sanitária estadual.

A estrutura da rede de atenção à saúde no município abrangia, em 2001:

a) Rede básica: 17 Unidades Básicas de Saúde e oito Unidades de Saúde da Família, constituindo-se na porta de entrada do sistema de saúde (MARÍLIA, 2001b). Há uma parceria com instituições formadoras de recursos humanos para a área de saúde, assim as unidades recebem alunos dos cursos de medicina e enfermagem da FAMEMA e também de outros, da Universidade de Marília-UNIMAR e da UNESP. Existe também, em parceria, o Programa de Internação Domiciliar - PROID. Além do Programa de Saúde da Família, o município também desenvolve o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, atingindo uma cobertura de 75% da população.

b) Rede ambulatorial especializada: O NGA-29, o IAL, o Hemocentro, a SUCEN, os ambulatórios dos hospitais conveniados, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico contratados e os serviços de vigilância sanitária,

epidemiológica e controle de vetores são referências para a rede básica (MARÍLIA, 2001b).

c) Rede hospitalar: Sete hospitais, totalizando 1006 leitos operacionais. Destes, 737 são conveniados ao SUS. Dos sete hospitais existentes no município de Marília, um é psiquiátrico, dois são hospitais-escola mantidos pelo estado de São Paulo, um, de 125 leitos, é mantido por uma universidade privada, não contratada pelo SUS e três são filantrópicos conveniados ao SUS (SES, 2001a).

A população de Marília contava ainda, em 2001, com aproximadamente 600 serviços de saúde privados, distribuídos em consultórios e clínicas médicas; consultórios e clínicas odontológicas; serviços de psicologia; fisioterapia e outros serviços de saúde de apoio diagnóstico e terapêutico (SES, 2001b).

Além dos serviços de saúde já citados, Marília contava com cerca de 1550 estabelecimentos comerciais e industriais de produtos que, direta ou indiretamente, estão relacionados à saúde e que também são objetos de ação da vigilância sanitária, assim distribuídos: 1400 na área de alimentos, 140 na área de medicamentos e dez nas áreas de saneantes domissanitários, cosméticos e correlatos (SES, 2001b).

Oferecendo praticamente todos os tipos de serviços de saúde da atualidade, sejam ambulatoriais ou hospitalares, e com gestão plena do sistema de saúde municipal, Marília é destaque, no setor saúde, no estado e país, não só pelas características técnicas e administrativas como pela ação política na área de saúde.

3.2 Impacto na força de trabalho

Na maior parte das vezes, Recursos Humanos – RH - referem-se ao contingente de pessoas que trabalham ou prestam serviços para determinada organização, e o conceito pode ser limitado à sua força de trabalho - empregados e gerentes – mais diretamente ligados ao trabalho rotineiro de empresa (centro operacional) ou aplicado à totalidade de pessoas da organização (GOULART, 1998). Numa vertente mais ampliada, inclui-se entre os RHs da saúde, a própria população usuária dos serviços, uma vez que para a promoção da saúde, necessita-se de participação ativa dos clientes / pessoas (Ibid.).

Para abordar a dimensão RH, é fundamental que associemos este campo com o das organizações de saúde, uma vez que os sujeitos ou atores sociais competem entre si para fazer prevalecer seus próprios interesses, sendo, portanto, agentes de mudança (HUERTAS, 1996).

As organizações governamentais e não governamentais desempenham papel cada vez mais importante na sociedade, influenciando as mudanças sociais e, ao mesmo tempo, sendo influenciadas pelo ambiente em que ocorrem (BLEJMAR, 1999).

Para Blejmar (1999), os homens relacionam-se com as organizações por intermédio do trabalho, o qual constitui o elemento principal das práticas e dos processos de mudança. Segundo este mesmo autor, o trabalho “contribui para a transformação de ser humano em sujeito social”, ou seja, uma pessoa em busca de seu papel pessoal / profissional / social diante do que se passa ao seu redor. Os verdadeiros controladores do processo de produção do trabalho e também do processo de mudança são os profissionais que operam os serviços (SANTANA, 2001).

De acordo com Santana (2001), “o sucesso de uma organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes”. No caso das organizações de saúde, por serem organizações profissionais, dependem, em primeiro lugar, de seus operadores, pois a formação e as normas profissionais formalizam o saber e as habilidades desses profissionais de saúde (DUSSAULT, 1992).

Os sujeitos envolvidos na mudança ocupam espaços, os quais podem ser nacional, estadual e municipal, mas, segundo Blejmar (1999), é no espaço institucional que ocorrem as inter-relações humanas, o conflito, o limite, a disputa de poder, a resistência e, também é nesse espaço que as influências políticas e administrativas terão seus êxitos.

A organização dos serviços de saúde, de acordo com Dussault (1992), também depende do ambiente sócio-político, estando exposta a interferências de objetivos estranhos àquela organização, originadas do próprio poder público – político ou administrativo.

Em função do contexto das políticas de ajuste que se realizaram na década de 90, na América Latina, as reformas na saúde no Brasil têm acentuado a complexidade do processo de qualificação e desqualificação da força de trabalho na área de saúde (PIERANTONI, 2001). A contenção do gasto público, segundo esta mesma autora, tem refletido diretamente na redução do pessoal e da remuneração desses trabalhadores. O esvaziamento de servidores das Secretarias Estaduais de Saúde, em termos quantitativos e qualitativos, é a mais clara estratégia de adaptação à nova realidade econômica (Ibid.).

Uma das principais alterações verificadas no mercado do setor de saúde, na década de 90, foi a mudança quantitativa no perfil do emprego, com duas características distintas: aumento da participação relativa de pessoal administrativo e de controle, e preferência dos

empregadores por profissional melhor qualificado e com maior nível de escolaridade formal (GOULART, 1998).

A dimensão que cerca o tema RH incorpora nos processos de trabalho em saúde diferentes profissionais com especificidades distintas, além de um número expressivo de trabalhadores sem formação específica para o trabalho a ser desenvolvido na área de saúde, particularmente na vigilância sanitária (PIERANTONI, 2001).

A qualificação dos Recursos Humanos em saúde tem sido amplamente debatida entre órgãos de classe, instituições formadoras, gestores de serviços, sindicatos e associações de defesa dos trabalhadores, mas, como afirma Cordeiro (2001), “nunca foram colocadas em prática políticas coerentes e continuadas de pessoal de saúde”.

A descentralização dos serviços de saúde gerou um problema na área de RH - a semimunicipalização – que, por sua vez, gerou uma situação conflituosa, porque a gestão do trabalho foi descentralizada, enquanto o vínculo formal e a gestão salarial mantiveram-se nas esferas estaduais e federal (GOULART, 1998). Passaram a existir, nas unidades descentralizadas, distintos critérios de benefícios, incentivos e gratificações salariais, carga horária e regras de afastamentos divergentes, além de diferença salarial. Essa situação, segundo Cordeiro (2001), determina a cronificação dos problemas funcionais e administrativos que geram conflitos, insegurança e discriminação entre os trabalhadores das unidades descentralizadas.

Atualmente, uma das preocupações dos gestores de saúde direciona-se à inovação das formas (diversas) de gestão de pessoal nas organizações de saúde, como gestão participativa, remuneração por

produtividade ou desempenho e flexibilização dos contratos de trabalho (GOULART, 1998).

O estímulo do Ministério da Saúde para implantação de alguns programas: Saúde da Família, combate ao *Aedes aegypti*, Agentes Comunitários de Saúde e, a criação de agências para coordenação das ações de vigilância sanitária e para controle da saúde suplementar, na década de 90, foi incentivo para diversas formas de contratação de pessoal nos municípios e estados. Segundo Cordeiro (2001), essa flexibilização contratual tem gerado a insatisfação dos servidores, baixa estima, diminuição do compromisso e descontinuidade na prestação de ações de saúde. O trabalho temporário não propicia a educação continuada e desestimula os serviços à capacitação do pessoal, acentuando ainda mais a gravidade da situação dos RHs em saúde.

Entre as tendências do mercado de trabalho, a terceirização da contratação de serviços na saúde tem atingido, além dos serviços gerais de limpeza, vigilância e manutenção, também os serviços dos profissionais e técnicos de saúde.

Essa terceirização do trabalho não se aplica à área de vigilância sanitária, uma vez que é um serviço exclusivo da administração pública, constituindo-se monopólio do Estado, com caráter de poder de polícia (administrativa). As ações de vigilância sanitária, segundo Costa (1994), são competências governamentais exclusivas de um só nível de governo e regidas pelo princípio da legalidade, não podendo, portanto, ser transferidas ou delegadas a outros entes que não do poder público, representante do Estado.

3.3 Descentralização político-administrativa

A descentralização surgiu na cena política mundial, incorporada à proposta de construção do Estado Moderno, como estratégia para redução do gasto público, principalmente a partir da crise fiscal do Estado, passando a ser imprescindível à lógica dos governos neoliberais (TOBAR, 1991).

No contexto das reformas da saúde, a descentralização, para Teixeira (1992), foi instituída como uma estratégia democrática de transferência das ações e serviços de saúde para órgãos públicos mais ligados às necessidades e condições locais, assim como uma proposta de desenvolvimento do sistema nacional de saúde. Sua formulação técnica, administrativa e política visava atingir a universalização, a equidade e a participação social, não focalizados na perspectiva meramente racionalizadora de redução do gasto público (Ibid.).

A descentralização, visando à redução do gasto público, proposta pelo Banco Mundial, estava associada, para Teixeira (1992), à privatização dos setores sociais, sendo também uma proposta dos governos neoliberais, opondo-se, portanto, às perspectivas democráticas da reforma sanitária.

Como já referido, nas décadas de 80 e 90, a política e a organização do sistema de saúde no Brasil passaram por importantes mudanças, cabendo destacar a descentralização, com ênfase na municipalização, diretriz expressa na Constituição de 1988 e um dos princípios da Lei Orgânica da Saúde e das Normas Operacionais Básicas – NOBs - estabelecidas nos anos 90, conforme vemos no art. 198 da Constituição Federal de 1988 (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:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.”

E também no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde-Lei 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.”

A descentralização implica em 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). Desse modo, para Teixeira (1992), a população só pode ser beneficiada, uma vez que *“a descentralização é um processo social e político de ruptura da centralização”*.

Já Santos (1992) vê 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 lhes são de legítimo direito, ou seja, aproximar as fontes de decisão, dos locais onde os serviços estão sendo prestados e geridos.

A descentralização abrange tanto a 'desconcentração', entendida como delegação de competência para execução de serviços para o nível local, sem deslocamento do poder decisório, como a 'devolução de poderes', isto é, conceder legalmente (alocar) os poderes de decisão e de execução, aumentando a autonomia local (TEIXEIRA, 1992).

A desconcentração, para Lobo (1989), *"é um processo de dispersão físico-territorial de instituições governamentais inicialmente localizadas de forma concentrada"*. Já a descentralização implica necessariamente redistribuição de poder e, portanto, uma multiplicação dos espaços de poder político e de meios para executá-la (recursos físicos, financeiros e humanos) e, nesse sentido, inclui a desconcentração.

Por ser organizada segundo uma lógica administrativa, Lobo (1989), não acredita na viabilidade, e muito menos na eficácia, de uma descentralização feita por decreto, uma vez que a decisão pode ser e é política, mas sua implementação eficaz e eficiente é de caráter administrativo. Por exemplo, no contexto da Reforma Sanitária, a descentralização foi um princípio organizacional formulado para atingir princípios anteriores e superiores a ela: universalidade, integralidade e equidade dos serviços de saúde (TOBAR, 1991).

Considerando que a descentralização implica em uma "transformação na estrutura do poder", espera-se o enfrentamento de resistências (TEIXEIRA, 1992). Assim, para criar condições de apoio político e técnico e não comprometer o processo, Lobo (1989), considera

que os princípios norteadores de flexibilidade, gradualismo, progressividade, transparência e controle social devem ser adotados.

Para o bom andamento de um projeto de descentralização, Teixeira (1992) enumera pré-condições, das quais citaremos aquelas de interesse para nosso estudo:

- a) As relações intergovernamentais devem ser de apoio e não de rivalidades;
- b) Os objetivos devem ser claramente definidos;
- c) O processo de implantação deve ser flexível e progressivo, levando-se em conta as diferenças locais;
- d) A capacidade local deve ser fortalecida por meio da transferência de competências, delegação de poderes sobre uso de recursos, treinamento e qualificação de pessoal.

A descentralização para Lobo (1989) se distingue em três vertentes:

- a) Horizontal: *“Aquela praticada no sentido da administração direta para a indireta”*. Refere-se à passagem de poder às autarquias, fundações, empresas públicas etc. Ao mesmo tempo em que permite às instituições maior flexibilidade para incorporar a lógica do lucro, outorga iguais facilidades para gerar privilégios dentro da Administração Pública;
- b) Vertical: Deslocamento do poder entre os distintos níveis do governo. *“Trata-se da transferência de poder federal aos governos estaduais e municipais”*, podendo se dar sob o aspecto financeiro e o político-institucional. O risco de uma descentralização estritamente financeira é que se efetue o repasse dos recursos mantendo a centralização do conhecimento técnico-científico. Só

se beneficiariam da descentralização as unidades locais que tenham um aparato técnico-burocrático desenvolvido. Na descentralização político-institucional, muitas vezes se corre o risco de estar favorecendo sistemas clientelistas;

- c) No plano da relação Estado-Sociedade e Estatismo-Privatismo: Os autores chamam *“privatizantes os movimentos que subtraem problemas do espaço público e o repassam para o privado”*. Pode haver a modalidade comunitarista que propugna maior articulação entre o Estado e as organizações da sociedade civil (sindicatos, associações de moradores) e a privatista que propugna diretamente a privatização dos serviços públicos.

Ainda para Lobo (1989), a municipalização, é um processo vertical de descentralização, em que o poder da União, nos aspectos político e financeiro, deveria ser transferido aos estados e municípios. Teixeira (1992) concorda com Lobo, quando esta afirma que a municipalização é a descentralização territorial, inerente à organização federada, e acrescenta que, a transferência de funções ou competências do governo central (União ou estados) só pode ser concretizada mediante dispositivos legais, por exemplo, constitucionais.

Concluimos que municipalizar é investir as estruturas políticas e técnico-administrativas do município de autoridade para o planejamento e a construção das políticas de saúde locais e de competência para execução das ações e gestão dos serviços de saúde sob sua responsabilidade.

3.4 Vigilância Sanitária: história e conceito

No bojo das políticas sociais do período da Revolução Industrial, surgiu nos países da Europa, a polícia médica, cuja função era a de impor normas de conduta visando à saúde pública (COSTA, 1994). Nesse contexto, passou a haver também o controle sobre o exercício da medicina, funcionamento dos hospitais, saneamento ambiental, normas e controle sobre a produção e comércio de medicamentos, de bebidas e alimentos, demarcando, assim, os campos do que hoje se conhece como vigilância sanitária e epidemiológica (Ibid.).

No início do século vinte, a mobilização da população dos Estados Unidos da América, após denúncias das condições de abate de gado e péssima qualidade da carne, levou à primeira legislação de controle de qualidade de alimentos e medicamentos, iniciando-se um longo processo legislativo de proteção e defesa da saúde coletiva, mais tarde contemplada com leis sobre o controle de qualidade da água, ar, agrotóxicos, rodovias, veículos, ambiente de trabalho etc. (COSTA, 1994).

No Brasil Colônia e Império, as primeiras ações de saúde pública 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, e logo em seguida, foi instituída também a regulamentação do exercício profissional na área de saúde.

A Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, órgão do Ministério da Saúde, fez parte da história da saúde pública no país. Foi o órgão normativo mais específico das propriedades da vigilância sanitária, criado na década de 70, em substituição, no nível federal, ao antigo Serviço de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SES, 1990). Coordenou, normatizou e executou ações de vigilância sanitária por três décadas,

sendo transformado, em 1999, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999).

No estado de São Paulo, em 1892, foi criado o Serviço Sanitário, que absorveu as ações da antiga Inspetoria Geral de Higiene da Província de São Paulo e foi reorganizado, no ano seguinte, regulamentando atribuições sanitárias aos municípios e ao estado, dando mais enfoque nas ações dos municípios, de controle da higiene e saneamento do meio (SES, 1990). 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.

O primeiro código sanitário da estado de São Paulo, com 520 artigos, foi decretado em 1894. Tratava de assuntos relacionados ao meio ambiente, saúde do trabalhador, comércio de alimentos, serviços de saúde e afins (SES, 1990). O segundo código, de 1911, e o terceiro, de 1918, apresentavam poucas modificações, incluindo a fiscalização do exercício profissional e um sub-código sanitário rural (SES, 1990).

Gradativamente, foram incorporadas outras funções à vigilância sanitária, como o controle de alimentos e de outros serviços, direta ou indiretamente, relacionados à saúde, como também foi ocorrendo, entre vários órgãos de vários ministérios, a divisão das competências para a realização das ações sobre produtos, condições de ambientes e serviços, resultando em uma situação de superposição de ações, às vezes, até de conflito entre a vigilância sanitária e a multiplicidade de órgãos e instituições que, de uma forma ou de outra, mantinham uma interface com o campo de atuação da vigilância sanitária (COSTA, 1994).

Da década de 20 à década de 70, foi observada uma tendência centralizadora em direção ao nível federal e estadual. O papel dos municípios nas ações de vigilância sanitária permaneceu extremamente reduzido (SES, 1990).

Com a reforma administrativa do estado de São Paulo, em 1968, as ações de vigilância sanitária foram estruturadas pela Secretaria de Estado da Saúde de forma departamentalizada, alocadas nas várias coordenadorias desta secretaria.

Em 1978, foi promulgado o penúltimo código sanitário do estado de São Paulo, que está em vigor até hoje, o qual reduziu as atribuições na área de meio ambiente, pois outro órgão do governo, a CETESB, passou a ter essa competência. Uma Norma Técnica Especial, aprovada pelo Decreto nº 13248/79, possibilitava que os municípios assumissem a aprovação prévia de projetos de edificações, por meio de delegação de competência atribuída pela SES (SES, 1990). Esse foi o primeiro instrumento legal de que temos conhecimento: de transferência de ações do estado para os municípios, embora com caráter de desconcentração.

O Centro de Vigilância Sanitária - CVS, órgão normatizador e coordenador das ações de vigilância sanitária no estado de São Paulo, foi criado pelo Decreto nº 26048, de 15 de outubro de 1986, a partir de uma nova reformulação da SES (SÃO PAULO, 1986). Os órgãos de fiscalização, que antes faziam parte das Coordenadorias, foram absorvidos, na sua maioria, pelo CVS. Este decreto também definiu que as ações de vigilância sanitária no estado seriam executadas pelas equipes técnicas dos ERSAs, órgãos também criados em 1986, durante a reforma administrativa da SES (Ibid.).

Com a implantação do processo de municipalização dos serviços estaduais de saúde no estado, através das AIS e do Decreto nº 27140, de 30 de junho de 1987, os Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde municipalizadas podiam executar as ações de vigilância sanitária, por delegação expressa, mediante portaria do diretor do ERSa (SÃO PAULO, 1987). Os funcionários deveriam ser designados pelo secretário de estado da saúde, por proposta do ERSa e CVS. Em 20 de maio de 1988, o Decreto nº 28410 previa que as ações de vigilância sanitária podiam, ainda, ser executadas, mediante convênio, por unidades locais (municipais) de saúde (SÃO PAULO, 1988).

Nesse período, as ações de vigilância sanitária executadas pelas Unidades de Saúde a serem municipalizadas 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 (SES, 1990). A maioria das ações eram executadas pelas equipes dos ERSAs. Esta situação contribuiu para a não assunção das ações pelos municípios e, conseqüentemente, a centralização das mesmas nos ERSAs.

Diante da possibilidade de unidades locais de saúde executarem ações de vigilância sanitária, no processo de descentralização/municipalização do SUDS, na segunda metade da década de 80, o CVS desmembrou as ações de vigilância sanitária em três níveis de complexidade, considerando o grau de dificuldade na sua execução (SES, 1990):

- As ações de nível I abrangiam aquelas voltadas para a higiene e saneamento do meio, além da fiscalização de ambientes de lazer, beleza e esportes e o comércio de alimentos.

- As de nível II abrangiam as de nível I mais o comércio dos demais produtos de interesse à saúde, a produção de alimentos e os serviços de saúde menos complexos, incluindo as casas de repouso.
- As ações de nível III abrangiam as anteriores mais a fiscalização da produção de medicamentos, drogas, insumos, saneantes, cosméticos, perfumes e correlatos, além dos serviços de saúde mais complexos.

As ações sempre compreendiam a aprovação dos projetos, licenciamento ou cadastramento e fiscalização. Havia também algumas ações não passíveis de serem executadas pelas unidades locais ou municipais, como por exemplo, as relacionadas à hemoterapia, radiação ionizante e outras (SES, 1990).

No início dos anos 90, sob as orientações das NOBs, poucos municípios do estado de São Paulo, assumiram todas as ações de vigilância sanitária. Nem mesmo aqueles em Gestão Semi-plena, segundo a NOB-96, o fizeram. Na verdade, vários municípios já executavam ações básicas de vigilância sanitária, dentro das recomendações do SUDS, mas não tinham subordinação local, ou seja, o poder decisório permanecia no nível regional.

Os critérios utilizados para divisão das ações de vigilância sanitária foram revistos a partir da NOB-96, numa lógica de reorganização de um sistema de informação, frente ao processo de descentralização. As ações foram divididas em três blocos, por complexidade: ações básicas, ações de média complexidade e ações de alta complexidade em vigilância sanitária (ANEXO 1), sendo recentemente atualizadas (SES, 2002).

A partir de 1995, com a nova reestruturação da SES, se intensificou o processo de reflexão do novo papel do estado dentro do sistema de saúde atual. Apesar do atraso, no início de 1998, foi efetivada legalmente a descentralização da gestão da saúde conforme a NOB-96, para todos os municípios do estado de São Paulo.

Dos 37 municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde de Marília, oito optaram pela Gestão Plena do Sistema de Saúde, assumindo, até o momento, as ações básicas e de média complexidade em vigilância sanitária e, integralmente, as outras áreas de saúde. Os demais municípios escolheram a Gestão Básica do Sistema, assumindo somente a atenção básica de saúde, inclusive na área de vigilância sanitária.

Com a NOB-96 em vigor, mesmo depois da edição da NOAS SUS 01/01, a DIR - XIV continua executando as ações de alta complexidade em vigilância sanitária em todos os municípios, além das de média complexidade naqueles que optaram por Gestão Básica do Sistema. Portanto, atualmente, a vigilância sanitária regional, além da função de execução, passou a ter um papel de cooperação técnica, coordenação regional e de capacitação dos técnicos das equipes municipais.

A definição de vigilância sanitária - VISA, anunciada pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), passou a ser, conforme o artigo 6º, parágrafo 1º, a seguinte:

“Entende-se por vigilância sanitária 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:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.”

Esta definição, para Eduardo (1998), amplia 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.”

A intervenção do Estado se dá por intermédio de normas e regulamentos, que seus agentes e órgãos devem cumprir e fazer cumprir, disciplinando e restringindo direitos e liberdades individuais em favor do direito público (FANUCK, 1987). Este poder, que é inerente às instâncias da administração pública, é chamado de poder de polícia, cuja razão, para Fanuck (1987), é o interesse social e cujo fundamento se assenta na supremacia que o Estado exerce sobre as pessoas, bens e atividades de seu território. Com base jurídica, o exercício desse poder é regido pelo princípio da legalidade, por meio do qual os limites do poder de polícia do Estado são demarcados, por um lado, pelo interesse social e, por outro, pelos direitos individuais, que também se apóiam numa ordem jurídica, assegurados na Constituição (Ibid.).

Com a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) assumindo a saúde como um direito fundamental do ser humano e atribuindo ao Estado o papel de provedor dessas condições, cabe ressaltar que das oito atribuições do SUS, definidas no artigo 200 da Carta, cinco são da área de atuação da vigilância sanitária:

“I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

(...)

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

As normas e regulamentos, os quais o Estado utiliza para cumprir seu papel social, podem e devem ser criados pelas três esferas da administração pública, conforme ensina a Carta Constitucional. No entanto, sempre os regulamentos federais se sobrepõem aos demais.

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) dispõe, no seu artigo 15, as atribuições comuns à União, aos estados e aos municípios, exercidas no âmbito administrativo de cada um. Dentre elas, citamos:

“Inciso XX – Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.”

Segundo a Lei Orgânica de Saúde, compete à União a definição e coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e apenas em caráter especial, execução das ações (BRASIL, 1990a). Também cabe à esfera federal promover a descentralização dos serviços e ações de saúde (Ibid.).

A mesma lei define a competência dos estados, de coordenação e, em caráter complementar, de execução das ações de vigilância sanitária, além da promoção da descentralização das ações e serviços de saúde. Já aos municípios compete a execução dos serviços de vigilância sanitária e normatização, apenas complementar, das ações de saúde, no seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990a).

Apesar das modificações de enfoques conceituais, ao longo dos últimos dois séculos, e da ampliação, mais recentemente, de seu campo de atuação, a prática de vigilância sanitária parece manter suas características mais antigas, especialmente as atribuições e as formas de atuar assentadas na fiscalização, na observação do fato, no licenciamento de estabelecimentos, no julgamento de irregularidades e na aplicação de penalidades, funções decorrentes de seu poder de polícia (EDUARDO, 1998). Essas são características mais conhecidas pela população ainda nos dias de hoje. Suas outras características, normativa e educativa, representam um importante passo na evolução de uma consciência sanitária e em sua finalidade de defesa do direito do consumidor e da cidadania (Ibid.).

A vigilância sanitária representa, assim, um componente essencial da reforma sanitária, entendida como processo social e político

de reorientação e reorganização das práticas de saúde para a transformação da atual situação sanitária (COSTA, 1994).

***Procedimientos
Metodológicos***

4.1 Fundamentos metodológicos

Os passos metodológicos foram iniciados com a indicação e justificativa do tipo de estudo e seguiu com o critério de escolha dos sujeitos, instrumento de coleta do material e terminou com a técnica de análise dos dados. A descrição do cenário que constituiu o campo do estudo será abordada no capítulo seguinte.

Adotamos o método qualitativo uma vez que, por meio dele, podemos analisar aspectos subjetivos dos dados da pesquisa, a percepção sobre o objeto em estudo, a compreensão pelos sujeitos do contexto institucional no qual estão inseridos e a relevância do objeto em estudo para eles.

A utilização da abordagem qualitativa justifica-se pela intenção de considerar o sujeito no seu contexto histórico, por meio do qual é possível compreender os significados, os valores, as atitudes e as opiniões desses sujeitos.

A pesquisa 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).

Foi fator facilitador para a apreensão do objeto em estudo – municipalização das ações de vigilância sanitária em Marília – o fato de a entrevistadora fazer parte do processo em estudo, ou seja, trabalhar no serviço de vigilância sanitária da Direção Regional de Saúde de Marília, uma vez que, segundo Lüdke e André (1986), a pesquisa qualitativa supõe o “contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada”.

4.2 Escolha dos sujeitos

Inicialmente foram selecionados 36 sujeitos para a entrevista, compreendendo a totalidade de profissionais envolvidos com a área de vigilância sanitária em Marília. Destes, foram excluídos 16 sujeitos por não terem participado do processo de municipalização da vigilância sanitária de forma que pudessem contribuir com este estudo. Assim, contávamos, nesse momento, com 20 sujeitos. Na fase de coleta dos dados, mais oito sujeitos foram excluídos do estudo, seis por serem recém contratados pelo município e dois por terem sido transferidos para outros municípios.

Deste modo, participaram do estudo 12 sujeitos, os quais foram entrevistados e identificados como “Ent” de 1 a 12. Sendo este um estudo qualitativo, não houve preocupação com a quantidade de participantes / entrevistados, e, sim, com a totalidade das representações. Segundo Deslandes (1999), na pesquisa qualitativa os sujeitos da pesquisa devem ser aqueles que têm uma vinculação significativa com o problema a ser investigado. Outrossim, a diversidade de sujeitos no grupo de informantes possibilitou a apreensão de semelhanças e diferenças e, de certa forma, ampliou a discussão sobre o objeto em estudo, conforme propõe Minayo (1999).

Os entrevistados, funcionários do serviço de vigilância sanitária do município de Marília, da divisão de vigilância sanitária da DIR-XIV-Marília e da direção do sistema de saúde local e regional, ficaram assim distribuídos:

- Dois ocupantes de cargos de direção;
- Dois funcionários do município;
- Quatro funcionários do estado;

- Quatro funcionários municipalizados provenientes do estado.

Para alguns entrevistados foi necessário definir o significado da palavra *ações* de vigilância sanitária, uma vez que, durante a entrevista, essas ações foram referidas pelas categorias baixa, média ou alta complexidade, ou simplesmente, descrevendo o tipo do serviço ou ação, por exemplo: fiscalização em bares, restaurantes, lanchonetes (comércio de alimentos), piscinas, drogarias, farmácias, hospitais, consultórios odontológicos e médicos, indústrias de alimentos, ou ainda, saneamento do meio e outros.

A legislação atual classifica essas ações por complexidade e risco à saúde, ou seja, ações básicas, de média e de alta complexidade. O elenco das ações se encontra no ANEXO 1.

4.3 Coleta dos dados

Para Triviños (1987), na fase de coleta de dados, devem ser utilizadas técnicas que atinjam a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco ou objeto em estudo, e ilustra ainda que qualquer técnica de levantamento dos dados adquire seu valor mediante apoio do referencial teórico e metodológico.

A entrevista foi escolhida como técnica para coleta dos dados, visando obter informações pertinentes sobre o objeto em estudo. Alves-Mazzotti e Gewandszneider (1998) acreditam que “por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários”.

A entrevista foi orientada por um roteiro (ANEXO 2) composto por questões específicas, previamente formuladas, sendo que o entrevistado tinha plena liberdade de resposta, com seus próprios termos, inclusive de não responder, se assim quisesse. Dessa maneira, o roteiro representou uma ferramenta que facilitou a abertura e o aprofundamento da comunicação, visando apreender o ponto de vista dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 1999).

As questões do roteiro foram formuladas com base na observação da prática administrativa da entrevistadora e no referencial teórico-metodológico.

Por meio desse instrumento de coleta dos dados, aplicado por meio da técnica de entrevista, pretendeu-se configurar os elementos que contribuíram para a história do processo de descentralização das ações de saúde, particularmente da vigilância sanitária, sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, no contexto das transformações do sistema de saúde nacional e local.

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 nº 196/96.

Como inicialmente pensamos em um cenário mais amplo, foi realizado um estudo piloto em dois municípios da região, na tentativa de adequação do roteiro de entrevista aos objetivos do estudo. Na seqüência, foi reduzido o universo de estudo, passando a ter como cenário apenas o município de Marília, pois as diferentes formas de gestão do sistema de saúde dos municípios, tornariam o estudo complexo e fugiria dos objetivos do trabalho.

Os encontros foram agendados e, a cada entrevista, esclarecidos o objetivo, a garantia do sigilo e a necessidade de gravação,

bem como a solicitação do consentimento do entrevistado em participar da pesquisa. As entrevistas, com duração de 25 a 45 minutos, foram realizadas nos meses de dezembro de 2001 e janeiro de 2002, gravadas e, posteriormente, transcritas, contendo a íntegra de todo o material fornecido pelos informantes, assim disponível para a análise dos dados.

4.4 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi adotada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977): “Uma técnica de investigação, que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”

Empregamos este método porque, segundo Triviños (1987), “ele se presta para o desvendar das ideologias que podem existir nas disposições legais, princípios, diretrizes, etc., que, à simples vista, não se apresentam com a devida clareza.”

É importante destacar que as fases de coleta e análise dos dados se retroalimentam constantemente, por isso, as idéias dos sujeitos foram consideradas, analisadas e relacionadas constantemente com o referencial teórico e cenário do estudo.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, a análise por categorias ou temática foi a que melhor se adequou à investigação qualitativa escolhida neste estudo. Segundo Bardin (1977), “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”. Os núcleos ou temas foram sendo determinados de acordo com o que eles significaram para o objeto em estudo e objetivos propostos.

Na aplicação da análise de conteúdo, foram utilizadas técnicas que captaram informações objetivas e subjetivas, as quais permitiram a dedução ou inferência de significados na relação dos achados das entrevistas com o referencial teórico.

A operacionalização da análise de conteúdo seguiu os passos propostos por Bardin (1977): a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados e interpretação.

Na fase de pré-análise, que é a organização do material de estudo e sistematização das idéias iniciais, o desenvolvimento das operações se iniciou com leituras flutuantes, por meio das quais foi possível entrar em contato com o material. A leitura permitiu a escolha de índices e operações de recortes do texto ou unidades de registro visando à categorização.

Na fase de exploração, o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referencial teórico. Assim, surgiram indicadores que possibilitaram uma classificação por categorias empíricas, ou seja, aquelas construídas no decorrer da análise. As categorias formuladas neste estudo foram:

- a) Movimento de mudança;
- b) Qualificação dos recursos humanos;
- c) Perda de espaço e poder na municipalização;
- d) Conflito nas relações de trabalho;
- e) Organização gradativa do serviço de vigilância sanitária municipal.

Na fase de tratamento dos resultados, foram estabelecidas relações e deduções baseadas na reflexão e no referencial teórico, as

quais permitiram a construção de um quadro de resultados e considerações sobre o estudo.

Este estudo qualitativo não tem a pretensão de generalizar suas conclusões, embora seja possível encontrar situações similares em contextos com estrutura organizacional de saúde semelhante. Vislumbramos que ele possa servir como suporte para compreensão da gestão pública, particularmente no campo da saúde pública e de vigilância sanitária.

*Cenário da
Investigação*

5.1 Caracterização geral do município

Marília é uma cidade de médio porte, situada no Centro Oeste Paulista, a uma distância de 455 Km, por rodovia asfaltada, da capital do estado de São Paulo, com uma área territorial de 1.170 Km² (MARÍLIA, 1999). A população do município era de 197.153 habitantes, no ano de 2000, sendo que a maioria encontrava-se na área urbana, correspondendo a 96,11% da população e a estimativa populacional, para 2001, foi de 201.574 habitantes (IBGE, 2002).

A cidade surgiu em decorrência da expansão da cultura do café no Estado de São Paulo. Com o prolongamento da malha ferroviária pela Companhia Paulista de Estradas de Ferro, às margens da ferrovia, entre 1923 e 1926, formaram-se os patrimônios “Alto-Cafezal” e “Vila Barbosa”. Em 1926, foi criado o Distrito da Paz de “Marília”, elevado à condição de município, em 1929, nome este recomendado pelo Deputado Bento de Abreu Sampaio Vidal, em homenagem ao livro “Marília de Dirceu”, de Thomaz Antonio Gonzaga (MARÍLIA, 1999).

O crescimento urbano foi intensificado por volta de 1935, com o início da industrialização incentivada pela associação da cultura do amendoim e algodão à já estabelecida cultura do café. Com a decadência do café, na década de 70, a pecuária passou a predominar. O desenvolvimento de Marília foi incrementado com a instalação de universidades e o conseqüente crescimento das atividades comerciais e de serviços (MARÍLIA, 1999).

O município de Marília, por ser sede de região administrativa, representa um grande pólo de desenvolvimento regional, concentrando grande variedade de prestação de serviços público e privado, destacando-se as atividades de ensino, saúde e profissionais liberais. Vem apresentando, nos últimos anos, um importante crescimento

industrial, principalmente na produção de alimentos e esquadrias metálicas (MARÍLIA, 2001b).

Vale ressaltar que a presença de universitários em Marília tem importância não só em relação à economia local, quanto na apropriação do espaço urbano, incrementando o mercado imobiliário e também trazendo mudanças na arquitetura urbana, com a verticalização dos imóveis.

Com uma alta taxa de urbanização, déficit habitacional e desemprego, a expansão das favelas foi inevitável, sendo identificados atualmente, pelas lideranças dos bairros periféricos, vários aglomerados urbanos, totalizando, aproximadamente 400 moradias.

A pavimentação das vias públicas é cerca de 80% da zona urbana, distritos e núcleos habitacionais. O clima do município é temperado, com invernos secos e verões úmidos, sendo a região montanhosa.

O município é pólo regional na área de ensino médio e superior e destaque no estado por priorizar no planejamento municipal a área de educação infantil e fundamental, contabilizando 40 escolas e uma taxa de alfabetização de 93,9%, em 2000 (MARÍLIA, 2001b). Duas universidades, conjuntamente com duas faculdades isoladas, oferecem em torno de 14.000 vagas anuais (Ibid.).

Vale lembrar que, na área de formação de recursos humanos para a saúde, há no município dois cursos de medicina, dois de enfermagem, um de nutrição, um de farmácia e bioquímica, um de odontologia, um de fisioterapia, dois de fonoaudiologia, um de psicologia, um de veterinária e um de serviço social. Encontram-se também vários cursos de pós-graduação, técnicos ou de capacitação voltados à área de saúde. Na área de saúde coletiva, poucos cursos foram realizados até o

momento. Particularmente na área de vigilância sanitária, somente foram organizados cursos à clientela restrita pelos serviços estadual e municipal.

O município conta com uma rede de serviços na área social, com projetos voltados a famílias carentes, menores abandonados, geração de renda, população de rua entre outros. Esses projetos são mantidos em parceria, pelo município, estado e entidades beneficentes. Diversas igrejas também estão cadastradas no Conselho de Assistência Social, e prestam atendimento sócio-familiar. Há três asilos de idosos e aproximadamente quinze creches privadas ou mantidas por entidades beneficentes, além daquelas mantidas pelo poder municipal (MARÍLIA, 1999).

5.2 Perfil epidemiológico - sanitário

O Coeficiente de Mortalidade Infantil vem diminuindo no município de Marília de forma gradativa, desde a década de 80. De valores próximos a 60 óbitos por mil nascidos vivos, no início daquela década, para 18,61, em 2000, contemplando, de forma mais acentuada o componente pós-neonatal (Tabela 1). Houve queda do Coeficiente de Mortalidade Geral de 7,37 por mil habitantes, em 1980, para 6,22, em 2000 (SEADE, 2002).

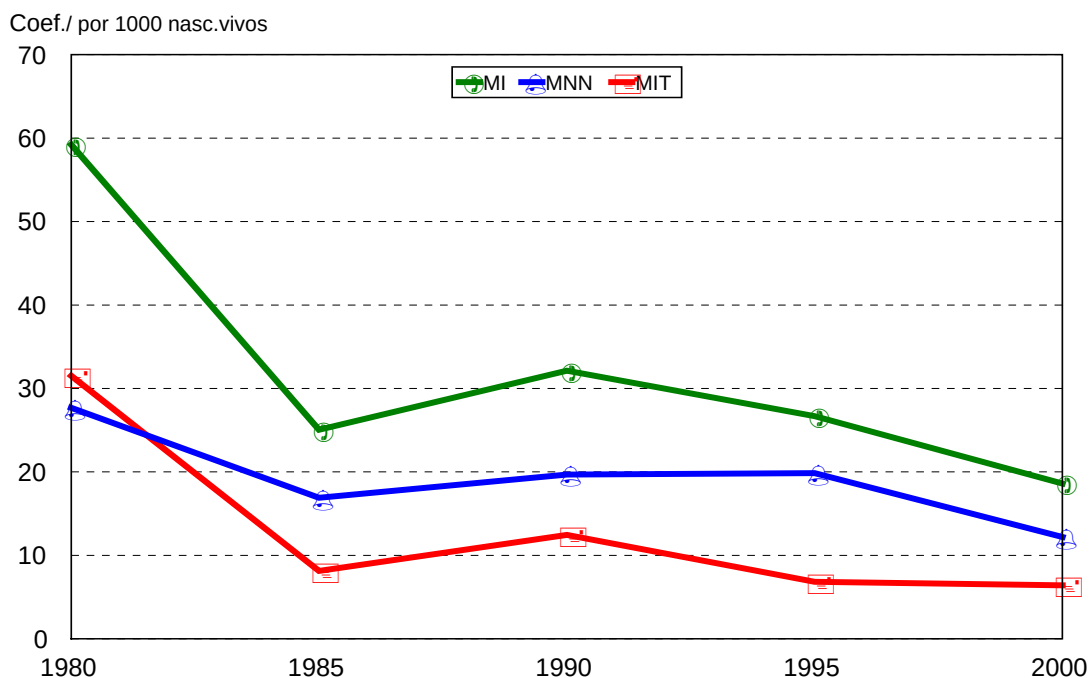
Tabela 1 – Evolução dos Coeficientes de Mortalidade Geral-MG, Mortalidade Infantil-MI, Mortalidade Neonatal-MNN e Mortalidade Infantil Tardia-MIT, Marília, 1980 a 2000.

Ano	Coef. MG	Coef. MI	Coef. MNN	Coef. MIT
1980	7,37	59,20	27,69	31,52
1985	6,29	25,04	16,91	8,13
1990	6,34	32,12	19,69	12,44
1995	6,37	26,67	19,85	6,82
2000	6,22	18,61	12,20	6,41

Fonte – SEADE

Observa-se, no Gráfico 1, que a redução da Mortalidade Infantil foi mais acentuada na década de 80.

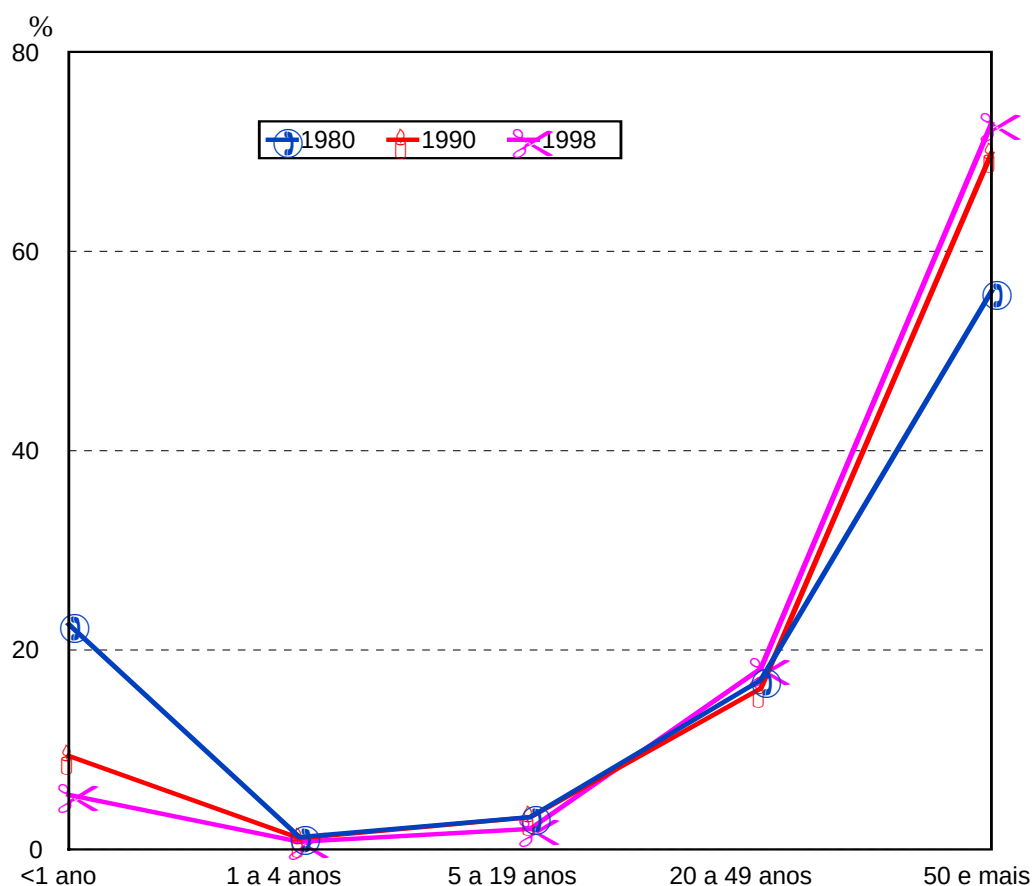
Gráfico 1 – Mortalidade Infantil, Neonatal e Infantil Tardia, Marília, 1980 a 2000.



Fonte: SEADE

Segundo o padrão da Curva de Mortalidade, de Nelson Moraes, o município atingiu nível de saúde elevado no início da década de 90, assim permanecendo até o final dessa década (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Curva de Mortalidade Proporcional, Marília, 1980 / 90 / 98.



Fonte: SIM / DATASUS

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório representou a principal causa de morte em Marília, 24,41% dos óbitos, em 2000 (DATASUS, 2002). Considerando que essas doenças são em geral de evolução lenta e prolongada, intervenções, como técnicas de estímulo à incorporação de hábitos saudáveis de vida, vêm sendo empregadas pelos serviços de saúde municipal e estadual, com objetivo de redução desse indicador (MARÍLIA, 2001).

Muito pode ser dito sobre o estudo da morbidade em Marília, visto a enorme quantidade de dados produzidos pelo Sistema de Informação Ambulatorial empregado na Rede Básica de Saúde Municipal, como também nas unidades de saúde estadual e universitária. No entanto, considerando o objeto em estudo, selecionamos os comentários, dentro das duas vertentes da morbidade: ambulatorial e hospitalar.

Com relação à análise da morbidade ambulatorial em Marília, em 2000, os cinco principais grupos de causas de atendimento nas UBSs e USFs foram: 1º) doenças do aparelho respiratório; 2º) doenças do aparelho circulatório; 3º) doenças do aparelho geniturinário; 4º) doenças Infecciosas e parasitárias; 5º) sintomas, sinais e afecções mal definidas (MARÍLIA, 2001).

Entre os cinco principais grupos de atendimentos, os dois primeiros, doenças respiratórias e circulatórias, representaram mais da metade dos atendimentos nas unidades, no ano de 2000. Embora esse dado não represente a realidade do município como um todo, além de conter desvios decorrentes da oferta de serviços, ele tem sido utilizado como instrumento de avaliação do impacto das ações de saúde desenvolvidas na rede pública municipal (MARÍLIA, 2001).

Destaca-se o combate ao vetor da Dengue - doença infecciosa, de evolução rápida, grave na forma hemorrágica, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* – em Marília, como prioridade da Secretaria, uma vez que, em 2000, registraram-se 490 casos confirmados laboratorialmente (MARÍLIA, 2001).

A morbidade hospitalar é fornecida pelo Sistema de Informações Hospitalares – SIH, gerenciado pelo DATASUS. Os cinco principais grupos de causas de internações, no ano de 2001, foram: 1º) transtornos mentais e comportamentais; 2º) gravidez, parto e puerpério;

3º) doenças do aparelho circulatório; 4º) lesões por envenenamento e causas externas; 5º) doenças do aparelho respiratório. A união dos cinco grupos de causas representa 62.23% do total de internações em Marília, em 2001 (DATASUS, 2002).

Quanto ao saneamento básico do município de Marília, de acordo com informações do serviço municipal responsável pelo sistema de abastecimento público da água para consumo humano, a cobertura de domicílios ligados à rede de abastecimento atinge 99% do total e a origem da água é tanto superficial como subterrânea, recebendo tratamento convencional ou de cloração e fluoretação, respectivamente, sendo que a fluoretação não atinge a totalidade do volume servido.

A cobertura de imóveis ligados à rede coletora de esgoto atinge 95% dos domicílios. Não existe tratamento do esgoto coletado; este é destinado *in natura* aos cursos d'água próximos da zona urbana. Os distritos possuem sistema de tratamento tipo fossa-filtro.

Os resíduos sólidos, domiciliar e industrial, são coletados diariamente, na zona central e em dias alternados nos bairros, pelo Serviço Municipal de Limpeza Urbana. O destino final é um terreno particular, a céu aberto, sendo a cobertura (terra), de periodicidade variável.

Os resíduos sólidos de serviços de saúde são coletados diariamente em todos os hospitais e no Hemocentro da cidade, transportados em veículo diferenciado, com caçamba compactadora, sendo a incineração o destino final. Com periodicidade variável, a coleta na maioria dos estabelecimentos de saúde de pequeno porte não é diferenciada e o destino é o mesmo do lixo comum.

A poluição ambiental no município de Marília caracteriza-se por contaminação dos cursos d'água, próximos ao centro urbano, pelos

esgotos sanitários domiciliares e industriais, que são despejados diretamente nos córregos, sem qualquer tratamento, e, indiretamente, pelo lixo carreado por intermédio das chuvas (MARÍLIA, 1999).

***Construção do serviço
de vigilância sanitária
em Marília***

Para análise e apresentação deste trabalho, foram estabelecidas relações entre o marco teórico e as falas dos sujeitos, cujo conteúdo possibilitou apreender o significado da municipalização das ações de vigilância sanitária na ótica dos referidos sujeitos.

Passaremos à apresentação e interpretação do material coletado nas entrevistas, segundo as categorias empíricas construídas neste estudo: a) Movimento de mudança; b) Qualificação dos recursos humanos; c) Perda de espaço e poder na municipalização; d) Conflito nas relações de trabalho; e) Organização gradativa dos serviços de vigilância sanitária municipal, constituindo, dessa forma, as grandes questões da municipalização da vigilância sanitária em Marília.

6.1 Movimento de mudança

Na visão dos sujeitos entrevistados, a reorganização dos serviços de vigilância sanitária no município - mudança organizacional motivada pela municipalização - influenciou os trabalhadores do setor, levando-os à insegurança diante do desconhecido, traumas e conflitos, além de provocar nos trabalhadores da área, resistência ao movimento de municipalização, em função das novidades que o processo apresentava.

“No início houve muita resistência no sentido da municipalização porque é uma coisa nova que vai acontecer, não se sabe o que vai ter pela frente. Agora [atualmente], eu acredito que não, que já estão se acostumando mais com a idéia.” (Ent. 2)

“Acho que 100% deles [funcionários do estado] não queriam aceitar, de maneira alguma [a municipalização da VISA]. (...)”

*Tudo o que é novo mexe muito com as pessoas...
Insegurança.” (Ent. 3)*

*“(...) no processo de transição, de mudança (...) pode ter
havido realmente uma insegurança.” (Ent. 11)*

*“(...) Essa mudança é sempre traumática, vai existir
resistência, mesmo. Toda mudança é cheia de traumas (...).
Toda mudança gera conflitos.” (Ent. 2)*

A mudança, mesmo que de forma gradual, rompe com o modelo organizacional existente e provoca alterações nas atividades e nos comportamentos, podendo gerar apoios e resistências e, naturalmente, se passa num meio de conflitos. Há, portanto, na organização, uma programação informal entre seus membros para reagirem às mudanças, ou seja, uma cultura organizacional de resistências e provocações.

A mudança organizacional advinda da municipalização das ações de vigilância sanitária implicou em transformação na estrutura do poder, levando, dessa forma, à resistências por parte dos membros do setor, transformação esta também reconhecida em outros estudos citados por Teixeira (1992).

Além dos conflitos e demais características geradas pela municipalização, os sujeitos referiram, nas entrevistas, que a transferência dos trabalhadores do estado para o município foi muito difícil. Sem muitas explicações sobre as mudanças que estavam ocorrendo, de certa forma, os funcionários perderam as referências profissionais.

*“O problema do funcionário do estado é que, de repente, ele
perdeu as referências que tinha, por exemplo, Centro de
Saúde, Distrito Sanitário, ERSA. De repente, muda tudo isso...”*

O ERSA, depois a DIR passam a ter um outro papel. Esse pessoal (...) acabaram sendo colocados no município sem muitas vezes discutir o porquê.” (Ent. 12)

“(...) Isso gerou muitos conflitos, muitos problemas e, foi assim... no tranco (...), pessoal não queria ir de jeito nenhum, (...) não podia nem ouvir falar. (...) Foi assim, uma coisa meio forçada.” (Ent. 3)

“Nós ficamos, um bom período, jogados, na verdade, sem ter alguém, um ponto de referência. (...) Foi um período quase que perdido de vigilância.” (Ent. 11)

A esses sujeitos foram omitidas informações sobre as mudanças propostas pela descentralização, como o deslocamento do poder de decisão para outro órgão da administração pública - o município. O saber e as habilidades dos sujeitos permitiam-lhes deduzir que o poder técnico seria perdido com a municipalização ou, no mínimo, sofreria intervenções constantes do setor regulado - pessoas físicas ou jurídicas, que de acordo com a atividade econômica que exercem, são objetos de atuação da área de vigilância sanitária, portanto, reguladas por esse setor da saúde. Para eles estava claro que, com a municipalização, a autonomia municipal seria relativa, pois seria mais fácil as forças locais manipularem o poder público municipal, estando este mais próximo, tanto fisicamente como politicamente.

Os receios e as resistências podem acentuar-se quando não há divulgação dos objetivos da mudança, no caso a municipalização, e quando o processo é conduzido sem a participação dos sujeitos envolvidos. Podem, então, surgir diferentes formas de interpretação nesse processo e aumentar ainda mais as tensões e os conflitos.

Apoiando-se nas referências de Teixeira (1992), para se criar condições de apoio técnico e político no processo de descentralização, como: transparência, clareza nos objetivos, flexibilidade nas decisões e continuidade, deduzimos que, na municipalização da vigilância sanitária em Marília, tais princípios não foram adotados.

Segundo as falas dos sujeitos entrevistados, as mudanças sensibilizaram os funcionários participantes da municipalização da vigilância sanitária, a ponto deles criarem reações negativas de rejeição, de perdas, de dúvidas, sentimento de inferioridade, dificultando a convivência no trabalho.

“A VISA foi esquecida. Nós ficamos como se estivéssemos jogados num canto. (...) Embora a vigilância seja necessária, os funcionários ali não eram considerados necessários. Era assim que nós nos sentíamos, como se fôssemos realmente nada.” (Ent. 11)

“Quando estava nesse processo de municipalização, eu procurei criar uma barreira na minha cabeça... Procurei não saber (...), não sei se eu estava errado (...). Eu já estava com o pensamento negativo, que não ia dar certo. Então, diante disso, eu procurei não me interar. (...) Eu continuei a minha vidinha, porque eu sabia que não ia dar certo. Olha, e eu cheguei à conclusão, só se melhorar...” (Ent. 4)

A inovação gerada pela mudança organizacional, muitas vezes, cria expectativas e dúvidas, podendo levar os membros da organização a reações de defesa, negando os fatos, ou ao desestímulo diante do descaso visualizado por eles.

Sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, a municipalização, por manter os órgãos de decisão e executores de

serviços de saúde mais próximos da população, acentua a vulnerabilidade da área de vigilância sanitária às pressões políticas e de outros grupos de interesse. Para eles, a vigilância sanitária passou, inclusive, a ser dependente dessa política. Esses sujeitos também entenderam que tais pressões (interferências) têm comprometido a qualidade e dificultado a prestação dos serviços da vigilância sanitária municipal. Essa vulnerabilidade foi entendida como desvantagem na descentralização dessas ações para o município.

“A interferência política que existe nas ações de VISA municipalizadas é muito maior em relação às outras ações [curativas]. A fiscalização sofre uma interferência política muito grande. Às vezes, [os funcionários] não conseguem atuar como deveriam, porque a política é ferrenha.” (Ent. 2)

“Com a municipalização (...) a gente notou, que o trabalho que a gente faz, um bilhetinho, um telefonema derruba tudo. (...) Se a pessoa [setor regulado] tem influência politicamente... esqueça. Então diante disso (...) o serviço fica amarrado. (...) A vigilância dentro do município... a gente sabia que ia ser controlada politicamente.” (Ent. 4)

“(...) sempre vai aparecer alguém com um cartãozinho de um vereador, de um amigo do prefeito, pedindo a interferência (...).” (Ent. 1)

“No estado é mais difícil para o contribuinte [setor regulado] ir ao governador. (...) No município é mais fácil ele ir ao prefeito. E, como a vigilância sanitária é uma área que mexe com o interesse das pessoas, (...) essas procuram meios para estarem fazendo com que isso não ocorra.” (Ent. 6)

“(...) a vigilância (sanitária) não é autônoma... Depende da política.” (Ent. 8)

No exercício do poder de polícia administrativa, dentro da dimensão social do Estado, a vigilância sanitária fere interesses individuais em prol do coletivo, pois cabe ao Estado zelar pelos interesses públicos, intervindo nas atividades de particulares quando elas se mostram contrárias ou nocivas àqueles interesses. Isto provoca reações dos grupos de interesse (setor regulado ou político), os quais pressionam gerentes e técnicos da área de vigilância, muitas vezes, desrespeitando e coibindo a ação de promoção e proteção à saúde coletiva destes profissionais.

Além das pressões políticas, outra questão que esteve presente nas falas e que tem interferido na área de vigilância sanitária municipal, é o círculo de amizades no município, um fator que dificulta as ações dos trabalhadores do setor.

“A municipalização da VISA é difícil porque Marília é uma cidade grande, e ao mesmo tempo o centro de amizades nosso é muito pequeno. Então, todo mundo, praticamente, conhece todo mundo. Com isso, fica difícil tomar certas atitudes com certas pessoas, mesmo porque (...) podem não ter o final esperado (...), devido essa convivência” (Ent. 9).

Embora não aparecendo nas entrevistas, é importante considerar que, além das amizades, o parentesco entre um funcionário e membros do setor regulado impede a prática das ações de vigilância sanitária, por esse funcionário, no município, embora a regra para tal impedimento seja tácita.

Ambas as situações levam-nos a pensar que faz parte do cotidiano a busca do acesso fácil ou da acessibilidade. As pessoas, com

algumas exceções, sempre procuram "um jeitinho" para facilitar ou agilizar seus negócios ou resolver seus problemas. No entanto, observamos, na prática diária, que as interferências ou pedidos dos "amigos" nem sempre dificultam, muitas vezes, facilitam a ação de técnicos responsáveis e qualificados da área de vigilância sanitária. Portanto, as pressões políticas e do setor regulado são muito mais danosas à promoção da saúde, uma vez que os interesses não estão voltados à simples acessibilidade, e, sim, à ascensão econômica e política.

Da mesma forma que a proximidade do órgão responsável pelas ações da vigilância sanitária com a população (interessada) traz desvantagens à ação dos funcionários, essa aproximação, para os entrevistados, também traz vantagens à coletividade. Os sujeitos levantaram que, com a municipalização, o acesso aos órgãos públicos passou a ser direto e a proximidade acaba favorecendo a ação da vigilância sanitária na promoção e proteção da saúde coletiva.

"(...) com a municipalização, as ações de VISA ficam muito mais próximas da população." (Ent. 2)

"Acho que tem que ser municipalizado mesmo... A gente consegue chegar mais perto." (Ent. 3)

"Existem coisas boas nesse processo de municipalização... Teve vantagens para o cidadão, porque assim, como ele pode ir direto na prefeitura, ele vem direto aqui [no setor de VISA municipal]. Você tem um acesso direto com o cidadão e consegue, às vezes, trabalhar com programas junto com a população." (Ent. 6)

"Em princípio, a descentralização é positiva em todos os sentidos, não tenho dúvida. Eu acho que a administração, a

gerência, tem que estar mais próxima da população para ser mais eficaz.” (Ent. 10)

Ao mudar a equipe, área física e a gerência dos serviços de vigilância sanitária para mais próximos da população, na prática diária do setor, há a possibilidade de intervir com melhor resolubilidade nos processos de trabalho, na produção de bens de consumo e serviços e no modo de vida das pessoas, visando à promoção e proteção da saúde.

Surgiram opiniões de que a vigilância sanitária é a área da saúde mais difícil de se trabalhar por exigir cuidados específicos na atuação e pelo grande controle que o setor exige, ferindo interesses. Para alguns entrevistados, a vigilância sanitária foi vista, por políticos e responsáveis pela gestão e gerência dos serviços de saúde local, como uma área menos importante que as demais, menos atraente e antipática, e que, por isso, a municipalização está sendo mais demorada quando comparada com as outras áreas de saúde.

“A VISA é uma área tão delicada... é difícil você (...) não tomar algumas decisões (...) tentar esconder... (...). Você tem que ter competência maior para não fazer de uma maneira muito legalista (...) Como o controle é maior, temos embate mais de perto... nós temos que ter cuidado (...) para não ter resistência.” (Ent. 12)

“A vigilância sanitária (...) não é um serviço que seja atraente, em termos de atuação, porque muitas vezes vai gerar conflitos com comércio, com indústria ou mesmo com classes de determinados serviços profissionais.” (Ent. 10)

“No Centro de Saúde [a municipalização] ocorreu mais rápido, porque é uma coisa mais visível... faixas, movimentos, e o poder quer coisa visível, (...). Agora, a vigilância, como é uma

coisinha que está lá no fundo... Interessa ser rápida? Não... Deixa isso aí mais para o fim.” (Ent. 4)

“Do ponto de vista político (...) é uma área antipática, porque tem que mudar... (...) Esse processo de municipalização é difícil. Eu acho que das áreas [de saúde] a mais difícil é vigilância sanitária. Tanto é que está atrasada em relação às outras áreas.” (Ent. 12)

O exercício da vigilância sanitária de intervenção e disciplinamento das condições econômicas e sociais expõe a área não só às interferências dos grupos de interesse, mas, sobretudo, a transforma numa vilã, pois os trabalhadores e gestores da saúde, muitas vezes preferem ignorar ou desmerecer as atividades do setor necessárias para promover e proteger a saúde pública.

Uma visão, um tanto generalizada, coloca as atividades de vigilância sanitária como últimas no setor de saúde. O município também adota esta lógica e permite que a tarefa de execução dessas ações fique para o final do processo de municipalização.

6.2 Qualificação dos Recursos Humanos

Os sujeitos entrevistados foram claros e enfáticos quando abordaram a questão dos Recursos Humanos - RH. Para eles, a qualificação de RH tem sido, sem dúvida, o ponto fundamental da municipalização da vigilância sanitária. Destacaram que a falta de qualificação profissional dificultou o andamento do processo de municipalização, principalmente no início. Frisaram que, além da falta de qualificação, os trabalhadores carecem de experiência para bom desempenho no setor.

“O começo foi difícil (...). Não havia recurso humano para fazer as drogarias, as farmácias e os consultórios médicos e odontológicos.” (Ent. 3)

“No início, (...) assumi praticamente sozinho, todas as áreas, todos os serviços de média e baixa complexidade. E, depois com o tempo, fomos adquirindo os profissionais para estar desenvolvendo cada função.” (Ent. 6)

“O pessoal que entrou no município não está qualificado. Não sei se falta treinamento ou conhecimento. (...) É um pessoal mais fraco em relação ao pessoal do estado. (...) O pessoal que está entrando agora não tem conhecimento, nem tarimba, experiência, não tem jogo de cintura. (...) Não vejo mais nenhum obstáculo que possa impedir de fluir bem o serviço, é só a qualificação de pessoal.” (Ent. 1)

“A gente percebe que esses profissionais [funcionários da VISA] não entendem a importância e o papel da vigilância sanitária. Eles acham que é um papel puramente burocrático, que se fica cobrando, sem saber o porquê.” (Ent. 6)

A falta de qualificação profissional necessária para o bom desempenho na área de vigilância sanitária tem sido um obstáculo importante na organização e estruturação do setor, as quais passam por um processo longo, gradativo e árduo. Entendemos que uma política inadequada para a municipalização das ações de saúde, concebida nos gabinetes, inconsistente no financiamento e com objetivos voltados muito mais para ações de saúde curativas, dificilmente vai priorizar a qualificação dos RH para as ações de saúde coletivas.

Para alguns entrevistados, a formalização ou legalização da municipalização da vigilância sanitária não garantiu que, a partir daquele

momento, fossem existir funcionários capacitados para a execução das ações.

“Acho que a municipalização da VISA demorou muito tempo, pois não havia profissionais adequados.” (Ent. 8)

“Avançou no papel, mas na parte técnica [RH] ... Deixava muito a desejar.” (Ent. 3)

“(...) é difícil também para o município ir assumindo tudo de uma vez, (...) acho que nem equipe, ainda, montada (...) tem para assumir todos os serviços de VISA. Então, a gente ainda tem que estar cobrindo essas lacunas.” (Ent. 2)

“A gente ainda sente algumas dificuldades para andar com esse processo de municipalização, porque (...) legalmente, a municipalização se deu, mas o trabalho só com o tempo é que vai se adequando.” (Ent. 6)

O início do ciclo de municipalização das ações de vigilância sanitária, em Marília, foi marcado pela delegação de competência, isto é, deslocamento de parte das atividades da sede do órgão regional de saúde do estado para uma unidade de saúde local, com gerência ainda estadual. Para tanto, houve necessidade de transferência de uma equipe mínima para executar tal atribuição, que já pequena, ficou ainda menor, no decorrer dos anos, até que, de fato, concretizou-se a municipalização. Esses funcionários possuíam um saber limitado às suas formações profissionais, sendo todos de nível de instrução médio. Seus conhecimentos e suas habilidades profissionais foram adquiridas ao longo do tempo, no trabalho diário, com experiência na utilização das normas e regulamentos da vigilância sanitária.

Na percepção dos sujeitos entrevistados, não só a falta de qualificação dos RH é um problema da municipalização das ações de vigilância sanitária, como também a quantidade de técnicos revela-se insuficiente, isto é, são poucos os funcionários que têm conhecimentos, habilidades, experiências e condutas adequadas aos objetivos de educação da área e voltadas para a prevenção e proteção da saúde.

“Acho que o grande problema hoje que temos na vigilância sanitária em geral, e não só no município de Marília, é a questão do profissional, da capacitação e disponibilidade de recursos humanos, suficientes, com perfil e capacitados para assumir adequadamente essa atividade.” (Ent. 10)

“A grande tarefa hoje, (...) é a formação de pessoal na área de VISA. Isso é fundamental, talvez, seja o ponto mais importante (...). A partir desses cursos, você tem uma outra visão do processo, da vigilância (...) e até muda o enfoque do trabalho da vigilância.” (Ent. 12)

“(...) Por exemplo, na área de estética, como não temos profissional especialista, que entenda de estética, temos que solicitar colaboração de um profissional da cidade que entenda, para dar um suporte.” (Ent. 6)

“Em Marília, eu acredito que, talvez, a equipe deva ser implementada, ter mais funcionários e também ser mais treinada, capacitada, para poder chegar até o nível de alta complexidade.” (Ent. 7)

“O grande desafio é formar o novo quadro no município (...), que é o pessoal de nível médio com formação na área de saúde e pessoal universitário também. (...) Nós temos que incorporar outras áreas do município na vigilância sanitária,

(...) os agentes comunitários de saúde. (...) Eles têm que ter o olhar de vigilância sanitária.” (Ent. 12)

As normas operacionais do SUS foram objetivas nas recomendações técnicas e administrativas e nas exigências para a municipalização das ações de saúde, mas foram sucintas quando a questão era RH.

Habilitar-se em uma das formas de gestão de saúde, previstas pelas NOBS, estar, portanto, legalmente habilitado, obriga o município a assumir determinadas tarefas, mas não garante a formação e qualificação da equipe de trabalho, particularmente da vigilância sanitária. A descentralização tem na mudança organizacional uma lógica administrativa, sendo que, habilitar-se legalmente ou oficialmente a determinadas tarefas, não quer dizer estar capacitado ou qualificado para tal.

Embora, na maioria das falas dos entrevistados, a formação dos RH mereceu destaque, foi levantado que o investimento para esse fim ainda é pequeno.

“O investimento na vigilância sanitária ainda é pequeno, principalmente na parte essencial que é treinamento de funcionários. O pessoal que está assumindo, não está tendo treinamento. (...) É um problema sério a capacitação dos recursos...” (Ent. 5)

Esta fala resume a situação atual do tema RH no setor de vigilância sanitária municipal. Os governos, em qualquer esfera, quase sempre não têm colocado em prática políticas adequadas e continuadas de RH para a saúde - quando supre o setor no aspecto quantitativo, não atende no aspecto de qualificação para o trabalho.

6.3 Perda de espaço e poder na municipalização

Para os entrevistados, os funcionários estaduais sentiram que com o poder de decisão mais próximo, isto é, com a habilitação do município como gestor do sistema de saúde local, bem como a transferência da chefia da área de vigilância sanitária para o município, eles perderiam o domínio da situação ou o poder, que sentiam ter enquanto membros da área de vigilância sanitária estadual. Mesmo aqueles funcionários do estado que não foram municipalizados, sentiram perda do espaço de trabalho, pois poucas ações permaneceram no órgão estadual.

“Eles [funcionários do estado] tinham sentido de poder (...) e, parece que estavam tirando isso, passando para o município. No estado, o patrão estava longe (...), na prefeitura está perto e parece que eles estavam perdendo esse poder mesmo, de domínio da situação. A municipalização tiraria esse poder, na cabeça deles, tiraria esse poder.” (Ent. 8)

“Com a municipalização, boa parte desses serviços [VISA] foi descentralizado para o município (...), pouca coisa sobrou para nós dentro da regional. (...) A gente tinha uma ação muito grande, no município, de fiscalização e como municipalizou, passou para a prefeitura.” (Ent. 1)

A cultura organizacional tende a defender e a preservar hábitos que no passado garantiram a sobrevivência do modelo da organização. Na vigilância sanitária, as ações eram executadas com fundamento nas normas e regulamentos, e os funcionários estaduais estavam habituados ao trabalho com o amparo do poder público institucional, garantido pelos cargos ocupados na administração pública estadual, permanecendo, por muitos anos, nesse modelo. Tais cargos

concediam aos funcionários estaduais, um caráter de autoridade, com poder para impor e punir.

Foi possível perceber também que os funcionários desta área, contrários ao processo, passaram a sentir seu campo de ação limitado, com falta de apoio da chefia do serviço.

“Na minha opinião, a municipalização não foi um bom negócio, porque (...) o agente fiscalizador, da vigilância, não tem liberdade de agir, de aplicar a legislação (...) como o do estado.” (Ent. 1)

“A gente estava acostumado no regime estadual a ter dignidade no serviço, a exigir certas coisas na cidade e você ter respeito e respaldo da chefia. Nós estávamos em minoria e entramos [no município] com toda bagagem (...). Então, com a municipalização (,,,) o trabalho que a gente faz ... um bilhetinho, um telefonema derruba tudo.” (Ent. 4)

Nas mudanças, a insegurança e a resistência parecem ser naturais diante do rompimento de antigos hábitos e normas de comportamento administrativo, bem como da desagregação dos antigos grupos de trabalho.

A disputa pelo espaço de trabalho foi perceptível nas falas dos sujeitos. O grupo de funcionários do estado, imbuído do saber técnico, estabeleceu uma relação de força (disputa do poder) com a chefia municipal, que tinha o poder de decisão.

“Foi uma coisa conflitante, porque a gente (...) não sabia que eles [município] vinham com intenção de funcionar ‘desse jeito’ e não ‘daquele jeito’. [Narração do entrevistado sobre discussão dele com chefia]: Entrevistado: ‘Não vou obedecer

isso aqui, porque está contra a lei'. Chefia: 'Não estamos aqui para seguir a lei.' (Ent. 4)

Além da sensação de perda do poder, houve também, nas falas dos sujeitos, referências à outra perda, do poder aquisitivo, entendida como diminuição do salário por perda de benefícios na forma de prêmio de incentivo e gratificações, garantidas apenas aos funcionários que exerciam suas funções em unidades de saúde estaduais.

"Um dos problemas que a gente sente aqui, é a diferença salarial entre os funcionários do estado e do município. (...) E nós [do estado] não temos alguns benefícios que hoje é fornecido (...) ao funcionário do estado que trabalha em unidade gerenciada pelo estado." (Ent. 5)

"É um processo bastante doloroso para os funcionários [municipalizados], gera muita insegurança, muitas vezes insatisfação (...) E a principal causa disso, é a perda salarial [poder aquisitivo] (...), até por receio de perder direitos enquanto funcionário estadual." (Ent. 10)

A perda salarial, o sentimento de rejeição e a falta de perspectiva de complementação salarial pelo município parecem ter sido percebidas pelos funcionários como descaso ou desinteresse dos governantes diante da situação. Este fato pode ser um fator de desestímulo ao trabalho, de insegurança e de revolta para com o empregador.

6.4 Conflito nas relações de trabalho

6.4.1 Conflito entre os funcionários da área de vigilância sanitária municipal

As pessoas relataram que nas relações de trabalho não há confiança. Elas se sentem inseguras e não se sentem integradas, ou seja, as relações têm sido conflituosas.

“Houve muita resistência, por parte dos funcionários [do estado]. (...) E ainda há, porque (...) os santos não se combinam muito bem lá. O pessoal do município (...) tem um pé atrás com o pessoal do estado.” (Ent. 1)

“O funcionário está há muitos anos trabalhando em determinado local, de uma determinada forma. De repente, ele tem insegurança... de ter outra chefia que não a estadual.” (Ent. 10)

“A gente se encontra [membros da equipe de VISA municipal] nos corredores, mas não faz parte da gente aqui. Essa parte [da equipe] que fiscaliza farmácia... acaba sobrando algum serviço para a gente (...). Posso fazer o favor, mas não é o meu serviço.” (Ent. 4)

Com a municipalização da vigilância sanitária, os funcionários estaduais foram transferidos para um outro espaço físico, em condições precárias de conservação, passaram a ter nova chefia, dentro de uma lógica divergente de trabalho a qual estavam habituados. Provavelmente, seus hábitos foram alterados e a forma de trabalho ficou exposta a críticas de novos colegas, ou seja, os trabalhadores estavam vulneráveis ao novo modelo de organização do trabalho. Esse contexto

pode sugerir resistências e conflitos nas relações de trabalho, chegando a subdivisões no setor.

Também surgiram nas falas dos entrevistados, divergências de entendimento do papel da vigilância sanitária, que denominamos conflito cognitivo - opiniões contrárias sobre o processo de trabalho. Os trabalhadores da área entendiam que o estado aplicava medidas mais punitivas, era legalista, burocrático e o município adotava medidas mais educativas, com caráter de orientação, focado diretamente na saúde e não nas normas ou leis.

“No início, (...) houve resistência por parte desses profissionais [estaduais], não no sentido da municipalização, mas no sentido da atuação do município, ou seja, a visão de trabalho que o município passou a ter, que era diferente, e em muitos casos dava de frente com a ação que eles [funcionários estaduais] executavam. Quando você (...) tem que mesclar uma equipe que não tem conhecimento com uma equipe que já tem conhecimento, estipulado pelo estado, (...) você tem que mudar a estratégia de trabalho, mudar a maneira de pensar.” (Ent. 6)

“(...) [no estado] funcionava mais como medida punitiva, tinha orientação, mas era pouca. (...) Era então necessária uma ação enérgica, uma ação punitiva, multa. (...) você dominar um monte de gente... Quase que na caneta, mesmo. Tinha que multar mesmo, para consertar.” (Ent. 4)

“A vigilância sanitária que a gente teve experiência durante muito tempo foi diferente, uma visão muito burocrática, quer dizer, os supervisores [de saneamento] tinham muito mais

experiência do ponto de vista de legislação do que do aspecto de saúde mesmo.” (Ent. 12)

“(...) não estou querendo voltar ao passado, porque o passado era bastante punitivo. Eu concordo com a orientação, tem que orientar bastante, mas tem coisa que você orienta, não resolveu (...), tem que mexer no bolso da pessoa, porque só através disso que a pessoa entende. (...) Acho que tem que caber punição e tem que valorizar o agente que está lá fora.” (Ent. 4).

As distintas opiniões sobre o processo de trabalho na área de vigilância sanitária acentuaram os conflitos característicos de um processo de mudança: resistência e disputa por espaço.

6.4.2 Conflito entre os órgãos executores e normatizadores

Segundo os entrevistados, a vigilância sanitária municipal tem encontrado dificuldades no acesso às informações e no apoio dos órgãos normatizadores / coordenadores da área, no estado e no país. A municipalização deslocou o poder de decisão, mas para os sujeitos, o apoio técnico, quando necessário antes de qualquer atividade da área, tem sido insuficiente.

“Acho que o processo de municipalização é difícil, porque quando você assume ações que eram desenvolvidas anteriormente pelo estado ou pela União, você fica meio solto, e, às vezes, você precisa de algumas informações, algumas orientações que você não tem na hora...” (Ent. 6)

“A Secretaria [da saúde do estado] se retraiu um pouco, não ficou muito preocupada com esse processo de municipalização. (...) Tudo bem, é o município que faz, mas o município não pode trabalhar isolado, ele tem que ter apoio. Até porque tem muito problema que tem repercussões além do município.” (Ent. 12)

“Às vezes, a gente tem uma visão sobre legislação, entra em contato com eles [CVS ou ANVISA] para discutir isso e eles têm outra visão ou, simplesmente, não dão uma resposta satisfatória. O município fica, às vezes, tendo que tomar uma decisão por conta própria e assumindo riscos. Temos uma dificuldade muito grande para ter acesso na vigilância sanitária estadual, em São Paulo.” (Ent. 6)

6.5 Organização gradativa do serviço de vigilância sanitária municipal

6.5.1 Desconcentração das atividades

Para alguns sujeitos entrevistados, o processo de municipalização da vigilância sanitária, em Marília, teve início entre o final de 1992 e início de 1993, quando funcionários estaduais foram deslocados para o CS I de Marília, que funcionava no prédio do antigo PAM, embora, tenham referido que a municipalização não havia ocorrido oficialmente. Outros entrevistados complementaram que, antes da municipalização oficial, funcionários do estado foram transferidos para o CS I de Marília, no início dos anos 90, a fim de executarem ações de baixa complexidade na área de vigilância sanitária, apenas no município de Marília.

“Na época que o PAM/INAMPS foi estadualizado [entre 1990-91] alguns funcionários, que trabalhavam na antiga regional, que era o ERSA, foram deslocados para trabalhar neste Centro de Saúde [nova denominação/função], para fazer atividades de vigilância sanitária somente no município de Marília.” (Ent. 10)

“No final de 92, fui prestar serviço no município de Marília, na rua Rio Claro, antigo prédio do INSS. Na época foi dito que seria feita a municipalização, mas não houve, e nós continuamos a ser funcionários do estado e o serviço ainda pertencia ao Estado.” (Ent. 11)

“No início de 1993, fomos colocados à disposição [do município de Marília], mas a municipalização não tinha ocorrido ainda.” (Ent. 5)

“O primeiro passo para a municipalização da VISA em Marília, foi quando se passou o Centro de Saúde I para o município (...). O pessoal da sanitária ficava no Centro de Saúde I... lá na Rua Rio Claro, que era o PAM.” (Ent. 12)

“Antes da municipalização oficial, foram colocados à disposição do município [Marília], funcionários que exerciam a fiscalização da parte de saneamento da alimentação e das habitações e seus anexos (...). A parte médica e odontológica continuou sendo um serviço executado pelo ERSA.” (Ent. 5)

“Existia uma equipe que era lotada num prédio do município, só que era uma equipe estadual, que atuava direto na área de alimentos, ou seja, desenvolviam função no município, só que eram todos profissionais estaduais.” (Ent. 6)

Essas falas resumem o marco inicial do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária para o município de Marília. Podemos sugerir que foi um período de desconcentração das atividades; estratégia adotada para transferir as atribuições de vigilância sanitária ao município, mesmo que apenas uma pequena parte das atividades do setor.

Pudemos confirmar a estratégia de desconcentração, quando, em 1993, o ERSA de Marília delegou (concedeu) competência, por portaria, ao CS I – ainda sob gestão estadual - para execução das ações de vigilância sanitária nas áreas de produtos e meio ambiente (SES, 1993b). Entretanto, a equipe composta de agentes e supervisores de saneamento, todos com nível médio de instrução, não tinha condições técnicas para execução de todas as ações delegadas.

Com a transferência da gerência do Centro de Saúde I para o município, no final de 1993, os funcionários da vigilância sanitária estadual, que lá estavam lotados, continuaram a executar as ações básicas, especialmente na área de alimentos e de meio ambiente, agora sob a gerência municipal. Estes funcionários foram legalmente colocados à disposição do município em 1994 (SES, 1994). Essa situação de semi-municipalização se estendeu até o início de 1998, quando oficialmente o município assumiu a gestão plena do sistema municipal de saúde.

Achamos por bem destacar que na época do SUDS, em 1988, o Plano de Operacionalização de Municipalização dos Serviços de Saúde de Marília (SES, 1988b) previa que o município assumisse a execução de todos os serviços da rede básica de saúde, inclusive ações de baixa complexidade em vigilância sanitária, mas o plano não foi executado na íntegra, ou seja, a política de saúde local estava centrada nas ações médico-curativas (doença), incluindo ações coletivas de controle de doenças (vigilância epidemiológica). As ações de baixa

complexidade em vigilância sanitária, embora mencionadas no Plano, acima citado, e no Convênio de Municipalização (SES, 1988a), continuaram a ser executadas pelos técnicos do serviço estadual.

De acordo com os entrevistados, no início do processo, ainda não municipalizado legalmente, os funcionários da vigilância sanitária que foram transferidos para o CS I entravam constantemente em choque, tanto com a administração do setor saúde do município como do estado, ficando claro que havia dúvidas sobre quem coordenava o setor de vigilância sanitária na época.

“No início, quando nós fomos para lá, para o INSS [PAM], eles disseram: ‘Estão indo porque está municipalizado’. (...) nós ficamos vendidos nesse período. Nós pedíamos alguma coisa no município, mas o município dizia: ‘Não, mas vocês são do estado’. Nós pedíamos para o estado, o estado dizia: ‘Vocês são do município’. Não havia clareza.” (Ent. 11)

“Fomos colocados à disposição do município (...), naquela época não havia interesse na municipalização da vigilância sanitária, (...) tanto é que não ocorreu. Foi uma época muito difícil, porque (...) o ERSA dizia que estava municipalizado (...) e deixou de fornecer alguns materiais. A gente recorria ao município e este por sua vez dizia que não estava municipalizado e não nos fornecia.” (Ent. 5)

Essas duas falas ilustram a estratégia inicial de desconcentração das atividades e, expõem a fragilidade com que foi conduzido o processo de municipalização dos serviços de vigilância sanitária. Não parecia haver transparência, participação ou compromisso com a área.

Não foi possível recortar as falas dos sujeitos entrevistados quanto às referências relacionadas às chefias do setor de vigilância sanitária até a legalização da municipalização. As mesmas não são claras, os sujeitos relatam sobre um determinado chefe e logo em seguida sobre outro, demonstrando certa confusão e muitas dúvidas sobre o processo por que passava o setor, na época.

6.5.2 Legalização do serviço

A fala dos sujeitos demonstra a percepção deles de que a municipalização oficial da vigilância sanitária em Marília se deu com a criação de uma lei municipal, no final de 1997, seguida da habilitação do município na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, em 1998, conforme exigências da NOB-96.

“A municipalização da vigilância sanitária em Marília, legalmente, ocorreu em 98, através de uma lei municipal.”
(Ent. 6)

“A legalização da VISA municipal foi de 97 para 98. Sei que quando eu assumi, (...), já havia sido municipalizado.” (Ent. 9)

“(...) com a gestão plena do sistema assumida pelo município de Marília, em 98, é que realmente foi feita oficialmente, legalmente a municipalização dessas ações [VISA]. Embora algumas ações - vamos dizer - de baixa complexidade já fossem assumidas pelo município, desde a época em que esses funcionários foram trabalhar no CS I.” (Ent. 10)

“Legalmente, a municipalização da vigilância sanitária foi depois de 97.” (Ent. 11)

Oficialmente a municipalização da vigilância sanitária se deu em junho de 1998, quando o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema, fundamentando-se em uma lei municipal, de dezembro de 1997, que determinou ao executivo, competência para execução das ações básicas e de média complexidade em vigilância sanitária.

Apesar da NOB-96 preconizar a execução de todas as ações de vigilância sanitária pelos municípios em Gestão Plena do Sistema - caso de Marília - na verdade, a maioria das ações de alta complexidade continuou e continua a ser executada pelo serviço estadual da região, principalmente na área de serviços de saúde.

6.5.3 Formação da equipe

No decorrer das entrevistas, os sujeitos lembraram que, em meados de 1998, isto é, quando oficialmente e efetivamente houve a municipalização da vigilância sanitária, com transferência para o município, não somente das atribuições, mas também do poder de decisão, a equipe era composta de apenas dois funcionários do município, sendo os demais do estado. Atualmente, há uma equipe multiprofissional, embora algumas ações de maior complexidade continuem sendo executadas pelo estado.

“Em março de 1998, (...) era apenas um funcionário do município, e o restante dos funcionários era do estado e eu fui o segundo funcionário do município a assumir a vigilância sanitária.” (Ent. 9)

“Antes da municipalização oficial a equipe da VISA do município, (...) eram profissionais do estado. O município não tinha uma equipe própria de vigilância sanitária. Atualmente

[2001] há uma equipe multiprofissional para vigilância sanitária do município, (...) executando as ações de baixa e média complexidade, (...) algumas ações de alta complexidade [hospitais, hemocentro] são executadas pela vigilância sanitária do estado.” (Ent. 7)

“Hoje [2001] existe, formalmente no organograma da Secretaria Municipal, a área de vigilância sanitária. Ela tem coordenador, (...) tem uma equipe exclusiva (...) que se propõe assumir as ações de vigilância sanitária do município.” (Ent. 10)

Gradativamente, a equipe foi sendo estruturada e o trabalho foi sendo organizado, dentro das concepções do município, embora, ainda hoje não há recursos humanos capacitados para atender todas as demandas da área, considerando a habilitação do município na Gestão Plena do Sistema de Saúde local.

A oficialização ou a força da lei não garantiu que o trabalho fosse desempenhado imediatamente pela equipe municipal. Como estamos falando de um processo que na verdade é gradativo, apenas com o tempo é que se avançou tecnicamente.

A difícil tarefa de implementação do quadro de pessoal já existente, aliado a pouca ou nenhuma habilidade profissional do novo quadro, interferiu diretamente no processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, caracterizando-o como um processo longo e conflituoso, pois o município incorporou o poder de decisão e de gestão, mas vem assumindo gradativamente a execução das ações do setor.

Considerações Finais

1

Procuramos apresentar, neste trabalho, os determinantes técnicos, políticos e administrativos que configuraram o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, em Marília, sob o ponto de vista dos sujeitos envolvidos no estudo.

Foi possível fazer inferências a partir da interpretação de trechos registrados ao longo das doze entrevistas com os funcionários ligados à área de vigilância sanitária, em Marília, levando em consideração a percepção dos sujeitos e o pensamento de Carlos Matus (HUERTAS, 1996), segundo o qual, cada sujeito (nomeado, para ele, ator) “retira da realidade uma interpretação dos fatos, conforme as lentes com que os observa”.

Por princípio, todo processo de descentralização implica mudanças sociais e organizacionais. No caso da municipalização das ações de vigilância sanitária, em Marília, não poderia ser diferente. As consequências das mudanças foram evidenciadas nas falas dos sujeitos como: conflito nas relações de trabalho, insegurança, resistências ao processo de municipalização, falta de qualificação para o trabalho, perda do poder, divisão do espaço de trabalho, assunção gradativa das ações, entre outros.

2

O processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, no estado de São Paulo, concentrou-se a partir da segunda metade da década de 80 estendendo-se até o final dos anos 90. Na esfera das ações de saúde curativas, esse processo tem momentos bem definidos, representados, na maioria das vezes, pela transferência da gerência dos serviços estaduais e federais para o âmbito municipal.

Pudemos constatar que o mesmo não se observa com a área de vigilância sanitária, em que os processos ocorreram de forma gradual, fragmentada e imprecisa, seja com relação à transferência de serviços, ações e responsabilidades, seja quanto ao pessoal, embora a municipalização da vigilância sanitária constasse dos planos integrantes do SUDS, já em 1988.

O processo de municipalização da vigilância sanitária, em Marília, deu-se no início dos anos 90, quando servidores da área foram colocados à disposição do município, a fim de executar ações de baixa complexidade em vigilância sanitária. Tratou-se, de fato, de desconcentração de atividades, e não descentralização, já que os processos de decisão e controle, mesmo que formalmente delegados ao município, permaneceram na instância estadual. Tal situação gerou graves incertezas quanto ao comando e decisão: embora o serviço fosse “municipalizado”, o órgão estadual era freqüentemente acionado como instância de decisão, arbítrio, e, mesmo de execução de atividades já então municipalizadas.

De 1993 a 1998, mesmo com a municipalização do Centro de Saúde, onde os funcionários da vigilância sanitária estavam lotados, as ações continuaram limitadas à área de alimentos e de meio ambiente, esta última quase sempre restrita às reclamações sobre criação de animais na zona urbana e escoamento inadequado de esgotamento sanitário.

Oficialmente, a municipalização da vigilância sanitária se deu apenas em junho de 1998, sob influência da NOB-96, por meio da qual o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema.

Apesar dessa NOB preconizar a execução de todas as ações de vigilância sanitária pelo município em Gestão Plena do Sistema

de Saúde, em Marília, as ações de alta complexidade continuaram a ser executadas pelo serviço estadual.

Observamos que as determinações legais (SUDS, Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde, NOBs), embora enfatizassem a descentralização das ações de saúde, não foram suficientes para garantir a municipalização, de fato, da vigilância sanitária, submetida que era a outra ordem de determinantes que postergaram sua efetiva descentralização, considerados a seguir. Mais ainda, o processo foi gradativo e pontuado de conflitos e indefinições.

3

A vigilância sanitária, ao regular processos econômicos de produção, comercialização e consumo de bens e serviços, interfere diretamente nos custos de produção.

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.

Resultam dessa contradição, entre o interesse sanitário público e a busca do ganho privado, conflitos em que dirigentes e técnicos são submetidos a pressões e ao tráfico de influências, no sentido de impedir, dificultar ou postergar suas ações. Tais procedimentos incluem a desqualificação de profissionais, serviços e ações da vigilância sanitária. Nesta circunstância, em um país de tradição centralizadora, o poder público municipal oferece menores condições de resistência à ação de

grupos de interesses, levando-o, muitas vezes, a se esquivar da assunção e execução das ações de vigilância de maior potencial de conflitos.

4

Os conflitos entre as ações de vigilância sanitária e interesses privados (de pessoas naturais ou jurídicas) não são restritos aos chamados grandes interesses econômicos. Ao contrário, podemos verificar que esses conflitos se situam na esfera do cotidiano de pequenos empreendimentos e mesmo de indivíduos submetidos à regulação do setor.

Nessa situação, a municipalização das ações de vigilância sanitária, deixam-nas mais expostas e vulneráveis à manipulação de micro-poderes locais, dada a facilidade com que podem se relacionar e exercer influência e pressão sobre o poder no âmbito municipal (prefeitos, vereadores, secretários, chefes, técnicos, etc.) por meio de relações políticas, profissionais, de amizade ou mesmo de laços familiares. Essas interferências, na maioria das vezes, comprometem negativamente a qualidade ou dificultam a execução dos serviços da vigilância sanitária, facilitando práticas nocivas à saúde coletiva.

Outras vezes, em sentido contrário, as ações de vigilância sanitária podem ser usadas seletivamente contra terceiros, a quem se aplicam com rigor, as exigências da lei e das normas e regulamentos sanitários.

Transfere-se, assim, para a esfera municipal, uma gama de conflitos de difícil solução que ficavam escamoteados na impessoalidade e na “isenção técnica” das esferas de poder estadual ou federal, de mais difícil acesso.

Por outro lado, numa vertente positiva, essa proximidade entre poder local, gestores da vigilância sanitária e população facilitam o acesso das pessoas às ações de vigilância sanitária e à construção de um pacto de promoção e proteção da saúde coletiva e da qualificação de vida.

5

Destaca-se, entre os determinantes que dificultaram a municipalização das ações de vigilância sanitária, a limitação numérica de quadros técnicos qualificados e habilitados.

Além de limitações de formação e qualificação, com repercussões cognitivas, foi freqüentemente constatada a inexperiência dos profissionais tanto do nível superior como do médio, assim como práticas inadequadas na execução das atividades do setor.

Embora os antigos quadros da Secretaria de Estado da Saúde também tivessem limitações de formação, isto era compensado por conhecimentos e habilidades adquiridos na prática cotidiana de utilização das normas e regulamentos da vigilância sanitária. Embora esse vício de formação impusesse uma prática regulatória fundamentada no “legalismo normativo”, permitia que algum grau de resposta fosse dado e algum controle exercido.

Com a municipalização, não tendo ocorrido o necessário investimento na formação de recursos humanos, a exigüidade e desqualificação dos quadros criaram obstáculos adicionais à organização e estruturação do setor.

Diante de um quadro de rigoroso controle dos gastos públicos e das dificuldades econômico-sociais, os governos, ao se depararem com necessidades urgentes e constantes da coletividade,

priorizam a aplicação de recursos em função da repercussão ou gravidade aparente dos problemas, em que se destacam as “doenças”, exigindo ações curativas individuais. Assim, os investimentos em qualificação e implementação do quadro de RH, voltados à promoção e defesa da saúde, mantêm-se em plano secundário.

As determinações legais do SUS, ao não explicitarem a respeito da infra-estrutura (material e humana) para formação e qualificação das equipes de trabalho em vigilância sanitária, contribuíram para um processo de municipalização longo, pontuado por dificuldades e divergências na execução das ações da área.

Um fato marcante, que demonstra a falta de prioridade e interesse nos quadros de pessoal da vigilância sanitária, deixando a área à margem do setor de saúde, foi o de apenas um funcionário municipal trabalhar nessa área, no período que compreendeu, desde a desconcentração das atividades da vigilância sanitária para o município de Marília, no início dos anos 90, até o início de 1998, quando efetivamente houve a municipalização.

6

Os conflitos de interesses, as pressões políticas, o embate com o setor regulado, a insuficiência e descontinuidade do financiamento, a desqualificação profissional, bem como, gestores desinformados sobre o conceito e papel da vigilância sanitária, tornam a área “pouco interessante” para que os administradores municipais queiram tê-la sob sua gestão. Esse contexto reforça a supremacia ideológica e política da cura sobre a prevenção específica, e, desta, sobre a promoção da saúde.

Além das razões acima referidas, relacionadas à natureza e às práticas da vigilância sanitária em si, observamos que algumas características do próprio processo de municipalização da vigilância

sanitária estudado constituíram-se em determinantes adversos à sua efetivação, no tempo e na forma, com que as demais ações de saúde foram municipalizadas.

7

Os processos de mudança organizacional quase sempre se fazem acompanhar do aumento de expectativas e dúvidas que geram insegurança e atitudes reativas às mudanças, em favor da manutenção do *status quo*.

Na municipalização da vigilância sanitária, os hábitos criados pela longa prática no trabalho sob regime estadual e os grupos formados nesse ambiente, foram alterados e desfeitos, respectivamente. Ao defender e preservar esses hábitos e comportamentos, os funcionários tomaram atitudes de resistência à mudança da organização na qual estavam inseridos, embora reconhecessem que a situação anterior era insatisfatória.

8

Os funcionários estaduais comprovaram que, com a municipalização, o setor regulado, diretamente ou por intermédio de agentes políticos, passou a exercer maior pressão sobre a área de vigilância sanitária, fazendo com que o poder “técnico” que possuíam, fosse perdido ou questionado. Constataram que a redução de seu espaço de trabalho não era apenas territorial, mas também se referia à dimensão do universo de atuação.

A estabilidade e a “tranqüilidade” no trabalho, garantidas pela administração pública estadual, também foram abaladas com a municipalização, pois a mudança para a administração municipal fez com que ocorressem redução do poder aquisitivo (por perda de benefícios, por

exemplo), e incertezas sobre situação funcional, carreira profissional e comando.

9

No decorrer do processo de municipalização houve uma clara indefinição de competências e atribuições, de coordenação e execução, entre as esferas municipal e estadual. Essas incertezas geraram inquietude e insegurança nos funcionários. Eles se sentiam frágeis em meio aos conflitos criados pelo mau gerenciamento do processo de mudança.

Os trabalhadores da área manifestaram, por diversas vezes, opiniões divergentes sobre o processo de trabalho. Deduzimos que esses conflitos poderiam advir da diversidade de formações educacional e profissional, além dos distintos processos de capacitação e comando a que foram submetidos no passado.

10

O processo de municipalização das ações de vigilância sanitária se deu sem que estivessem claramente definidas atribuições, fluxos, responsabilidades, coordenação, regulamentação etc. Para agravar esse quadro gerador de desinformação e conflitos, somaram-se outras duas debilidades: não houve participação dos funcionários envolvidos no processo e seus condutores não lhe deram suficiente divulgação e transparência.

A estratégia inicial de desconcentração das atividades, sem definição dos reais objetivos da mudança, acabou por expor a fragilidade com que foi conduzido o processo de municipalização dos serviços de vigilância sanitária, em Marília. O modo como o processo foi conduzido,

bem como as diferentes interpretações formuladas levam-nos a pensar que os condutores não informavam porque também não eram informados.

11

Como conseqüências desse processo de descentralização, indefinido e adverso, surgiram, entre os servidores da área, reações negativas de perda, desinteresse pelo trabalho, rejeição, inferioridade, insegurança e revolta.

Nesse contexto, foi e é quase inevitável a ocorrência de resistências, disputas de poder e conflitos nas relações de trabalho, tornando o processo ainda mais demorado.

12

Em síntese, o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, em Marília, foi conflituoso e retardado quando comparado às outras ações de saúde. Isto se deveu, primariamente, às características da própria área, rica em conflitos de interesses econômicos e políticos e à sua importância secundária no contexto dos saberes e práticas de saúde. Esse quadro de adversidades agravou-se pela forma com que se procedeu a descentralização das ações de vigilância sanitária para o município.

Por reunir, dirigentes e trabalhadores com saberes, habilidades e valores contraditórios, o processo de municipalização da vigilância sanitária passou por diversas dificuldades e choques de opiniões que, somente com muito diálogo, liderança e qualificação, poderá se constituir um grupo de trabalho com objetivo uniforme à promoção e a proteção da saúde coletiva.

Essa situação de resistências e conflitos poderia, se não evitada, no mínimo, ser reduzida, com a adoção de condições de apoio técnico e político ao processo de descentralização, como: participação, transparência, clareza nos objetivos, flexibilidade no decidir e continuidade no agir.

Abstract

BELONI, M. *Municipalization of the health surveillance actions in Marília-SP*. Botucatu, 2002.130 p. Dissertation (Masters in Collective Health)-Medical College of Botucatu, UNESP, Botucatu.

The study describes the municipalization of the actions of the health surveillance in Marília, SP, and identifies political determinants, technicians and administrators who have set up the process, according to the perception of the health professionals involved. It is a qualitative research, being the interview chosen as a technique for the collection of data. The interview was guided by a set made up of specific questions previously formulated. Twelve health professionals from the health surveillance of the municipality of Marília, the division of health surveillance of the DIR-XIV-Marília and the management of the local and regional health care system were interviewed. For data analyses, the technique of content analyses used brought about a construction of five empirical categories: a) movement of change; b) qualification of the human resources; c) loss of influence and power of the municipalization; d) work related conflicts; e) gradual organization of the municipal services of the health surveillance. The analyses permitted a comprehension that the legal determinations were not enough to guarantee the municipalization, in fact, of the health surveillance, and yet, the process was gradual and full of conflicts and uncertainties. The process of municipalization of the health surveillance happened without clear definite attributions, flows, responsibilities, coordination, regulations. As a consequence, among the workers of the area, there was a negative reaction of loss, lack of work-related interest, rejection, inferiority, lack of work-related security and revolt. The consequences of the changes caused by municipalization were evidenced in the words of the health professionals involved, such as: work-related conflicts, lack of security, resistance, lack of qualification for the job, loss of power, sharing workplace, gradual rise of actions and others. Among the determinants that made municipalization of the health surveillance difficult, stands out the numeric limitation of qualified and enabled technical teams, besides the inexperience of the professionals. The analyses suggests that the area is of little interest to municipalization, due to the conflicts of interests, political pressure, the struggle with the ruling sector, insufficiency and discontinuity of funding, lack of qualified professionals, as well as lack of enough information as to the concept and role of the health surveillance to the administrators. We have concluded that the process of municipalization of the health surveillance was full of conflicts and sluggish in comparison with other health care actions, when considering, primarily, the characteristics of the area itself, rich in conflicts of economical and political interests, and the secondary importance in the context of knowledge and practice of health care.

***Referências
Bibliográficas***

ALMEIDA, E.S. *Contribuição à implantação do SUS. Estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. 1995. 258p. Tese (Livre Docência, área de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999. cap. 7, p.147-177.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEVERWERKER, L.; LLANOS, M. *A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: HUCITEC, 1999. v.1, p.17-45.

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

BRASIL. Decreto 94.657 de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS - e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1987. Seção 1, p.11503-11505.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990a. Seção 1, p.18055-18059.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2000. 22 p.

BRASIL. Lei 8.142 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, 1990b. Seção1.

BRASIL. Lei 9.782 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, 1999. Seção 1, p.01-06.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social*. 3. ed. Brasília: Imprensa Oficial, 1983. 42p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ações Integradas de Saúde*. Brasília: Imprensa Oficial, 1984. 15p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE*. Brasília: Imprensa Oficial, 1980. 141p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica – SUS 92. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 fev. 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, 24 maio 1993. Seção 1, p.96.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – 96. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 nov. 1996. Seção 1, p.22932.

- 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, 29 jan. 2001. Seção 1, p.23-31.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório do Programa de Ação na Área da Saúde – Diagnóstico. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 set. 1999. Seção 1, p.204-230.
- CALDAS Jr., A. L. *Apontamentos sobre a organização da assistência à saúde no Brasil: aspectos históricos e atualidade*, 1999. 8p. (mimeo)
- CHIRELLI, M. Q. *O Processo de Municipalização dos Serviços Públicos de Saúde em Marília-SP: 1983-1992*. Ribeirão Preto, 1995. 121p. Dissertação (Mestrado, área de Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. parte 2, cap. 1, p. 77-87.
- COHN, A et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. 135p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 17 a 21 de março de 1986. *Relatório Final*, 1986. 21 p. (Relatório).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992. *Cadernos da Nona*, 1992. 135p. (Resumo).
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

- 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.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Morbidade hospitalar*. Rio de Janeiro, 2002a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mrmao.htm>> . Acesso em: 27 jan. 2002.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Mortalidade*. Rio de Janeiro, 2002b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dxopcao.htm>> . Acesso em: 26 jan. 2002.
- 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.
- DUSSAULT, J. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, n. 26, cap. 2, p.8-19, 1992.
- EDUARDO, M.B.P.; MIRANDA, I.C.S. *Vigilância Sanitária para gestores municipais de serviços de saúde*. São Paulo: IDS-USP/Banco Itaú, 1998. 461p.
- FANUCK, L.C. Justiça na Saúde: quem age na defesa do povo? *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.19, p.32–45, 1987.
- FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995, 687 p.

- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. cap. 4, p.67-80.
- GOULART, F.A. A.; NUNES, J.M.; PEREIRA, L.P. et al. Gestão de recursos humanos em saúde. In: *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. v. 3, p. 151-170.
- HUERTAS, F. *O método PES: entrevista com Matus*. São Paulo: FUNDAP, 1996. 139p.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População: censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>> . Acesso em: 26 jan. 2002.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e mudança nas organizações públicas de saúde. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.21, p.137-155, 1997.
- LOBO, M.T. Política social e descentralização: a experiência do BNDES/FINSOCIAL após 1985. *Economia e Desenvolvimento*, Brasília, v.3, n.6, p. 35-47, 1989.
- LÜDKE, 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.

- MARÍLIA. Lei 4.367 de 18 de dezembro de 1997. Autoriza o poder executivo a adotar e fazer cumprir, no município de Marília, o Código Sanitário do Estado de São Paulo e dá outras providências. *Secretaria Municipal da Administração*, 18 dez. 1997. p. 1-7.
- MARÍLIA. Portaria 14.890 de 04 de setembro de 2001. Designa os servidores públicos municipais e os estaduais municipalizados para executarem suas respectivas funções junto à Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. *Secretaria Municipal da Administração*, 04 set. 2001a. p.1.
- MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. Marília: SMHS. 1999. (Relatório).
- MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. Marília: SMHS. 2001b. (Relatório).
- MÉDICI, A.C. Antecedentes do Processo de Descentralização. In: *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo, USP, 1994. cap. 7, p. 79–111.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 270 p.
- MOTTA, P.R. O processo de mudança organizacional. In: KISIL, M.; CHAVES, M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. São Paulo: Loyola, 1994a. cap. 8, p. 87-97.
- MOTTA, P.R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. *Revista da Administração Pública – FGV*, São Paulo, v.28, n.3, p.174-194, 1994b.

NASCIMENTO, A. Municipalização: trinta anos de esperança e frustrações. *TEMA*, Rio de Janeiro, n.12, p.3–6, 1991.

PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

SANTANA, J.P. a gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: MS, 2001. p. 219-233.

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

SÃO PAULO (Estado). *Constituição Estadual*. São Paulo: IMESP, 1989.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 25.609 de 30 de julho de 1986. Dispõe sobre a criação e organização dos Escritórios Regionais de Saúde. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 1986 a. Seção 1.

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, 1986b. Seção 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 27.140 de 30 de junho de 1987. Dispõe sobre a municipalização da rede básica estadual de saúde e a disposição dos servidores estaduais aos municípios. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 1987. Seção 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 28.410 de 20 de maio de 1988. Dispõe sobre o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 1988. Seção 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 40.082 de 15 de maio de 1995. Dá nova organização às atividades de coordenação regional de saúde, extingue as Coordenações de Regiões de Saúde 3, 4 e 5 e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 1995 a. Seção 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 40.083 de 15 de maio de 1995. Organiza as Direções Regionais de Saúde, extingue 41 (quarenta e um) Escritórios Regionais de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 1995b. Seção 1.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados. *Informações dos municípios paulistas*. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/cgi-bin/lingcv98/spd_01.ksh> . Acesso em: 27 jan. 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. *Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – FCES*. Marília, 2001a. Impresso.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. *Municipalização das ações de vigilância sanitária no Estado de São Paulo*. São Paulo, 1990. Impresso.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação dos Institutos de Pesquisa Centro de Vigilância Sanitária. Portaria 01 de 02 de janeiro de 2002. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 19 jan. 2002. Seção 1, p.1-24, Suplemento.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação de Saúde 2. Escritório Regional de Saúde de Marília. Convênio 01/88 de 15 de abril de 1988. Celebrado entre a prefeitura de Marília e a Secretaria de Estado da Saúde. Dispõe sobre a Municipalização dos Serviços de Saúde. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 21 abril 1988a. Seção 1, p.6-7.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação de Saúde 2. Escritório Regional de Saúde de Marília. *Municipalização do Centro de Saúde I de Marília*. São Paulo, 1993a. Processo 245/01816/93 de 02 jun.1993.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação de Saúde 2. Escritório Regional de Saúde de Marília. *Plano de Operacionalização de Municipalização dos Serviços de Saúde de Marília-SUDS*. São Paulo, 1988b. Processo 245/03566/87.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenação de Saúde 2. Escritório Regional de Saúde de Marília. Portaria de 12 de janeiro de 1993. Concede ao Centro de Saúde I de Marília, a competência para executar as atividades previstas nos programas de vigilância sanitária no que concerne a área de produtos relacionada à saúde e às ações sobre o meio ambiente. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 15 jan. 1993b. Seção 1.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenadoria de Saúde do Interior. Direção Regional de Saúde de Marília. *Habilitação do município de Marília às ações de vigilância sanitária*: NOB 96. São Paulo, 2001b. Processo 001/0214/0002805/01. 46 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Resolução 17 de 17 de janeiro de 1994. Dispõe sobre o afastamento dos servidores estaduais e federais, lotados no Centro de Saúde I de Marília, junto ao município de Marília à vista do convênio SUDS firmado entre as partes. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 18 jan. 1994. Seção 1.

SILVA, S. F. *Municipalização da Saúde e Poder Local*: sujeitos, atores e políticas. São Paulo, 2001. 288p. Tese (Doutorado, área de Administração Hospitalar)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

TEIXEIRA. S.M.F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Cadernos da nona*: descentralizando e democratizando o conhecimento, Brasília, v. 1, p. 27-37, 1992.

TOBAR, F.O Conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n.5, p.31–51, jun.1991.

TRIVIÑOS, A.N.S. Pesquisa Qualitativa. In: *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: ATLAS, 1987. cap. 4-5, p.91-175.

Anexos

Anexo 1

Estabelecimentos e equipamentos de interesse à saúde	Complexidade
Refino e outros tratamentos do sal	Média
Processamento, preservação e produção de conservas de frutas.	Média
Processamento, preservação e produção de conservas de legumes e outros vegetais.	Média
Produção de óleos vegetais bruto	Média
Refino de óleos vegetais	Média
Preparação de margarinas e outras gorduras vegetais e de óleos de origem animal não comestíveis	Média
Fabricação de produtos do laticínio	Média
Fabricação de sorvetes	Média
Beneficiamento de arroz	Média
Fabricação de produtos do arroz	Média
Moagem de trigo e fabricação de derivados	Média
Produção de farinha de mandioca e derivados	Média
Fabricação de fubá, farinha e outros derivados de milho.	Média
Fabricação de amidos e féculas de vegetais e fabricação de óleos de milho	Média
Fabricação de pães, bolos e equivalentes industrializados.	Média
Fabricação de produtos de padaria, confeitaria e pastelaria, exclusive industrializada.	Básica
Fabricação de biscoitos e bolachas	Média
Produção de derivados do cacau e elaboração de chocolates	Média
Produção de balas e semelhantes e de frutas cristalizadas	Média
Fabricação de massas alimentícias	Média
Preparação de especiarias, molhos, temperos e condimentos.	Média
Preparação de produtos dietéticos, alimentos para crianças e outros alimentos conservados.	Alta
Fabricação de pós-alimentícios	Média
Fabricação de gelo comum	Média
Beneficiamento de chá, mate e outras ervas para infusão.	Média
Fabricação de outros produtos alimentícios	Média
Fabricação de fermentos, leveduras e coalhos.	Alta

Fabricação de outros produtos inorgânicos	Alta
Fabricação de outros produtos químicos orgânicos	Alta
Fabricação de aditivos de uso industrial	Alta
Fabricação de embalagens de papel	Média
Fabricação de tintas, vernizes, esmaltes e lacas	Média
Fabricação de embalagem de plástico	Média
Fabricação de embalagens de vidro	Média
Fabricação de produtos cerâmicos refratários	Media
Fabricação de outros produtos cerâmicos não refratários para usos diversos	Média
Fabricação de embalagens metálicas	Média
Fabricação de materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos.	Alta
Fabricação de artefatos diversos de borracha	Alta
Fabricação de aparelhos, equipamentos e mobiliários para instalações hospitalares, consultórios médicos e odontológicos e para laboratórios.	Alta
Fabricação de instrumentos e utensílios para usos médicos, cirúrgicos, odontológicos e de laboratórios.	Alta
Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral – inclusive sob encomenda	Alta
Fabricação de material óptico	Alta
Fabricação de fraldas descartáveis e de absorventes higiênicos.	Alta
Fabricação de artigos de perfumaria e cosméticos	Alta
Fabricação de escovas, pincéis e vassouras.	Alta
Fabricação de fertilizantes fosfatados, nitrogenados e potássicos.	Alta
Fabricação de inseticidas	Alta
Fabricação de fungicidas	Alta
Fabricação de herbicidas	Alta
Fabricação de outros defensivos agrícolas	Alta
Fabricação de sabões, sabonetes e detergentes sintéticos.	Alta
Fabricação de produtos de limpeza e polimento	Alta
Fabricação de gases industriais	Alta
Fabricação de medicamentos alopáticos para uso humano	Alta
Fabricação de medicamentos homeopáticos para uso humano	Alta

Fabricação de medicamentos para uso veterinário	Alta
Fabricação de produtos farmoquímicos	Alta
Atividades de envasamento e empacotamento por conta de terceiros	Alta
Outros depósitos de mercadorias para terceiros	Média
Depósitos de mercadorias próprias	Média
Sedes de empresas e unidades administrativas locais	Alta
Comércio atacadista de leite e produtos do leite	Básica
Comércio atacadista de cereais beneficiados	Básica
Comércio atacadista de farinhas, amidos e féculas.	Básica
Comércio atacadista de frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos.	Básica
Comércio atacadista de aves vivas e ovos	Básica
Comércio atacadista de coelhos e outros pequenos animais vivos para alimentação	Básica
Comércio atacadista de carnes e produtos de carne	Básica
Comércio atacadista de pescados e frutos do mar	Básica
Comércio atacadista de água mineral	Básica
Comércio atacadista de cerveja, chope e refrigerante.	Básica
Comércio atacadista de outras bebidas em geral	Básica
Comércio atacadista de café torrado, moído e solúvel.	Básica
Comércio atacadista de açúcar	Básica
Comércio atacadista de óleos e gorduras	Básica
Comércio atacadista de pães, bolos, biscoitos e similares.	Básica
Comércio atacadista de massas alimentícias em geral	Básica
Comércio atacadista de sorvetes	Básica
Comércio atacadista de chocolates, confeitos, balas, bombons e semelhantes.	Básica
Comércio atacadista de outros produtos alimentícios	Básica
Comércio atacadista de instrumentos e materiais médico-cirúrgico-hospitalares	Média
Comércio atacadista de próteses e artigos de ortopedia	Média
Comércio atacadista de produtos odontológicos	Média
Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos odonto-médicos hospitalares e laboratoriais.	Média
Comércio atacadista de cosméticos e produtos de perfumaria	Média

Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal	Média
Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar.	Média
Comércio atacadista de defensivos agrícolas, adubos fertilizantes e corretivos do solo.	Média
Comércio atacadista de produtos farmacêuticos de uso humano	Média
Comércio atacadista de produtos farmacêuticos de uso veterinário	Média
Comercio atacadista de mercadorias em geral sem predominância de artigos para uso na agropecuária	Média
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, com área de venda superior a 5000 metros quadrados – hipermercados.	Básica
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, com área de venda entre 300 e 5.000 metros quadrados – supermercados.	Básica
Mini-mercados	Básica
Mercearias e armazéns varejistas	Básica
Comércio varejista de produtos de padaria e de confeitaria	Básica
Comércio varejista de laticínios, frios e conservas.	Básica
Comércio varejista de balas, bombons e semelhantes.	Básica
Comércio varejista de carnes – açougues	Básica
Comércio varejista de bebidas	Básica
Comércio varejista de hortifrutigranjeiros	Básica
Peixaria	Básica
Comércio varejista de outros produtos alimentícios não especificados anteriormente	Básica
Comercio varejista realizado em vias publicas	Básica
Restaurante	Básica
Choperias, whiskeria e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas.	Básica
Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares.	Básica
Cantina (serviço de alimentação privativo) - exploração própria	Básica
Cantina (serviço de alimentação privativo) - exploração por terceiros	Básica
Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas	Básica
Serviços de buffet	Básica
Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar	Básica

Outros serviços de alimentação (em “trailers”, quiosques, veículos e outros equipamentos)	Básica
Comércio varejista de produtos farmacêuticos alopáticos (farmácias e drogarias)	Básica
Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos	Básica
Farmácias de manipulação	Média
Comércio varejista de medicamentos veterinários	Básica
Transporte rodoviário de cargas em geral, municipal.	Básica
Transporte rodoviário de cargas em geral intermunicipal, interestadual e internacional.	Básica

Prestação de serviços de saúde / equipamentos de saúde	Complexidade
Atividades de atendimento hospitalar	Alta
Atividades de atendimento a urgências e emergências	Alta
Atividades de clínica médica (clínicas, consultórios, e ambulatórios)	Média
Atividades de clínica odontológica (clínicas, consultórios, e ambulatórios)	Média
Serviços de vacinação e imunização humana	Média
Atividades dos laboratórios de anatomia patológica / citológica	Alta
Atividades dos laboratórios de análises e pesquisas clínicas	Alta
Serviços de diálise	Alta
Serviços de raios-x, radiodiagnóstico e radioterapia.	Alta
Serviços de banco de sangue	Alta
Outras atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	Alta
Serviços de enfermagem	Básica
Serviços de nutrição	Básica
Serviços de psicologia	Básica
Serviços de fisioterapia e terapia ocupacional	Básica
Serviços de fonoaudiologia	Básica
Atividades de terapias alternativas	Básica
Serviços de acupuntura	Média
Serviços de banco de leite materno	Alta
Serviços de remoções	Média
Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	Média
Centro de reabilitação para dependentes químicos com alojamento	Média

Centros de reabilitação para dependentes químicos sem alojamento	Básica
Outros serviços sociais sem alojamento	Básica
Asilos	Média
Orfanatos	Média
Albergues assistenciais	Média
Outros serviços sociais com alojamento	Básica
Creches	Básica

Demais atividades relacionadas à saúde	Complexidade
Reciclagem de sucatas de alumínio	Básica
Reciclagem de outras sucatas metálicas	Básica
Reciclagem de sucatas não metálicas	Básica
Captação, tratamento e distribuição de água canalizada.	Básica
Comércio atacadista de resíduos e sucatas metálicas.	Básica
Comércio atacadista de resíduos e sucatas não metálicas, exclusive de papel e papelão recicláveis.	Básica
Comércio atacadista de resíduos de papel e papelão recicláveis.	Básica
Outros tipos de comércio varejista não realizados em lojas	Básica
Camping	Básica
Limpeza urbana – exclusive gestão de aterros sanitários	Básica
Gestão de aterros sanitários	Média
Gestão de redes de esgoto	Básica
Outras atividades relacionadas à limpeza urbana e esgoto	Básica
Clubes sociais, desportivos e similares	Básica
Organização e exploração de atividades desportivas	Básica
Ensino de esportes	Básica
Exploração de parques de diversões e similares	Básica
Gestão e manutenção de cemitérios	Básica
Serviços de cremação de cadáveres humanos e animais	Básica
Outras atividades funerárias	Básica
Serviços de dedetização, desratização, descupinização e similares.	Média
Serviços veterinários	Básica
Serviço de prótese dentaria	Média
Serviços de laboratórios ópticos	Básica
Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos	Média

Comércio varejista de artigos de ótica	Básica
Academias de ginástica	Média
Lavanderias e tinturarias	Média
Manicuros e outros serviços de tratamento de beleza	Básica
Atividades de manutenção física corporal	Básica
Outras atividades de serviços pessoais, não especificadas anteriormente.	Média

A n e x o 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Identificação do entrevistado: cargo / função e local de trabalho atual.

- 01.** Qual sua experiência de trabalho na área de vigilância sanitária?
- 02.** Fale sobre a municipalização (oficial) da área de vigilância sanitária, em Marília.
- 03.** Como era a equipe de trabalho da vigilância sanitária, antes e depois da municipalização, no município de Marília?
- 04.** No seu ponto de vista, como ocorreu a municipalização da vigilância sanitária comparada com a municipalização das demais ações de saúde?
- 05.** Você acha que houve facilitação ou resistência à municipalização, por parte dos funcionários do setor de vigilância sanitária? Por quê?
- 06.** Aponte vantagens e desvantagens do processo de municipalização das ações de vigilância sanitária em Marília.