

**As programações anuais municipais de Vigilância Sanitária
como instrumento de planejamento**

Fernanda Cristine Soares Teixeira

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para a obtenção de título de Mestre em
Ciências**

Área de concentração: Serviços de Saúde

Orientador: Prof.Dr. Glavur Rogério Matté



SÃO PAULO

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figurem a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr Glavur Rogério Matté, meu orientador, pelo apoio, paciência e colaboração;

Aos coordenadores da Vigilância Sanitária estadual, Régis Kersul e Gilberto de Carvalho, pela boa vontade em permitir o acesso às informações fundamentais a este trabalho;

Aos meus sobrinhos, pelo carinho de sempre;

Aos professores e colegas que fizeram parte desta etapa;

E a todos aqueles que me impulsionaram, mesmo sem saber...

Teixeira, F.C.S. As programações anuais municipais de Vigilância Sanitária como instrumento de planejamento [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Resumo

Introdução: A Vigilância Sanitária, através de suas ações, tem por função eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, sendo responsável pelo controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde. Assim, deve ser elaborado um planejamento para que tais ações sejam eficientes, e uma das ferramentas é a programação anual de VISA, que deve ser adaptada às condições do setor e à realidade do município. Para garantir a saúde da população uma nova visão de VISA surgiu através do conceito de Vigilância em Saúde, com ênfase na intersetorialidade, interinstitucionalidade, análise das especificidades locais, de forma a evitar que as ações sejam fragmentadas. Desta forma, torna-se necessário o envolvimento dos gestores, dos profissionais (setores regulado e regulador) e da sociedade. **Objetivo:** Conhecer a forma de planejamento das ações da VISA em municípios do sul de Minas Gerais. **Metodologia:** Foi realizado o estudo das programações anuais de VISA de 17 municípios de 2008 a 2010, com base no Plano Diretor de Vigilância Sanitária da ANVISA, considerado instrumento norteador das ações da VISA, além da coleta de dados secundários referentes aos estabelecimentos de saúde existentes em cada município. **Resultados:** Muitos municípios da região não apresentaram as programações ao estado no período deste estudo; entre aqueles que apresentaram muitos não realizaram o planejamento com base na realidade do município e, de acordo com as programações, a maioria dos municípios possui deficiência em termos de quantidade de profissionais, assim como ausência de capacitação contínua, deficiência de infraestrutura, ausência de mensuração da qualidade das ações, pois as metas são calculadas em termos de quantidade; através das programações não há meios de verificação acerca de efetiva atuação intersetorial e interinstitucional. **Conclusões:** A programação anual como forma de planejamento apresenta limitações, pois a maioria destas não apresentou informações a respeito do município; as Administrações Municipais, de forma geral, possuem dificuldades quanto à organização e estruturação das Vigilâncias Sanitárias; a maioria dos profissionais de VISA possui formação em nível médio, não há plano de capacitação contínua e o número de autoridades sanitárias não é compatível com a demanda, representada esta pela quantidade de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde, sendo estes últimos mais numerosos e nem sempre cadastrados; a maioria das equipes de VISA estudadas possui somente um profissional; se as atuações intersetorial e interinstitucional ocorrem, através da maioria das programações não há como verificar. **Recomendações:** Para tornarem-se instrumentos de planejamento, as programações devem ser elaboradas por equipe multiprofissional, com base na realidade do município. As Administrações Municipais devem investir em capacitação dos profissionais e na constituição de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de formação e que atuem de forma conjunta, inclusive a nível interinstitucional, além da necessidade de investimento em infraestrutura para o adequado exercício das atribuições das autoridades sanitárias. **Descritores:** Vigilância Sanitária, Planejamento, Programação, Administração Municipal.

ABSTRACT

Introduction: The Sanitary Surveillance or VISA, through their actions, has the main objective of reducing or preventing risks to health, being responsible for the control of the rendering of services that relate directly or indirectly to health. So, a planning should be elaborated to assure that such actions are efficient, and one of the tools is the annual schedule of VISA, which must be adapted to the conditions of the local sector and to the reality of the municipality. To ensure the health of the population a new vision of VISA came through the concept of health surveillance, with emphasis on intra-sectorial and intra-institutional approaches, and with analysis of regional specificities in order to avoid that actions are fragmented. In this way, it is required the involvement of managers, professionals (from regulated and regulator sectors) and society.

Objective: to know the procedures of VISA's action planning in the municipalities of the South of Minas Gerais State. **Methodology:** it was performed a study of the 2008-2010 annual VISA schedules for 17 municipalities, comparing those plans with ANVISA's sanitary surveillance master plan, considered as the guiding directive of VISA actions, in addition to the collection of secondary data related to the Health Care Houses existing in each municipality. **Results:** many municipalities in the region did not submit the schedules to the State during the period of this study; among those who submitted the schedules, many of them did not prepare the planning based on the reality of the municipality and, according to the schedules, most municipalities showed deficiency in terms of quantity of professionals, as well as the absence of continuous training, also deficiency of infrastructure and absence of measurements of the quality of actions, because the goals are calculated in terms of quantity; through the schedules there are no ways of verifying about the existence of intra-sectorial and intra-institutional cooperation. **Conclusions:** the annual schedule as a way of planning has limitations because most of them did not provide information regarding the municipality; the Municipal governors generally have difficulties regarding the organization and structuring of Sanitary Surveillance; most of VISA professionals have concluded only mid-level education, there is no continuous training plan and the number of sanitary authorities is not compatible with the demand, represented this by the amount of Health Care Houses and existing related companies, being the last ones more numerous and not always registered; most of the studied VISA teams have only one professional; if the intra-institutional and intra-sectorial cooperation actually occur, there is no possibility to verify through the schedules. **Recommendations:** to become actual planning instruments, the schedules must be developed by multi-professional teams, considering the reality of the municipality. The Municipal governors should invest in the training of professionals and in the establishment of teams comprised by professionals from different areas of expertise that act jointly, including the intra-institutional level, in addition to the need for investments in infrastructure for the proper performance of the sanitary authorities functions.

Keywords: Health Surveillance, Planning, Programming, Municipal management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro demonstrativo de estabelecimentos de saúde, profissionais de VISA e proporção profissionais/estabelecimento de saúde de municípios do sul de Minas Gerais em 2010.....	49
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade de profissionais nas VISAs de municípios do sul de Minas Gerais (2010).....	45
Gráfico 2: Populações rural e urbana em municípios do sul de Minas Gerais (2010).....	48

LISTA DE SIGLAS

VISA	Vigilância Sanitária
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PAS	Programação Anual de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
CF	Constituição Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SILOS	Sistemas locais de saúde
PAB	Piso de Atenção básica
Noas	Normas de Assistência à saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
EPI	Equipamento de proteção individual
PROCON	Departamento de proteção e defesa do consumidor
IMA	Instituto Mineiro de Agropecuária
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
ESF	Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	11
2- JUSTIFICATIVA.....	15
3 – OBJETIVO.....	17
4 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
4.1 - Histórico da Saúde Pública, da Vigilância Sanitária e da Vigilância em Saúde.....	18
4.2 - O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA).....	36
5 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
5.1 – Área de estudo.....	40
5.2 – Tipo de pesquisa.....	41
5.3 – Análise dos dados.....	41
6 – RESULTADOS.....	44
6.1 – Quantidade de profissionais e formação.....	44
6.2 – Plano de Capacitação.....	45
6.3 – Infraestrutura.....	46
6.4 – Análise situacional dos municípios e da VISA.....	46
6.5 – Cadastro dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização da VISA....	48
6.6 – Atuação interinstitucional e intersetorial.....	50
6.7 – Atuação multiprofissional.....	51
6.8 – Educação em saúde.....	51
7 – DISCUSSÃO.....	52
8 – CONCLUSÕES.....	66
9 – RECOMENDAÇÕES.....	68
10–REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

1. INTRODUÇÃO:

A Vigilância Sanitária (VISA) é considerada componente da saúde pública e constitui-se campo de saberes interdisciplinares e práticas sanitárias, técnicas, políticas e jurídicas. Há exigência normativa para as práticas sobre os seus objetos de cuidado e para seus procedimentos institucionais e particularidades. Tal área de atuação pode ser diferenciada de outros setores em virtude de especificidades estreitas, como sua relação com os setores econômico e jurídico, o relacionamento entre o setor público e o privado, e o grau de desenvolvimento científico e tecnológico. Porém, essas particularidades são indissociáveis das demais ações de saúde, além do que as ações da Vigilância Sanitária são de competência exclusiva do Estado, que detém o dever / poder de intervir nas liberdades particulares para assegurar os interesses da coletividade (CAMPOS et al., 2001).

A Vigilância Sanitária entendida como controle/fiscalização de produtos e serviços existe desde o Brasil colônia, quase sempre de caráter normativo em relação a práticas de comércio, baseadas no poder de polícia administrativa, o que permite a entrada nos estabelecimentos subordinados à normativa sanitária, sem ordem judicial e a exigência de documentos como contrato social, CNPJ, inscrição no conselho de classe profissional, responsáveis técnicos, notas de entrada e saída de produtos, registros e autorizações de produção e importação, verificação do espaço físico, procedimentos, aparelhos, condições de trabalho e ambientais, etc. Essa ação de fiscalização de VISA se baseia nos princípios da precaução e da prevenção dos riscos e agravos à saúde individual e coletiva, e os atos assim praticados têm como consequência imediata o ônus econômico, social, político, razões pelas quais tais ações devem ser muito bem embasadas, obedecendo ainda

os princípios da Administração Pública (legalidade, moralidade, impessoalidade e publicidade) (MARQUES et al, 2006).

Atualmente a VISA possui relação direta com outras áreas, tais como economia, comunicação, entre outras. A formulação e implementação de políticas públicas de vigilância sanitária disponibiliza um aparato legal consubstanciado em leis, decretos, resoluções, etc, para legitimar os operadores desta proteção à saúde para as ações limitadoras das liberdades individuais, através do exercício do poder de polícia que, por resistência do setor produtor de bens e serviços para a saúde, levam ao Poder Judiciário (PIRES DE SÁ, 2010).

De acordo com a Lei nº 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a Vigilância Sanitária é definida como: “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde” (BRASIL, 1990)

Após a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (Lei nº 9782/99), uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde com a finalidade de “promover a proteção da saúde da população” (BRASIL, 1999), houve uma modificação significativa no componente federal e na forma de controle sanitário existente no nosso país, através da descentralização das ações de VISA nos estados e municípios entendidas como a oportunidade de se aproximar dos problemas da população em questão, sendo fundamental a reformulação da

estrutura organizacional a nível municipal com vistas ao êxito em tal proposta; para isso, uma mudança de consciência deve ser implantada, transformando o setor em algo mais que somente burocratização, tendências cartoriais, atuação policial administrativa e autuações. Também faz parte das ações de VISA a educação em saúde, a orientação e a conscientização para o setor regulado e a sociedade como um todo (BRITO, 2007).

Nesse contexto, surgem propostas como a de Paim (1999), de Vigilância em Saúde, na qual a VISA deve ir além da fiscalização baseada na demanda espontânea, ou seja, deve haver a programação das ações com base na realidade local através do cadastro dos objetos de cuidado da VISA, registro, acompanhamento, avaliação das ações e identificação dos problemas.

Para tanto, torna-se imprescindível o planejamento das ações e serviços da Vigilância Sanitária como instrumento estratégico. Além das políticas públicas, aspectos físico-territoriais, econômicos, financeiros, administrativos, sociais, ambientais e de gestão devem ser considerados no momento da elaboração do planejamento municipal das atividades locais, incluindo a participação social, em busca da efetivação das ações planejadas (REZENDE, 2009).

Durante a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, surgiu a necessidade da construção de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) integrado às demais ações de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde, posteriormente elaborado pela ANVISA como um instrumento de gestão estratégica e política, com base nas ações de impacto da VISA e no conceito de risco, e que possui como objetivo principal a consolidação da VISA como ação afirmativa de proteção da saúde e promoção de qualidade de vida para a sociedade (BRASIL, 2007).

Com base no PDVISA os municípios brasileiros passaram a elaborar programações de Vigilância Sanitária de ações locais em busca de uma atuação voltada às suas realidades e que visam facilitar a pactuação entre o município e o estado para definição das atribuições de cada um, e poderá ser monitorado, avaliado e revisado, em virtude de se tratar de uma programação anual. Deve estar previsto no Plano Diretor Municipal, que regulamenta o Estatuto da Cidade, que por sua vez é um instrumento básico para orientar a política de desenvolvimento e de ordenamento da expansão urbana do município, uma vez que permite o planejamento territorial para definir o melhor modo de ocupar o território e prever a disposição de atividades e outros usos do território. A participação dos profissionais de saúde é de extrema importância, assim como da sociedade em geral, para identificar ações que possam ocasionar problemas e vulnerabilidade de saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2008).

Apesar de o PDVISA ser um modelo, as programações devem ser adaptadas à realidade do município, o que seria de extrema importância, uma vez que nosso país apresenta acentuadas diferenças em relação a aspectos demográficos, culturais, sociais, econômicos, políticos, entre outros, justificando a proposta do PDVISA para o planejamento com base na análise do território.

2. JUSTIFICATIVA:

O presente estudo fundamenta-se na aparente dificuldade encontrada pelas Vigilâncias Sanitárias municipais na elaboração do planejamento de suas ações com base em características locorregionais. O planejamento deve ser entendido como um instrumento de estratégia para a organização e atuação da VISA, de forma a atingir seus objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para alcançar seus objetivos de prevenção e equidade, a VISA deve respeitar os objetivos do SUS com base na análise das necessidades e da territorialização, deve desenvolver uma nova formação técnica, trabalhar num contexto local em que a identificação de problemas seja resultado de um processo ambiental, social e político com a participação da comunidade, a utilização de dados epidemiológicos e identificação dos problemas, sendo que a VISA pode ser entendida com base em duas vertentes: a abordagem por problemas, com monitoramento ambiental, controle de bens, serviços e produtos, programação de intervenções e mudança da situação, e a abordagem por procedimentos burocráticos de intervenções sobre a demanda (VILASBOAS et al., 1992).

O estudo busca conhecer, através de um levantamento de dados pertinentes à realidade de vários municípios na região sul do estado de Minas Gerais, as dificuldades vivenciadas por estes para a elaboração de um planejamento das ações da VISA levando em consideração o território, tendo tal área como objeto, o que não desconsidera a realidade de outras regiões do país. Acredita-se que, respeitadas as particularidades, muitas dificuldades são compartilhadas por diferentes municípios em todo o Brasil.

Sendo assim, torna-se relevante a comparação entre a realidade dos municípios e o ideal preconizado pela ANVISA através do PDVISA, de forma que seja possível identificar as dificuldades enfrentadas e assim, sugerir alternativas para superá-las, com o objetivo maior de promover a saúde e garantir o acesso a ações e serviços de saúde de forma que toda a população seja beneficiada de forma igualitária.

O trabalho é viável devido à inserção do pesquisador no universo de atuação de VISA municipal e suas relações institucionais.

A importância do assunto pode ser demonstrada através de dados obtidos em estudo da ANVISA (2011), no qual se constatou que **não há o órgão responsável por Vigilância Sanitária em:** 55% dos municípios de até 10 mil habitantes, 27 % dos que possuem população entre 10 e 50 mil habitantes e 15 % daqueles com 50 a 100 mil habitantes.

Esse mesmo estudo da ANVISA (2011) demonstrou que 32,1 % dos municípios brasileiros não possuíam VISA. Embora na maior parte deles houvesse um funcionário responsável pelas ações pertinentes ao assunto em pauta, não havia sequer inspeção no comércio varejista de alimentos em 15 % dos municípios estudados. Entretanto, 93,8 % dos representantes pelos municípios afirmaram possuir as ações pertinentes a VISA, embora a falta de estruturação ainda revelava-se presente.

O que irá ser levantado no trabalho em questão, através do estudo das programações de VISAs municipais, é a realidade do setor e mesmo alguns pontos referentes às realidades locais, que servirão de dados para análise e discussão acerca da atuação da Vigilância Sanitária, e que poderão servir de base para estudos semelhantes em diversas regiões.

3. OBJETIVO:

Analisar as programações anuais de Vigilância Sanitária de municípios do sul de Minas Gerais, tendo como referencial teórico o Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

4. REVISÃO DA LITERATURA:

4.1. Histórico da Saúde Pública, da VISA e da Vigilância em Saúde:

Em nosso país, o conceito de vigilância está presente desde o decreto do príncipe regente, em 1809, com propostas de isolamento e controle sanitário nos portos voltadas para a proteção da economia. Após a descoberta dos microorganismos e do controle de doenças, a medicina higienista ganhou força e já havia o planejamento urbano na maioria das cidades, e os problemas de saúde que aparecem como preocupação maior do poder público são as endemias e o saneamento nos núcleos urbanos e portos. As campanhas contra a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, e medidas gerais de higiene urbana, caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas de notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária geral (MARQUES et al, 2006).

Com a Revolução Industrial, houve uma mudança no panorama preocupando-se com hábitos de higiene, pois lutando contra a miséria, acreditava-se que se estabelecia ordem pública. Surge então com Pasteur o conceito de prevenção no início do século XX e a proteção sanitária passaram a integrar as políticas de governo. A partir da melhoria do ambiente físico, da provisão de águas, da assistência médica e de outras medidas houve uma diminuição na ocorrência de epidemias, originando o segmento hoje conhecido como Saúde Pública e que pode ser definida como “a ciência e arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando saneamento do meio ambiente, controle de infecções comunitárias, educação dos princípios de higiene pessoal, organização de serviços

médicos e enfermagem para diagnóstico precoce e tratamento da doença e o desenvolvimento de mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde“ (ROCHA e CESAR, 2008).

Em 1920, foi a primeira vez que o termo VISA foi incorporado ao aparato jurídico sanitário no Brasil, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, e dizia respeito ao controle de pessoas doentes, suspeitas de moléstias transmissíveis e de estabelecimentos locais (MARQUES et al, 2006; MONKEN e BARCELLOS, 2008).

Por volta da década de 1940, predominava o modelo agroexportador, com atividades econômicas voltadas ao cultivo ou extração de produtos primários. Na época as epidemias absorviam os maiores recursos da saúde pública e o controle sanitário de portos e fronteiras era um dos principais campos de fiscalização sanitária; o saneamento também foi preocupação crescente e as ações de regulação e controle sanitário, com atividades de fiscalização de exercício profissional, controle de alimentos e especialidades farmacêuticas eram realizadas de forma esparsa pelos órgãos federais e não havia um órgão específico de VISA com o significado atual. Posteriormente, passou-se a dividir as atribuições entre os níveis federal e estadual, analisando o risco sanitário vinculado a atividades econômicas (MARQUES et al, 2006).

A partir dos anos 50, a denominação “vigilância epidemiológica” passou a ser usada e posteriormente obteve significado mais amplo, que seria o acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle. Em 1963, Alexander Langmuir conceituou vigilância em saúde como a observação contínua da distribuição e

tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, e outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os interessados (MONKEN e BARCELLOS, 2008).

À época, a Saúde Pública se desenvolvia com base em duas vertentes:

- Vigilância Sanitária: prática baseada em preceitos legais, normas e padrões, voltada para ações de controle sanitário, defesa e proteção do meio ambiente, produção e circulação de bens de consumo, prestação de serviços de interesse à saúde dos cidadãos;
- Vigilância e Controle de Doenças: intervenções para conter principalmente as doenças transmissíveis que ocorriam com elevada frequência no início da colonização, e culminaram com grandes campanhas de erradicação e/ou controle dessas nos primeiros anos do século XX (TEIXEIRA et al., 2009).

Na década de 70, definiu-se que a saúde estaria constituída por quatro elementos principais: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde. Na conferência de Ottawa foi ampliado esse conceito, falando-se também em qualidade de vida – promoção da saúde e participação social – com o homem como protagonista e potencial responsável por controlar os fatores determinantes de sua saúde (CAMPOS et al., 2001). A partir daqui surge então a necessidade de inclusão do assunto saúde na pauta de discussões das políticas públicas, uma vez que os modelos predominantes não eram mais suficientes, o que ocasionou transformações no Brasil, principalmente com a Reforma Sanitária, o que permitiu a expressão da saúde de forma ampliada na Constituição Federal em 1988 e daí levando-se para a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 em 1990 e da inclusão social (Lei nº 8142), do mesmo ano, o que permitiu uma redefinição do papel do

Estado através da descentralização e garantiu uma participação mais efetiva dos estados e municípios, além da participação social (PAIM, 1999; CAMPOS et al., 2001; FINKELMAN, 2002; MONKEN e BARCELLOS, 2008).

Entretanto, o modelo médico assistencial privatista ainda era o mais conhecido e prestigiado, apesar de não ser tão amplo a ponto de contemplar o conjunto dos problemas de saúde de toda a população, mas ainda predominava no Brasil à medida que os indivíduos procuram os serviços de saúde para atender suas necessidades (PAIM in ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Por outro lado, tal modelo corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas temporárias (vacinação, combate às endemias, etc) e programas especiais (controle de tuberculose, saúde da criança e da mulher, entre outros), os quais requerem grande mobilização de recursos, inclusive humanos. Usualmente, essas formas de intervenção também não contemplam a amplitude da situação de saúde, ou seja, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer; deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária, não enfatizam a integralidade da atenção e não estimulam a descentralização na organização dos serviços (PAIM in ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Tal padrão torna-se insuficiente quando levamos em consideração outros modos de determinação do processo saúde doença, como é o caso das doenças crônicas e daquelas oriundas de determinados estilos de vida, sendo que para estas, não há como se “montar programas pré definidos” (CAMPOS et al., 2001; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

No Brasil, nos anos 80, instala-se o Movimento da Reforma Sanitária, e em 1987 é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que adota como diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Os distritos sanitários surgiram da necessidade de mudança das práticas sanitárias, direcionados no sentido da eficiência e da eficácia sociais, da equidade e da democratização, com representação no espaço local onde se estabelecem relações entre instituições de saúde sob regulação de uma autoridade sanitária local e os conjuntos sociais com seus problemas diferenciados, que se manifestam de forma característica naquele território distrital (VILASBOAS et al., 1992).

Para a implantação da distritalização da saúde, há 3 conceitos-chave a serem levados em consideração:

- território: território-processo, que seria um espaço em permanente construção, resultado da dinâmica social; vai além do espaço geográfico e passa a ser também econômico, político, cultural, sanitário. É representado por uma configuração dos problemas que se distribuem, no território, de acordo com as condições de vida dos diferentes sujeitos.

- problema: é a representação social de necessidades de saúde, com base em condições de vida e a partir da percepção da diferença entre a realidade constatada

e um ideal preconizado. Esse enfoque por problemas facilita o desenvolvimento da consciência sanitária da população daquele território.

Os problemas podem ser enfrentados de forma contínua e ocasional; isso será definido pela população e pelos profissionais de saúde, pois alguns problemas têm que ser enfrentados de forma eventual, que serão as demandas espontâneas percebidas pela população. Principalmente por questões econômicas, nem todos os problemas podem ser enfrentados de forma contínua. Os problemas de enfrentamento contínuo vão dar origem à prática sanitária da Vigilância Sanitária e os problemas de enfrentamento ocasional irão organizar a prática da atenção à demanda.

- práticas sanitárias: conjunto de processos de trabalho, articulados em operações, que impõe uma estratégia de ação integral sobre os problemas num território determinado. Também devem ser programadas de forma eventual ou contínua, dependendo do problema a ser enfrentado (VILASBOAS, 1992, 1993).

As práticas da Vigilância Sanitária também necessitam de participação e controle social, e a importância de suas ações acompanha a estrutura, a complexidade e o crescimento da produção, assim como da população. Portanto o objeto da VISA refere-se à proteção e defesa da saúde com abrangência à esfera da promoção e repartição interinstitucional de competências sobre os seus objetos de cuidado, tais como: saúde, trabalho, agricultura, meio ambiente, efetividade de suas ações através do cumprimento de normas jurídicas, da articulação intersetorial, da integração intrasetorial, do monitoramento da qualidade de produtos, serviços e ambientes, da informação, comunicação e educação sanitária, entre outros (CAMPOS et al., 2001). Diante de tal conscientização ampla a respeito de saúde, e

ainda corroborada pela carta de Ottawa, subscrita por 38 países, e que contém como requisitos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, conservação dos recursos, justiça social, equidade, além do que, na CF 88, saúde também é garantida através de políticas sociais e econômicas, sendo assim, foi possível implantar a Vigilância Sanitária como prática sanitária (VILASBOAS et al, 1992, 1993).

Em 1988 a Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988) institui a necessidade da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). Nela estão previstos o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Posteriormente, em 1990, foi promulgada a Lei nº 8080 para operacionalizar as disposições constitucionais, criando o Sistema Único de Saúde - SUS (WALDMAN, 1998).

De acordo com COSTA (2000), a área de abrangência da VISA inclui normalização e controle de bens, da produção, do armazenamento, da circulação, do transporte, da comercialização e do consumo de produtos de interesse da saúde, e de suas matérias primas, coadjuvantes de tecnologias, equipamentos e processos; normalização e controle de tecnologias médicas, tanto de equipamentos como de procedimentos de tecnologia de ponta; normalização e controle de serviços direta e indiretamente relacionados com a saúde, prestados pelo Estado e pelo setor privado; normalização e controle específico de portos, aeroportos, fronteiras, de veículos, cargas e pessoas; normalização e controle de aspectos do ambiente e do ambiente de trabalho.

No recorrente contexto de globalização da produção e da circulação de produtos e bens, as questões de segurança sanitária provocam o reordenamento de práticas de controle sanitário; há, inclusive, a possibilidade de distribuição mundial de numerosos riscos difusos à saúde humana e ambiental. Muitos exemplos ruins podem ser dados a respeito de eventos que ocorreram e ameaçaram a segurança sanitária de alguns países (CAMPOS et al., 2001), sendo o mais recente a Influenza A; em razão dessa abrangência nacional que as enfermidades podem atingir, se tornou imprescindível a implantação de um sistema de VISA central, meta esta atingida em 1999 com a lei 9782, que determina a criação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), caracterizada por independência administrativa, estabilidade dos dirigentes e autonomia financeira. A finalidade institucional é promover a proteção da saúde da população, realizando assim atividades de controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos a VISA e de controle de portos e aeroportos e fronteiras (MARQUES et al, 2006).

Devem ser repensadas as práticas convencionalmente atribuídas a VISA no sentido de incluir proteção e promoção da saúde: o desafio é como organizar e integrar as ações de VISA ao conjunto das intervenções do sistema de saúde, visando proteger a qualidade de vida das pessoas e garantir a qualidade dos produtos (PAIM, 1999). O setor possui inerente e fundamental papel na comunicação e promoção da saúde, uma vez que é responsável pela fiscalização de produtos e serviços que fazem parte do cotidiano das pessoas e é essencial pelo fato de o contato próximo com a população permitir o gerenciamento do risco ao qual a mesma está exposta decorrente de ações e serviços sob o âmbito de controle e regulação do órgão institucional municipal (LUCCHESI, 2010).

Há diversos autores que acrescentam informações à definição de VISA contida na lei nº 8080. SOUTO (2004) acredita que uma definição mais completa seria: "subsetor específico da Saúde Pública, cujo objeto é a proteção e defesa da saúde individual e coletiva"; para SILVA e COROA (2005) é um sistema de controle de riscos em que vários discursos – econômico, político, jurídico, técnico e científico – se confrontam e se articulam. LUCCHESI (2010) acredita ser a VISA uma área de permanente conflito, visto que possui como objetivo a proteção da saúde pública e, ao mesmo tempo, lida com os interesses particulares do setor produtivo de bens e serviços para a saúde que dispõe de uma infinidade de produtos ao consumidor final a fim de suprir seu permanente crescimento econômico, independentemente da avaliação dos riscos que tais produtos possam trazer à saúde das pessoas.

É imprescindível uma mudança da cultura institucional, na qual a VISA deixa de ser órgão estritamente punitivo e passa a atuar de forma preventiva e com base na realidade local talvez seja o maior desafio, pois a atuação tradicional da VISA no país não tem sido favorável à apropriação social de sua importância, e tem se concentrado na prestação de serviços à demanda espontânea oriunda do setor produtivo e atendimento a denúncias e acidentes. É óbvio que tais ações devem existir, porém a VISA tem que ir muito além, e precisa planejar suas ações com base na análise da situação de saúde, com a identificação de problemas e necessidades de sua área de atuação. Deve-se ir além dos padrões dos indicadores de saúde, que são importantes, porém não suficientes quando pensamos em promoção da saúde e qualidade de vida. A atuação da VISA muitas vezes é fundamentalmente preventiva, atuando na ampla esfera dos fatores determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida, risco à saúde relacionada ao meio ambiente e à produção, circulação e consumo de bens e serviços (CAMPOS et al., 2001).

O relatório da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária recomenda a necessidade de integração das ações de vigilância sanitária no conjunto das políticas de saúde, programas e ações desenvolvidas pelo SUS, com ênfase em vigilância ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador, educação em saúde, dentre outras, com o intuito de atingir integralidade, equidade e universalidade das ações de saúde (ANVISA, 2001).

Alguns modelos alternativos são desenvolvidos no Brasil, como por exemplo, as equipes de Estratégia de Saúde da Família, ações programáticas de saúde e a vigilância da saúde, que atua sobre problemas baseados em danos, riscos e determinantes, que requerem atenção e acompanhamento constantes através da articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas sobre o território, com base em ações intersetoriais, entre outras (TEIXEIRA, 2002).

A integração entre as esferas de governo e a articulação intersetorial das ações pactuadas entre estado e município, com a identificação de especificidades locais relevantes, contribui de forma efetiva para a busca de novos rumos em direção à minimização de riscos e à qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, na construção permanente da intersetorialidade das políticas e da melhoria da qualidade de vida. Há também o incentivo à participação social, que pode auxiliar na modificação da realidade sanitária indesejável e integrar o maior número de atores possível para melhorar as condições de vida da população. As práticas de VISA devem ser expressão de políticas públicas, visualizadas nas suas relações intersetoriais e tendo no setor saúde seu papel operativo específico de promoção e proteção à saúde das pessoas, visando a qualidade de vida. Não se pode desvincular a VISA do contexto relacionado ao desenvolvimento econômico e aos processos de internacionalização de mercados. Cada instância de governo deve

se relacionar com esse contexto, assumindo as especificidades locorregionais, que modificam os instrumentos que operam as práticas de VISA (VILASBOAS, 1992).

No âmbito federal a delimitação das atribuições é mais clara, enquanto no âmbito municipal isso não ocorre, e os mesmos profissionais às vezes exercem atribuições da VISA, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental. O cenário de fragmentação do campo de intervenção das ações de proteção à saúde dificulta o enfrentamento da complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território, resultantes do encadeamento de múltiplos determinantes sociais, políticos, culturais, sanitários, ambientais e outros. Recentemente vem se fortalecendo um movimento acerca da área de atuação da VISA e suas interconexões com as demais vigilâncias, tendo em vista as necessidades de saúde e a urgência de se reformular o modelo de atenção. É papel da VISA intervir nos riscos à saúde, e deve ser encarada como prática avaliativa, valendo-se de estratégias de monitoramento para identificação, gerenciamento e comunicação dos riscos à saúde da população e dos resultados de sua própria ação, incluindo a adoção do princípio da precaução, no qual mesmo sem a confirmação científica do risco devem ser realizadas medidas de prevenção (COHEN et al., 2004; GARIBOTTI et al., 2006).

Dados de vigilância em saúde pública são coletados de inúmeras formas, através de notificação obrigatória, relatos médicos, laboratoriais, hospitalares, serviços de assistência à saúde; normalmente dizem respeito à incidência e/ou ocorrência, mas também podem ser citados sob a forma de censos onde há a separação por faixa etária, sexo e outras características diferenciais. Todos esses dados podem estar sujeitos a biases (erros de não resposta ou provocados por perda/falha de informação), e devem ser considerados no momento do planejamento das ações de saúde (SANCHES, 1993).

De tal forma, as evoluções tecnológicas presentes no mundo contemporâneo transformam a sociedade e as relações entre o Estado e as pessoas. Atualmente, a organização do Estado brasileiro no que se refere à vigilância dos riscos de doenças e outros agravos à saúde é fragmentada, havendo a vigilância sanitária (focada em bens, produtos e serviços), a vigilância epidemiológica (doenças transmissíveis e investigações de outros riscos) e a vigilância ambiental em saúde (meio ambiente em geral, inclusive o do trabalho). Essa fragmentação provoca problemas de gestão e de consolidação de informações estratégicas para a defesa da saúde. Neste sentido, deve-se pensar na organização das vigilâncias dentro de um sistema único e coordenado, denominado Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que articule as diferentes especialidades de vigilância em saúde hoje existentes no Brasil, e possibilite um sistema de informações e ações de vigilância em saúde que produza efeitos eficazes e resolutivos, capazes de enfrentar situações emergenciais de saúde pública (AITH e DALLARI, 2009).

Existem conceitos necessários para a mudança no entendimento da Vigilância Sanitária com base no contexto da Vigilância em Saúde, tais como integralidade das ações, organização dos serviços de saúde com base nas necessidades da população, realizar as ações num território definido, atuar de forma integral, com base num planejamento estratégico (VILASBOAS et al., 1992).

Nesse contexto, surgem propostas como a de PAIM, 1999, de Vigilância em Saúde, como um pensar muito além da fiscalização: deve-se ter também um sistema de informação em VISA articulado com sistemas de informação em saúde no país como um todo e de forma local. Desse modo, haverá a possibilidade de efetuação de cadastro dos objetos de cuidado da VISA, registro, acompanhamento, avaliação das ações e identificação dos problemas.

Embora já exista essa corrente que defenda a atuação da VISA segundo um conceito mais amplo de Vigilância em Saúde, ainda há inúmeras dificuldades a serem enfrentadas, uma vez que há, no momento, a necessidade de superação do modelo tradicional. Essa transição justifica-se também em virtude do crescente desenvolvimento de novas tecnologias, acesso facilitado a outros países em outros continentes em questão de horas, desenvolvimento de diferentes produtos e serviços, gerando uma demanda por parte do Estado no sentido de garantir segurança à coletividade, uma das atribuições da VISA. Nesse contexto, torna-se essencial a qualificação dos colaboradores que possuem como suas atribuições diárias a prevenção, redução ou mesmo impedir riscos à saúde da população, sujeita a uma gama cada vez maior de produtos e serviços de interesse à saúde tornando os trabalhadores de saúde potenciais desencadeadores da mudança e da reformulação das práticas de saúde (COHEN et al., 2004; GARIBOTTI et al., 2006).

Assim, o Poder Público tem estabelecido uma série de ações e elaborado um conjunto de estruturas para resolver os problemas sanitários que acometem a população. As duas últimas décadas, em particular, foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, sendo estas diretamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional (TEIXEIRA et al., 2009).

No Brasil, a difusão do tema Vigilância à Saúde tem ocorrido num contexto de experimentação de diferentes estratégias e modelos de atenção à saúde com origem na Reforma Sanitária Brasileira, citada anteriormente, e buscam atender a necessidades de reorganizar a lógica do processo de produção de serviços de saúde, suas relações entre oferta, demanda e atenção às necessidades da população. Esse processo ocorre em movimentos paralelos no âmbito da construção

do SUS (FARIA e BERTOLOZZI, 2008) e busca superar o quadro atual de insuficiência dos modelos vigentes em responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira, o que gerou a necessidade de propostas alternativas de reformulação desses modelos (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Com a introdução da dimensão do social no campo da saúde, o modelo biomédico perdeu sua hegemonia e começou a surgir uma nova maneira de pensar esse setor, incluindo os determinantes econômicos e sociais que interferem no processo saúde-doença. Houve uma conjunção de eventos com a instalação do SUS e a necessidade de recursos humanos com mais preparo, uma vez que a área ficou mais complexa em decorrência da visão ampliada da saúde; necessidade de entender os determinantes econômicos e sociais do processo saúde-doença, voltados para os aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, profissionais conscientes de seu papel social como transformadores (GATTÁS, 2006).

Em 1995, no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, surge o termo Vigilância da Saúde, em referência a um processo de mudança do modelo de atenção. Porém, nesse momento, verificou-se uma concepção do termo que se restringia à integração entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária em paralelo a outra concepção ampliada, com uma proposta de mudança do modelo assistencial em seu conjunto (FINKELMAN, 2002; COSTA e FILHO et al, 2008).

A saúde entendida como um produto social implica a construção social de uma nova prática sanitária, que é a Vigilância da saúde: “uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde” que “organiza os processos de

trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção”. (VILASBOAS et al, 1992, 1993; SILVA, 2007), incluindo promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa (SILVA, 2007).

Posteriormente, em 1998, no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, surgiram três vertentes para o conceito de Vigilância da Saúde:

- Vigilância em Saúde como análise de situações de saúde: limita o conceito ao monitoramento da situação de saúde e não inclui ações com o objetivo de enfrentar os problemas.
- Vigilância em Saúde como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a sanitária: seria uma reforma organizacional no âmbito das instituições gestoras do SUS, a princípio com a criação de Superintendências ou Divisões de Vigilância da Saúde, a nível estadual ou municipal, agregando agora os setores correspondentes e que anteriormente atuavam de forma segregada.
- Vigilância em Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias: com ênfase na intersetorialidade das ações como uma das dimensões da integralidade do sistema de saúde, inclusive com a adequação das ações e serviços aos problemas (danos, riscos e determinantes), necessidades e demandas da população. De acordo com tal proposta, há articulação dos vários níveis de prevenção, promoção e organização da atenção à saúde, desenvolvimento de ações desde a formulação à implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria das condições de vida e saúde, ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, ocupacional, ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários, assistência preventiva e reabilitadora

ambulatorial, hospitalar e laboratorial, atuando de forma a promover, prevenir, recuperar, reabilitar (PAIM, 1999; COSTA e FILHO et al, 2008).

Diante de todas essas mudanças e da nova visão de Vigilância em Saúde, no mesmo ano (1998) houve uma alteração na transferência de recursos: ao invés do pagamento de serviços por comprovação de faturas, os repasses seriam determinados com anterioridade e realizados sob a responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos municipais. Foi estabelecido um valor per capita mínimo como base de cálculo do produto orçamentário destinado ao município. Com a criação do Piso Assistencial Básico (PAB) e a sua transferência regular e automática, o Ministério da Saúde garante que o município receba um fluxo mensal fixo para a execução de serviços essenciais principalmente de assistência e também de promoção da saúde. Assim, o planejamento para a ação surge como uma estratégia essencial (FINKELMAN, 2002).

De acordo com o mesmo autor, esse estabelecimento de um valor fixo encontrou dificuldades, pois muitos municípios não recebiam nem o necessário para um desempenho mínimo, e era voltado para a assistência à saúde, e não promoção e prevenção. O Ministério da Saúde decidiu então redefinir o PAB, passando a chamá-lo de Piso de Atenção Básica, voltado às ações de assistência e também às de prevenção e promoção. Foram criados dois componentes: PAB Fixo, que mantém um valor per capita nacional, e o PAB Variável, para programas definidos como prioritários pela iniciativa federal. Assim, passou a existir uma programação municipal com base em sua realidade, reforçando a importância do planejamento.

A partir de 2001 o Ministério da Saúde passou a incorporar conceitos estruturantes para alocação de recursos, como território/população, problemas de saúde, intersetorialidade e interdisciplinaridade, e em junho de 2003, o Ministério da

Saúde cria a Secretaria de Vigilância em Saúde, com o objetivo de aprimorar o combate, controle e prevenção de doenças no âmbito do SUS, e subsidiar a elaboração de políticas públicas e avaliar o impacto de programas e ações do ministério (MONKEN e BARCELLOS, 2008).

Em contraste ao desenvolvimento tecnológico e o surgimento de novas enfermidades, o investimento do Brasil em saúde parece estagnado, isso sem contar com a ineficiência técnica, produtiva e de alocação de recursos atualmente observados, sendo que muitas vezes os recursos arrecadados com as ações da saúde (Ex.: multas aplicadas pela VISA) não são revertidos em investimentos no setor. Os gestores dos recursos e os profissionais de saúde têm condição de influenciar a cadeia produtiva do sistema de saúde de forma a garantir o uso apropriado dos recursos através do controle social, enquanto todos, inclusive os cidadãos, financiam esse sistema de saúde através do pagamento de taxas e impostos, uma vez que é reduzido o número de cidadãos que podem arcar com o sistema suplementar de saúde (privado), o que aumenta a demanda para o SUS (FERRAZ, 2008).

A evolução das políticas públicas no setor saúde busca por alternativas que possam contribuir para conferir os objetivos de universalização, integralidade e equidade, de acordo com a heterogeneidade das condições de vida da população e a diversidade de situações observadas nas diferentes regiões do país, especialmente quanto à organização e gestão das ações e serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002).

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde está sendo implantado e visa mudanças no estilo de vida do indivíduo e que dependem também dele são de extrema importância, entretanto têm que ser conciliadas com uma atuação no

âmbito dos determinantes sociais, culturais, econômicos, políticos, que também influenciam o processo saúde – doença, porém muitas vezes não podem ser controlados pelo indivíduo, mas determinam suas condições de vida, tais como: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação do sistema e dos serviços de saúde (ZANCAN et al., 2002).

Partindo desse ponto, a descentralização e a participação social devem configurar-se como as diretrizes que mais se destacam nos governos municipais, ampliando a cobertura dos serviços de atenção à saúde para além da demanda espontânea, organizando a oferta de serviços de promoção e prevenção à saúde de acordo com a necessidade local identificada (CAMPOS et al., 2001).

Após a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999, houve uma modificação significativa no componente federal e na forma de controle sanitário existente no nosso país, através da descentralização das ações de VISA nos estados e municípios. O cenário atual das Vigilâncias Sanitárias municipais configura-se ainda com baixo entrosamento entre as esferas de governo, ações de VISA fragmentadas, mecanismos de financiamento insuficientes, reduzida autonomia dos órgãos estaduais e municipais, ingerência política, ausência de planejamento das ações - maioria das ações são baseadas em denúncias e demanda espontânea (BRITO, 2007).

A descentralização da VISA no âmbito local é entendida como a oportunidade de se aproximar dos problemas da população em questão sendo, portanto, fundamental a reformulação da estrutura organizacional a nível municipal com vistas ao êxito em tal proposta; uma mudança de consciência deve ser implantada, transformando o setor em algo mais que somente burocratização, tendências

cartoriais, atuação policial administrativa e autuações. Também fazem parte das ações de VISA a educação em saúde, orientação, conscientização, que devem atingir o setor regulado e também a outra ponta, definida por interesses políticos (BRITO, 2007).

4.2. O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA):

Nesse contexto, durante a I Conferência Nacional de VISA, em 2001, foi discutida a necessidade de construção de um plano diretor de VISA integrado às demais ações do SUS, reafirmando a VISA como integrante da saúde pública. A construção do Sistema Nacional de VISA implica a construção da intersetorialidade e interinstitucionalidade no âmbito de diversos setores da economia e da saúde, da esfera pública e da sociedade. O PDVISA estabelece diretrizes e pautas específicas para a ação do Estado na área de VISA, com o intuito de consolidar e fortalecer o Sistema Nacional de VISA, e procura ser um instrumento político norteador que possibilite uma gestão estratégica para a transformação positiva do contexto sanitário nacional (BRASIL, 2007).

O PDVISA foi publicado na portaria GM/MS nº 1052 de 2007 como resultado do processo de discussão e pactuação entre as três esferas de governo com o objetivo de fortalecer e consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Pode ser entendido como instrumento de gestão estratégica, político e pedagógico, que possui a função de estabelecer diretrizes e pautas específicas para a ação do Estado no âmbito de atuação da VISA, com base nas ações de impacto e no conceito de risco. O Plano foi elaborado por um grupo multidisciplinar, representando a pluralidade da saúde e da sociedade brasileira, com envolvimento

do Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde, comissão intergestores tripartite, ANVISA, Conass, Conasems, entidades de ensino e demais colaboradores do SNVS e do SUS.

De acordo com o PDVISA, podem ser identificados 5 eixos de discussão, que seriam: organização e gestão do sistema nacional de vigilância sanitária, no âmbito do SUS; ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; a visa no contexto da atenção integral à saúde; produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e construção da consciência sanitária através da mobilização, participação e controle social (BRASIL, 2007).

Cada um destes eixos possui diretrizes específicas, incluindo: intersetorialidade, interinstitucionalidade e multidisciplinaridade, descentralização, obediência aos princípios do SUS, definição de agenda de prioridades locais, qualificação dos profissionais da VISA, desenvolvimento de processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos, educação em saúde, articulação com laboratórios para suporte às ações da VISA, estímulo à produção de conhecimento em VISA, entre outros (BRASIL, 2007).

Ainda mais abrangente que a programação de Vigilância Sanitária, a programação das ações de Vigilância em Saúde é tida como um elenco norteador que subsidia a inserção de ações de Vigilância em Saúde na programação anual de saúde (PAS) do Ministério da Saúde, das Secretarias estaduais e municipais de saúde. Nesse sentido, a programação anual de Vigilância Sanitária (como é conhecida regionalmente, mas até pouco tempo era denominado Plano de Ação) deve compor a PAS como forma de planejamento, permitindo flexibilidade na definição de ações e serviços. No que cabe aos municípios, alguns eixos são a

elaboração da programação das ações de Vigilância em Saúde e monitoramento e avaliação dessas ações (BRASIL, 2009).

A Superintendência fornece aos municípios do sul de Minas Gerais um roteiro, a partir do qual pode ser elaborada a programação da VISA, tal como segue:

1-Denominação da Administração Municipal e seus gestores;

2-Nome das autoridades (gestores) e dos técnicos que elaboraram a programação;

3-Sumário;

4-Apresentação da programação;

5-Introdução: descreve o processo de elaboração da programação, identifica pontos positivos e negativos;

6-Análise situacional: relata aspectos referentes à Vigilância Sanitária, como estruturação, funcionamento, condições de legalização, meios de comunicação locais.

7-Relação de ações programadas: ações previstas, ações educacionais, inspeções sanitárias:

Ações previstas: ação – estratégia – meta – meios de verificação – responsáveis – parcerias – período de execução.

Ações educacionais: atividades programadas – duração – instituição – número de técnicos capacitados – período de execução – meio de verificação.

Inspeções sanitárias: estabelecimento – número de unidades cadastradas – meta de inspeção (%) – responsável pela inspeção – período de execução – meio de verificação;

Pontos relevantes para a elaboração da programação:

- situações de risco sanitário constatadas no município em questão;

- pacto pela saúde (portaria nº 399/06 – MS);

- propostas contidas no plano municipal de saúde;
- relatório final da Conferência Municipal de Saúde mais recente;
- conteúdo dos eixos PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária, de acordo com a portaria nº 1052/07 do Ministério da Saúde, tais como: organização e gestão, ação regulatória, VISA no contexto atenção integral saúde, produção do conhecimento, construção da consciência sanitária, ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário (produtos, serviços, ambientes de interesse à saúde, educação em saúde, ações integrais em saúde, ações intersetoriais, ações laboratoriais);
- elenco norteador das ações VISA (portaria nº 2010/10 – MS), tais como: estrutura legal, estrutura física e recursos materiais, estrutura administrativa e operacional, gestão de pessoas, fortalecimento da gestão; diretrizes da VISA: estruturação, descentralização, sistema de informação, educação/comunicação em VISA.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

5.1. Área de estudo:

A área de estudo foi a região sul de Minas Gerais que, juntamente com a região sudoeste, possuem 156 municípios, a maioria de pequeno porte (bussolanet, 2012). Em tal área, a população abrangida é de 2.618.000 habitantes, sendo a menor população encontrada no município de Consolação (1727 habitantes) e a maior em Poços de Caldas (152.435 habitantes)(IBGE, 2010).

A região possui uma das principais bacias leiteiras do país, a cultura do café bem desenvolvida (30% da produção nacional) e conta ainda com a agricultura. Em virtude de sua paisagem composta por montanhas e cachoeiras, possui potencial para o ecoturismo e o turismo rural, além da presença do Lago de Furnas e de municípios que compõem o Circuito das Águas. Nos últimos tempos houve um aumento da industrialização na região como consequência de melhorias na Rodovia Fernão Dias, através da qual há a ligação de São Paulo à Belo Horizonte (bussolanet, 2012).

A Superintendência Regional de Saúde – Macrorregião Sul – Pouso Alegre faz parte da estrutura orgânica da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Minas Gerais, juntamente com outras 17 (dezesete) Superintendências. Estas possuem como finalidade apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo assim a governança regional do Sistema Estadual de Saúde nas suas áreas de abrangência, sendo uma das ações específicas “promover e fortalecer ações de vigilância em saúde articulando-se com os municípios, órgãos e

instituições com as quais apresentam interfaces em saúde” (Resolução SES nº 3070/11).

A Superintendência possui em sua área de abrangência regional 53 municípios, todos com características diversas. Deste total, o critério de inclusão definido foi a apresentação da programação de VISA municipal à Superintendência, de forma ininterrupta, no período de 2008 a 2010, sendo utilizadas as informações presentes nas programações dos 03 anos.

5.2. Tipo de pesquisa:

O presente trabalho foi um estudo de caso realizado através da análise documental, possuindo como referencial teórico as programações anuais de VISAs municipais, assim como o PDVISA, em seus 5 eixos, que contêm diretrizes gerais, enquanto as programações municipais expõem seus dados de forma mais específica e de acordo com suas realidades. Os dados disponíveis eram quantitativos, enquanto a interpretação destes foi qualitativa.

5.3. Análise dos dados:

As informações disponíveis nas programações e que foram consideradas para análise das condições de estruturação e organização das VISAs foram: quantidade de profissionais e formação destes, planos de capacitação, infraestrutura, análise da situação da VISA e do município, cadastro dos estabelecimentos, atuação intersectorial, interinstitucional e multiprofissional e educação em saúde, sendo tais

dados selecionados por representarem o máximo de informação que constava na programação mais completa.

As programações anuais de VISA contêm ainda informações a respeito do organograma dos órgãos institucionais, bem como de sua estruturação e organização, metas, resultados esperados, meios de verificação, recursos financeiros, responsáveis, parcerias, entre outros itens pertinentes, sendo de relevante análise tais dados uma vez que, a partir dos mesmos, será possível traçar um panorama sobre a realidade das condições oferecidas pelas Administrações Públicas ao setor de Vigilância Sanitária em relação à estrutura e organização.

O acesso e o estudo das programações foram autorizados pelo Diretor da Superintendência Regional Sul de Minas Gerais, sendo que as informações de caráter sigiloso foram preservadas e somente aquelas de acesso público foram analisadas e divulgadas no presente trabalho. A Superintendência possui em sua área de abrangência 53 municípios, sendo que para o presente trabalho foram consideradas as programações dos municípios que as apresentaram no período de 2008 a 2010, de forma ininterrupta.

Como subsídio para a caracterização da região foram pesquisadas também informações disponíveis no site do IBGE, como por exemplo, o censo de 2010, além de dados de saúde disponíveis pelo sistema de informatização do governo federal – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), encontrados no site do mesmo, no link informações, selecionando o item indicadores de saúde, opção indicadores de saúde municipais, estado (no caso Minas Gerais), município (o nome de cada um dos 17 municípios) e o tema (por exemplo: demografia), além de informações presentes no site do governo brasileiro. A informatização é essencial para que haja a democratização da saúde e também o aprimoramento da gestão,

sendo ela ainda essencial para a constitucional descentralização das atividades de saúde do SUS, o que permite ainda o controle social (DATASUS, 2010)

Foi realizado um “recorte” da realidade, uma vez que a mesma não pode ser avaliada como um todo (estado de Minas Gerais); tal avaliação depende, portanto, do ponto de vista de quem a faz, assim como de conceitos e pressupostos. Entretanto, para que o alvo seja analisado de forma coerente e imparcial, é imprescindível o conhecimento sobre a realidade como um todo (VICTORA et al., 2000).

6. RESULTADOS:

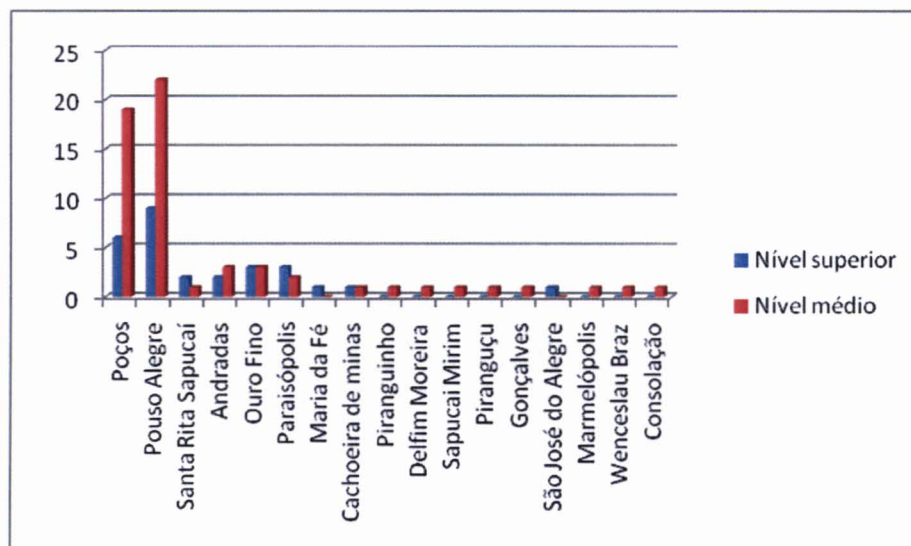
Após estudo das programações anuais de Vigilância Sanitária de 17 municípios do sul de Minas Gerais, foram obtidas informações referentes à qualidade e formação dos profissionais, plano de capacitação, infraestrutura, atuação intersetorial, interinstitucional e multiprofissional, análise da situação da VISA e do município, cadastro de estabelecimentos de saúde e interesse à saúde e educação em saúde.

6.1. Quantidade de profissionais de VISA e formação:

Do total de 17 municípios, foram encontrados 28 profissionais de nível superior e 59 de nível médio, sendo que 10 municípios (58%) possuem somente 01 funcionário na Vigilância Sanitária, sendo que destes 10, somente em um município esse único profissional possui nível superior.

Quanto aos demais (7) municípios, 05 possuem de 02 a 06 funcionários na Vigilância Sanitária e somente em um destes há 01 profissional de nível superior e mais se comparado com o número de profissionais de nível médio. Um município possui 31 funcionários na VISA (09 nível superior e 22 nível médio) e outro município possui 25 profissionais (06 de nível superior e 19 de nível médio), conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1: Quantidade de profissionais nas VISAs de municípios do sul de Minas Gerais (2010)



6.2. Planos de Capacitação:

Além da quantidade de profissionais e a formação, a capacitação destes também é de extrema importância, sendo que foi verificado que nas programações de 08 municípios consta a necessidade de atualização profissional. Destes, somente um município apresentou como meta a capacitação para 100% dos profissionais de VISA, e outro município apresentou um plano de capacitação com a quantidade de profissionais que seriam treinados, o curso e a carga horária; portanto, os demais 15 municípios somente citam a importância e a necessidade de capacitação, mas não há um plano definido para o ano e nem por profissional individualmente.

6.3. Infraestrutura:

Além da capacitação do profissional para o adequado exercício de suas atribuições, os setores devem apresentar infraestrutura compatível com as atividades a serem exercidas, o que inclui desde veículo oficial que permita o deslocamento das autoridades ao local a ser fiscalizado, até a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários durante a inspeção e também no setor, tais como: termômetros (aferidos de acordo com recomendações do fabricante), EPI (equipamentos de proteção individual), computadores, impressoras, copiadoras, impressos, entre outros.

Em 12 programações foram citados os materiais que as VISAs possuem (sendo que, em 2 destes, somente foi citado que não há veículo oficial), e em todas as 17 programações foram relacionados os materiais e equipamentos a serem adquiridos.

6.4. Análise situacional dos municípios e da VISA:

A elaboração da programação deve servir de subsídio às ações da VISA, funcionando assim como uma estratégia de planejamento com base na realidade local.

Há análise situacional em somente 09 das 17 programações, citando aspectos demográficos, indicadores de saúde e serviços de saúde existentes, e em outras 07 programações a análise situacional é mencionada acerca da situação da VISA (equipe, trabalho desenvolvido, entre outros). Em 03 programações foram citados

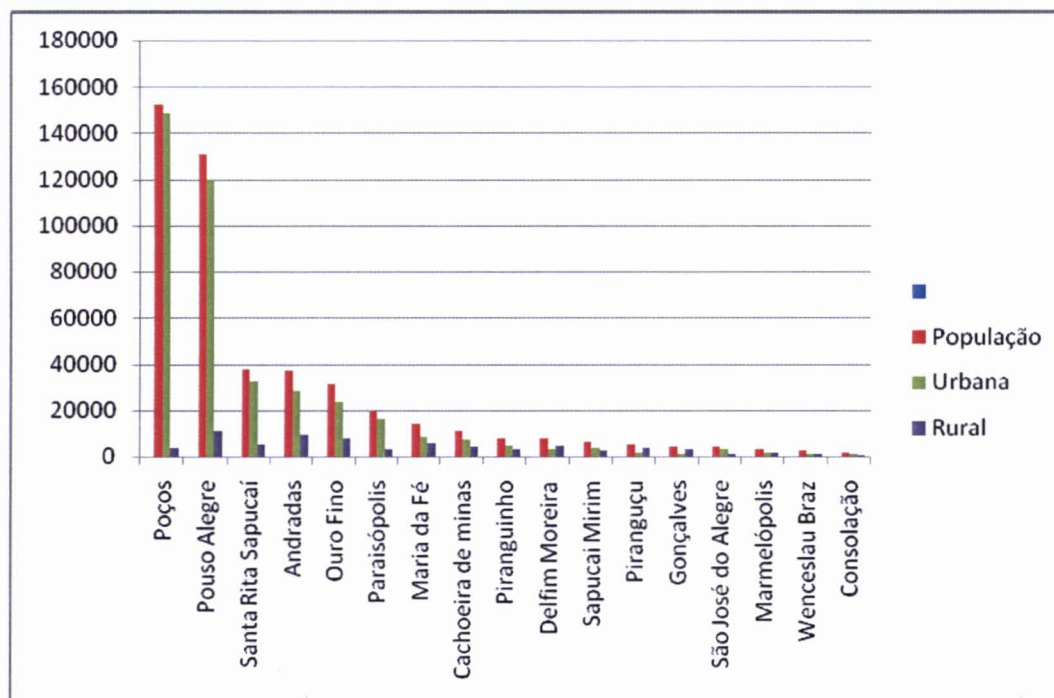
dados do DATASUS referentes aos municípios em questão, porém a programação não demonstrou a aplicação destas informações.

Dos 17 municípios analisados que possuem as programações anuais de VISA atualizadas, todos apresentam equilíbrio na proporção entre as populações masculina e feminina, conforme informações do Censo do IBGE.

A partir do gráfico 2 é possível visualizar que a grande maioria dos municípios estudados (12) possui população relativamente pequena (até 20.000 habitantes), 3 municípios possuem entre 20 e 40 mil habitantes e somente 2 possuem número populacional elevado, entre 130 e 160 mil habitantes.

Em relação à ocupação, 8 municípios possuem maior parcela da população em área urbana, 3 possuem maior parcela da população em área urbana porém com considerável parcela da população em área rural, 3 possuem maior parcela da população em área rural e os outros 3 possuem equilíbrio entre as populações urbana e rural, informações relevantes no momento de elaboração do planejamento.

Gráfico 2: Populações rural e urbana em municípios do sul de Minas Gerais:



Fonte: IBGE, 2011.

6.5. O cadastro dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização da VISA:

Em relação à programação de 2008, com base no número e características dos estabelecimentos cadastrados, somente 02 municípios apresentaram a relação de estabelecimentos de saúde (públicos - federal, estadual ou municipal - ou privados, com ou sem internação; atendimento ambulatorial, com atendimento de emergência, entre outros) e de interesse à saúde cadastrados (estes são representados pelos restaurantes, bares, açougues, mercados e supermercados, hotéis e motéis, entre outros), sendo estes municípios considerados pequenos em termos populacionais e quanto à composição da equipe de VISA.

Do total de 17 municípios, em 12 programações está descrita a necessidade do cadastro dos estabelecimentos como meta, e em outras 03 programações não há menção ao cadastro dos estabelecimentos.

QUADRO 1 Estabelecimentos de saúde, profissionais de VISA e proporção profissionais/estabelecimento de saúde de municípios do sul de Minas Gerais em 2010

Município	Estabelecimentos de saúde	Profissionais VISA	Proporção estabelecimentos de saúde/profissional
Poços de Caldas	159	25	6,36
Pouso Alegre	98	31	3,16
Santa Rita do Sapucaí	23	3	7,66
Andradas	23	5	4,6
Ouro Fino	28	6	4,6
Paraisópolis	18	5	3,6
Maria da Fé	11	1	11
Cachoeira de Minas	11	2	5,5
Piranguinho	7	1	7
Delfim Moreira	14	1	14
Sapucaí Mirim	3	1	3
Piranguçu	6	1	6
Gonçalves	3	1	3
São José do Alegre	3	1	3
Marmelópolis	3	1	3
Wenceslau Braz	4	1	4
Consolação	11	1	11

Fonte: IBGE, 2010; Programações anuais, 2010.

Conforme os dados apresentados na figura 1, 2 municípios apresentam elevado número de estabelecimentos de saúde, tornando-se referência em saúde na Atenção de Alta complexidade na região. Os **estabelecimentos de interesse à saúde** não estão relacionados, pois esta informação não é fornecida pelo IBGE e não foi informada na maioria das programações.

6.6 Atuação interinstitucional e intersetorial:

Do total de 17 municípios, somente 01 realiza fiscalização de alta complexidade, definidos de acordo com o grau de dificuldade da fiscalização e o risco da atividade. Para os demais, há intervenção do estado, sendo que este também assume a maioria dos municípios para média e alta complexidade. Portanto, em 16 municípios dos 17 estudados há atuação do município em conjunto com o estado. Além desta parceria, consta nas programações de 05 municípios, no item atividade programada, a necessidade de parcerias com órgãos afins para a execução de atividades de intervenção de risco, sendo que 02 mencionaram tais órgãos como as Secretaria da Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, e um deles citou ainda o PROCON.

De acordo com outras 06 programações, a atuação intersetorial nestes municípios deverá ser realizada com a Vigilância Epidemiológica, sendo que 03 destes citam a Vigilância Ambiental, 02 citam a Saúde do Trabalhador, 02 citam a Estratégia de Saúde da Família e 01 cita outros setores pertencentes à Prefeitura, como Setor de Obras e Posturas, Serviço de Inspeção Municipal, além de atuação interinstitucional com o Instituto Mineiro de Agropecuária (IMA) e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA).

Existem ainda 06 programações que não citaram a atuação intersetorial (realizada e/ou meta).

6.7. Atuação multiprofissional:

Em relação à atuação multidisciplinar intra e intersetorial, 04 municípios apresentam equipe multiprofissional composta por Médico Veterinário, Farmacêutico, Enfermeiro, Nutricionista, entre outros, porém não é explicitada a forma de atuação desses profissionais: se é realizada em conjunto ou de forma fragmentada/setorizada (Ex.: Farmacêutico realiza inspeção somente em farmácias; Enfermeiros realizam inspeção somente em clínicas e consultórios).

6.8. Educação em Saúde:

Consta ainda nas programações de 2008, em 02 municípios há a realização de atividades relacionadas com Educação em Saúde, voltadas para boas práticas de fabricação, doenças transmitidas por alimentos, manipulação de alimentos, sendo que em um deles há também a conscientização da população quanto à posse responsável e o bem estar animal. Outros 12 municípios citam a educação em saúde como meta a ser atingida e nas outras 03 programações não há menção à educação em saúde.

7. DISCUSSÃO:

Alguns aspectos levantados a partir das informações coletadas permitem traçar um panorama da estruturação das Visas municipais, sendo que serão descritos os critérios selecionados de acordo com as diretrizes do PDVISA.

A descentralização parte do âmbito federal e deve ser repassada aos estados e municípios, conferindo maior poder de decisão e atuação a nível local, inclusive atentando para as especificidades regionais, sendo fundamental a elaboração do planejamento como instrumento da atuação da VISA municipal.

A distância e a dificuldade de contato com a ANVISA são fatores limitantes; e mesmo em relação às gerências do estado também não há infra estrutura, pessoal suficiente e não possuem tempo para auxiliar todos os municípios sob sua gerência (GARIBOTTI et al., 2006). Na região sul de Minas Gerais, dos 17 municípios estudados, somente um não necessita da interferência do estado; para os demais (16), todos necessitam que o estado realize as inspeções de média e/ou de alta complexidade, levando-se em consideração que a Superintendência em questão possui 53 municípios sob sua jurisdição.

Barreto (2008) relata que o estado é o maior responsável pelos cursos de capacitação dos profissionais na Bahia, fato este também verificado nas programações estudadas no sul de Minas Gerais, sendo tais cursos oferecidos de forma esporádica e, na maioria das vezes, para a área específica de medicamentos e também para profissionais específicos, com vagas limitadas por município.

Com o estudo das programações, houve a constatação da ausência de plano de capacitação e atualização dos profissionais, uma vez que somente um município apresentava um cronograma de capacitação anual por funcionário, e assim mesmo

tratava-se de um curso apenas. Os outros municípios que citavam a necessidade de capacitação sequer apresentavam uma programação para o próximo ano/por profissional.

Pode-se concluir que a capacitação não é programada e nem ofertada a toda a equipe da VISA, o que também foi constatado por COHEN et al. (2004), afirmando que o conhecimento técnico restringe-se a poucos, e também verificado por GARIBOTTI et al. (2006), em estudo realizado em Porto Alegre, que aponta a ausência de política de educação continuada por parte das gestões municipais, ausência de estímulo e valorização da qualificação profissional, sendo que muitos profissionais devem pagar pelos cursos de atualização que deveriam ser oferecidas pela Instituição. Diz ainda como a formação desses profissionais é empírica, uma vez que muitos aprendem por conta própria assim que assumem o cargo, pois não há um processo de formação destes para assumir as atribuições.

Muitas vezes, ao assumir a função pública, o profissional deve estudar as atribuições do cargo e iniciar as fiscalizações de acordo com sua opinião e seus conhecimentos sobre o tema, uma vez que não há um período de preparação desta autoridade antes do início de sua atuação, e o profissional deve seguir as orientações de seus colegas que atuam há mais tempo na área, mesmo que tais informações não sejam as mais adequadas.

Outros estudos em diversos estados também apontam a necessidade de qualificação profissional (COHEN et al. 2004; PIOVESAN et al, 2005; BARRETO, 2008; FERRARO et al., 2009), sendo este fator considerado o de maior importância para um desempenho ideal da vigilância à saúde, onde insere-se a Vigilância Sanitária, segundo BARRETO (2008) em seu estudo sobre a descentralização em municípios baianos; para tanto, torna-se imprescindível o investimento público

constante na área de capacitação, e conseqüentemente, valorização dos profissionais (COHEN et al., 2004; PIOVESAN et al., 2005; LUCCHESI em 2000 apud BRITO, 2007; FERRARO et al., 2009). A partir de dados obtidos nas programações e outros disponíveis pelo DATASUS, com exceção de um município, todos os demais apresentam maior número de profissionais com formação em nível médio se comparado com os de nível superior, fator este que dificulta a atuação, pois a VISA é uma área que requer conhecimento amplo de quem atua, e mesmo os profissionais com formação em nível superior na área de saúde muitas vezes deparam-se com assuntos que não fizeram parte da sua formação acadêmica, daí a constante necessidade de atualização e ainda da atuação multiprofissional.

Evidente que somente a admissão em concurso público para provimento de vagas (apesar de ser na maioria das vezes a exigência explícita), não deveria ser o suficiente para assumir um cargo público. Para trabalhar em VISA o profissional deveria possuir formação específica e, além disso, conhecimento sobre a área de atuação inerente às suas atribuições, o que inclui alimentos, medicamentos, serviços de saúde, ambiente, saúde do trabalhador, entre vários outros aspectos.

Tais conhecimentos devem ser adquiridos de fonte confiável, uma vez que a experiência prática de outros profissionais que atuam há mais tempo pode não corresponder com a forma ideal de se lidar com determinada situação, mesmo porque a maioria dos profissionais que “ensinam” também não teve qualificação anterior, o que, na maioria das vezes, torna a fiscalização baseada em interpretação subjetiva.

A subjetividade decorrente dessa baixa efetividade pode refletir na interpretação dos preceitos legais que servem de subsídio para as ações da VISA, podendo, em determinadas circunstâncias, levar à aplicação de uma exigência legal

sem uma ação educativa prévia, ou mesmo de forma não condizente com a realidade observada.

No presente estudo pode-se verificar ainda a carência de profissionais para atuar na fiscalização, fato este demonstrado com a existência de apenas 01 profissional nas VISAs de 10 municípios, e nas demais o número máximo de profissionais encontrado foi 31, e destes, 22 com formação em nível médio. Isto ocorre num município de cerca de 130 mil habitantes, o que equivaleria a 4193 habitantes/profissional e 3,16 estabelecimentos de saúde por profissional. Entretanto, a quantidade de estabelecimentos de interesse à saúde é muito maior, incluindo bares, lanchonetes, mercados, açougues, hotéis, motéis, entre outros, e sem incluir aqueles estabelecimentos que, às vezes, atuam na clandestinidade.

Em meio à carência de profissionais, ainda existe um número expressivo de pessoas sem vínculo efetivo, ou seja, aqueles que não são concursados e exercem cargos de chefia, designados para a função através de indicação política. Assim, o que se pode constatar na maioria das vezes é que os cargos com maior poder de decisão são justamente os contratados, o que pode impedir uma atuação mais rigorosa da Vigilância Sanitária, além do desconhecimento das atribuições do setor, uma vez que para assumir o cargo não há processo seletivo ou outra forma de avaliação, além da alta rotatividade profissional, dificuldade esta também encontrada em Porto Alegre por Garibotti et al (2006), no Rio de Janeiro por Cohen et al (2004), em levantamento acerca da descentralização da VISA realizado por Ferraro et al (2009) e na Bahia, conforme relatado por Barreto (2008).

A maioria dos profissionais que atuam nas VISAs municipais não possuem dedicação exclusiva, o que pode levá-los a buscar uma segunda fonte de renda e que, muitas vezes, pode ser conflitante com o exercício de autoridade sanitária, uma

vez que este é extremamente abrangente e engloba produtos e serviços de saúde e interesse à saúde. Isso pode gerar até mesmo uma falta de motivação dos profissionais, principalmente se levarmos em consideração a ausência de estímulo para o crescimento profissional, que deveria ocorrer através de cursos e demais atualizações incentivadas e patrocinadas pelas Administrações Municipais, o que também ocorre em Porto Alegre, onde os profissionais buscam especialização por conta própria devido à complexidade e exigência das funções da VISA (GARIBOTTI et al., 2006).

Como resultado, há grande dificuldade de atender a demanda, uma vez que esta é, em grande parte, representada por denúncias, e que nem sempre são fundamentadas e não passam por um processo de triagem no setor, mas implicam em perda de recursos quando a autoridade se desloca para o atendimento destas e constata que não há irregularidades. Piovesan et al, 2005, estimam que 75% da demanda de 08 Visas na Paraíba é para liberação de alvará e atendimento à denúncias.

Aliado a isto, além da dificuldade em executar as ações planejadas e a demanda espontânea citada, há a imensa dificuldade enfrentada pelo profissional que atua sozinho. Na maioria das vezes, esta autoridade está mais sujeita a diversas formas de constrangimento, entre elas a ameaça, a tentativa de suborno, o assédio, a retaliação dos próprios consumidores ao redor que, muitas vezes, defendem o comerciante, a ausência de colaboração, o que impede que haja o compartilhamento de informações de diferentes profissionais, além da pressão política, também citada por Garibotti et al (2006), essas dificuldades podem se intensificar quando a VISA regula outros serviços públicos municipais, tais como as escolas, creches, unidades de saúde, entre outros. Esta situação pode tornar-se

mais grave quando existe somente um profissional de VISA, como foi encontrado em 10 municípios estudados, ou mesmo quando existem vários profissionais, entretanto a fiscalização é realizada por uma única pessoa, estando esta muito mais sujeita às pressões e ameaças que porventura possam surgir. Estudo da ANVISA em 2000 também aponta a interferência política como um dos fatores que dificultam a operação da VISA em 349 municípios brasileiros e impedem a atuação da Vigilância Sanitária em todo seu potencial. A interferência política foi citada por Barreto (2008), como a segunda maior causa de impedimento da atuação da VISA, sendo reconhecidos como imprescindíveis o apoio e o esclarecimento dos ocupantes dos cargos de chefia e de confiança que detém o poder de decisão, principalmente em relação às penalidades, que podem gerar reação por parte do setor regulado.

Em tais situações, quando um profissional é “responsável” por uma determinada atividade ou localidade, o indivíduo pode enfrentar mais uma dificuldade: tornar-se o “responsável” pelas irregularidades de tal atividade ou região, uma vez que somente ele exerce tal função, e não há a identificação do setor Vigilância Sanitária, e sim, de determinado profissional. Isto também pode ocorrer nas VISAs compostas por vários profissionais, pois nestas também há tal divisão de autoridade/área ou autoridade/atividade, e também ocorre a atuação individual.

Esta dificuldade em atender à demanda reflete-se ainda na falta de planejamento das ações com base na realidade local. Muitas vezes o cronograma de atuação é elaborado de acordo com os estabelecimentos cadastrados, sem considerar aqueles que atuam na informalidade, sendo que os estabelecimentos de saúde são mais facilmente controlados que aqueles de interesse à saúde, porém estes são em maior quantidade. A falta de roteiros de inspeção e a ausência de elaboração de relatórios de inspeção são fatores que evidenciam a falta de

padronização e há maior predisposição a fiscalizações parciais e subjetivas, sem critério de mensuração da sua qualidade. Dificuldade semelhante também foi relatada por Cohen et al (2004) em municípios do Rio de Janeiro. A dificuldade no planejamento das ações da VISA e a ausência dos profissionais que efetivamente irão cumprir as metas também foi verificada em Porto Alegre por Garibotti et al (2006). O planejamento em VISA é de extrema importância para garantir que as ações sejam executadas de forma organizada e efetiva, sendo enfatizado por Ferraro et al (2009) a necessidade de elaboração de um planejamento sistemático.

Assim, a pactuação de metas pode ser realizada sem o devido interesse nestas e podem tornar-se instrumento somente para receber os recursos. Cohen et al. (2004) relatam que, em municípios do estado do Rio de Janeiro, somente 11 do total de 22 municípios estudados realizam arrecadação própria, porém frequentemente não há o repasse da verba pela Prefeitura ao setor de VISA. Verificaram ainda que a maioria dos coordenadores desconhece o montante de recursos à disposição da VISA, o que sugere dificuldades no exercício de suas atribuições e falta de transparência na aplicação daqueles recursos. As programações anuais são tidas como requisito básico para o recebimento de recursos, o que pode levar à elaboração de roteiros puramente teóricos para o enquadramento do município naquelas condições necessárias para receber os recursos financeiros, que mesmo assim tornam-se insuficientes, conforme estudo da ANVISA, citado por Barreto (2008).

O estudo em questão sugere que a pactuação das metas é realizada em termos de quantidade, não havendo critérios de mensuração da qualidade das ações e serviços da VISA, uma vez que as metas são estabelecidas em termos percentuais e não há menção de parâmetros qualitativos. Garibotti et al (2006)

verificaram ainda que a pactuação realizada entre municípios de Porto Alegre e o estado não levam em consideração a realidade local.

Não houve identificação de atuação intersetorial nem multidisciplinar nas programações estudadas. Em estudo semelhante, PIOVESAN et al. (2005), encontraram abordagem fragmentada no campo de atuação de 08 Visas na Paraíba, falta de articulação intra e interinstitucional, e ainda, 87,5% não tinham apoio laboratorial; no estudo em questão na região sul de Minas Gerais, nenhuma programação citou parceria com laboratórios, restando dúvida a respeito da inexistência ou da ausência de relato no documento. A ausência de apoio intersetorial e interinstitucional também foi citada por COHEN et al. (2004) e GARIBOTTI et al. (2006), no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, respectivamente.

Outro aspecto relevante constatado nas programações foi a deficiência quanto à infraestrutura dos órgãos, sendo que muitos nem possuem espaço físico destinado às instalações da Vigilância Sanitária.

Do total de 17 municípios, 02 deles estão equipados com veículos próprios para as ações, não sendo possível identificar, através das programações, se estes apresentam condições, nem se são efetivamente utilizados e também não há meios de verificar se a quantidade de veículos atende à demanda de serviços dos profissionais da VISA.

Nas demais programações há relato da necessidade de aquisição de equipamentos e materiais para a realização das fiscalizações, também relatado por COHEN et al (2004), PIOVESAN et al (2005), GARIBOTTI et al. (2006), BARRETO (2008), FERRARO et al (2009), em relação à falta de infraestrutura, número insuficiente de meios de transporte e problemas com instrumentos de medição (ausência de rotina de calibração) em VISAs de outros estados.

Outro estudo da ANVISA, em 2002, aponta recursos de informática e veículos insuficientes como os principais entraves nos 27 estados e em municípios com mais de 200 mil habitantes (BARRETO, 2008).

A infraestrutura interna também deve ser levada em consideração, pois apesar de a atuação das autoridades sanitárias na maior parte do tempo realizar-se fora dos limites do setor, há a necessidade de elaboração de relatórios, reuniões com os interessados, realização de pesquisas e atualizações, arquivamento de documentos, entre outras atividades que devem ser realizadas internamente, sendo fundamental a existência de recursos tais como mesas, cadeiras, computadores, papel, canetas.

Com base na amplitude e grau de dificuldade das ações e serviços da VISA, seria necessária a existência de apoio jurídico para o setor, pois a atuação muitas vezes torna-se baseada em preceitos legais a respeito dos quais a autoridade sanitária nem sempre possui pleno entendimento. Além disso, o servidor também deveria ser amparado em relação a questões inerentes ao serviço público, fato não constatado, pois em nenhuma equipe havia um profissional da área do Direito, o que quer dizer que não há nenhum bacharel em Direito com especialização em Direito Sanitário nas 17 VISAs estudadas.

A ausência de apoio jurídico também foi encontrada por Cohen et al. (2004) no Rio de Janeiro e Piovesan et al (2005) na Paraíba.

De acordo com o PDVISA, deve haver a revisão do processo de planejamento e execução das ações da Vigilância Sanitária com base na responsabilidade sanitária, no território, no risco sanitário, na transcendência de eventos de interesse à saúde, nas prioridades nacionais e locais.

Diante do exposto, seria essencial planejar as ações da VISA de acordo com a realidade em questão. A agenda e os eventos nacionais devem ser cumpridos,

entretanto, as disparidades entre os municípios e dentro até de um mesmo município são marcantes, e devem ser consideradas no momento da elaboração do planejamento.

A programação torna-se um instrumento de planejamento, e deveria constar nesta a caracterização do município com base em aspectos demográficos, econômicos, culturais, geográficos, indicadores de saúde, entre outros. Entretanto, para elaborar o diagnóstico do município, deve-se conhecê-lo de forma aprofundada, o que inclui a interação intra e interinstitucional.

Em 09 programações foi definido o número de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde cadastrados, sendo que mesmo esse número pode não ser condizente com o número real de estabelecimentos existentes, uma vez que muitos estabelecimentos de interesse à saúde, por exemplo bares, não possuem cadastro e atuam na clandestinidade. E mesmo nesses municípios há somente a definição do número de fiscalizações a serem realizadas e não há uma caracterização da realidade e elaboração de um planejamento com base nesses dados.

Em outras 08 programações havia como meta atingir determinada porcentagem de fiscalizações, mas não havia a definição da quantidade de estabelecimentos cadastrados.

Barreto (2008) encontrou cadastro de estabelecimentos em estudo realizado em Feira de Santana, porém não há como afirmar que todos os estabelecimentos existentes no município estão cadastrados.

Em semelhante estudo, Piovesan et al (2005) constataram que os 08 municípios estudados na Paraíba não usavam dados epidemiológicos como base para as ações da VISA, o que demonstra desconhecimento das prioridades do próprio território onde a VISA atua. A partir das programações estudadas de

municípios da região sul de Minas Gerais, pode-se constatar que em 06 delas não há relato de atuação intersetorial/interinstitucional nem mesmo como meta.

Nas outras 06 que relatam atuação intersetorial, citam a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, sugerindo que ainda não há a implementação da Vigilância em Saúde, uma vez que estes assuntos são relatados isoladamente. Entretanto, através da análise das programações não há a possibilidade de averiguar se tal integração realmente ocorre.

De acordo com as programações não há utilização de dados epidemiológicos para realizar o diagnóstico local; foram encontrados em 03 programações os dados disponíveis pelo DATASUS, dispostos em tabelas conforme consta em site oficial, porém sem a interpretação dos dados ou o planejamento das ações de VISA com base naquelas informações.

Podem ocorrer falhas na comunicação entre as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, uma vez que os dois setores muitas vezes atuam isoladamente e não realizam o intercâmbio de informações, e mesmo para a Vigilância Epidemiológica pode haver subnotificações, pois nem sempre há o contato com os serviços de saúde. Em estudo de Garibotti et al (2006) em Porto Alegre, foi verificada pouca experiência e iniciativa na articulação com outros setores da Administração Municipal e também com outras instituições governamentais e não governamentais.

No presente estudo verifica-se que a maioria dos municípios apresenta considerável parcela da população residente em zona rural, sendo tal informação essencial, devendo ser levada em consideração no momento da elaboração do planejamento das ações da VISA, uma vez que há uma tendência a atuar na zona urbana por inúmeras razões, entre elas pela maior demanda e facilidade de acesso.

Assim, é fundamental a comunicação e articulação intersetorial, por exemplo, com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de forma a elaborar um diagnóstico mais preciso acerca da realidade do município com o objetivo de conhecê-lo para atuar de acordo com as necessidades específicas da população.

Os diferentes setores possuem formas de abordagem distintas, daí a importância da articulação. As Equipes de ESF possuem maior contato com a comunidade e devem realizar a transferência de informações entre esta e os demais setores de saúde, inclusive a Vigilância Sanitária. Essa atuação conjunta seria importante para a VISA, também, como forma de parceria para relacionar os estabelecimentos de saúde e interesse à saúde existentes na zona rural onde há a atuação das equipes.

Tal atuação Vigilância Sanitária + Vigilância Epidemiológica é o conceito mais antigo de atuação intersetorial e, se esta enfrenta dificuldades, o que dizer de uma atuação mais ampla com base no conceito de Vigilância em Saúde, que inclui intervenção sobre problemas de saúde, ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, atuação intersetorial e ação sobre territórios (TEIXEIRA, 1998; FARIA e BERTOLOZZI, 2008).

De acordo com os resultados não há como definir as demais formas de atuação intersetorial com a Vigilância Ambiental e a Saúde do Trabalhador (quando estas existem), assim como, através das programações, não há a definição de como seria a atuação com outros setores como o de Obras e Posturas, Serviço de Inspeção Municipal e Estratégia de Saúde da Família.

Na mesma linha de raciocínio, através das programações não há a definição de como seria a atuação interinstitucional, em alguns casos citados como ações

conjuntas com IMA (Instituto Mineiro de Agropecuária), MAPA (Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento) e PROCON Estadual.

PIOVESAN et al (2005) relatam que, em tais atuações conjuntas entre Vigilância Sanitária e PROCON nos estabelecimentos de interesse à saúde, há interferência do Ministério Público, muitas vezes sem o conhecimento da real missão da VISA, fazendo com que as autoridades sanitárias limitem-se à verificação das datas de validades de todos os produtos comercializados num determinado estabelecimento, o que nos remete a discussão anterior, na qual o proprietário ou responsável pelo estabelecimento se exime da responsabilidade de garantir a qualidade dos produtos que ele expõe à comercialização.

A atuação do PROCON deve restringir-se à área de comercialização, enquanto a VISA avalia o risco na área de manipulação; atividades estas complementares, desde que respeitadas as competências e devidas qualificações dos diferentes profissionais de ambas as instituições, com o objetivo em comum de garantir a saúde da população.

Uma correlação pode ser estabelecida, pois se a comunicação intrainstitucional apresenta deficiências, é muito mais difícil que haja a atuação interinstitucional de forma eficiente.

Para um planejamento efetivo, torna-se fundamental o envolvimento dos profissionais de saúde, gestores, e até mesmo da população, na formulação de diretrizes, acesso ao conhecimento e análise dos dados de saúde (TEIXEIRA, 1998), ou seja, é essencial a aplicação da interdisciplinaridade e da atuação multiprofissional como elementos importantes no processo de trabalho. O conceito de interdisciplinaridade abrange interação, complementaridade entre várias disciplinas e com a realidade; a ação interdisciplinar no setor de saúde tem sido

considerada uma ferramenta importante para o entendimento da complexidade que se instalou no setor nas últimas décadas (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

As programações estudadas citam a necessidade de realização de educação em saúde, porém só um município relata atividades específicas que são colocadas em prática, e mesmo neste também não há a verificação da qualidade das ações nem da capacitação dos responsáveis, podendo este fator também representar um requisito para o cumprimento de metas e arrecadação de recursos.

Estudos semelhantes também concluem a importância de maior investimento em comunicação em saúde, de forma a possibilitar que a população seja um consumidor consciente, uma vez que a sociedade ainda não demonstra conhecimentos acerca de assuntos relacionados à Vigilância Sanitária e desconhece até mesmo as atribuições desta (COHEN et al., 2004; PIOVESAN, et al., 2005; GARIBOTTI et al., 2006; BARRETO, 2008).

Este estudo não possui a pretensão de esgotar o tema acerca da dificuldade de atuação das VISAs municipais com base nas condições fornecidas pela Administração Pública, mas busca trazer à tona elementos que possam contribuir para um aprimoramento contínuo sobre o assunto. Embora este seja um estudo de caso, é bastante provável que grande parte dos problemas enfrentados por esses municípios, de pequeno e médio porte, sejam compartilhados por outros municípios brasileiros.

8. CONCLUSÕES:

Em relação ao propósito deste estudo em analisar as programações anuais de Vigilância Sanitária de municípios do sul de Minas Gerais, as principais conclusões são:

- A programação anual como forma de planejamento apresenta limitações, uma vez que a maioria destas não apresentou informações a respeito do município, não demonstrando assim as especificidades locorregionais; aquelas que citaram, não demonstraram o planejamento com base em tais informações;
- Uma parcela relevante dos municípios (68%) não apresentou a programação no período do estudo, porém este documento é necessário para o planejamento das ações da VISA anualmente;
- De acordo com os conteúdos das programações, a maioria dos municípios possui maior quantidade de profissionais com formação em nível médio se comparados com os de nível superior, o que dificulta a atuação multiprofissional;
- A quantidade e capacitação de profissionais nas VISAs mostra-se insuficiente em virtude da complexidade e demanda de atividades de saúde e de interesse à saúde; também não foi encontrada a definição de uma política de qualificação contínua das autoridades sanitárias;
- Somente 04 municípios possuem equipe multiprofissional na VISA, porém não estão explicitadas nas programações se existe a atuação conjunta dos diferentes profissionais;
- Todas as programações citaram deficiências em relação à infraestrutura para o exercício das atribuições, o que dificulta o pleno cumprimento das ações da VISA;

- As fiscalizações são avaliadas de forma quantitativa, não havendo acompanhamento da qualidade das ações exercidas por cada profissional de cada Vigilância Sanitária;
- Na maioria das programações há menção à ocorrência de atuação intersetorial e interinstitucional, porém não meios de verificação se estas realmente ocorrem;
- Nenhum documento estudado faz menção à adoção de estratégia para identificação de estabelecimentos de interesse à saúde que atuam na informalidade.

9. RECOMENDAÇÕES:

Diante dos dados obtidos através do estudo das programações anuais de VISA municipais no sul de Minas Gerais, podem-se elaborar algumas recomendações:

- Para serem utilizadas como instrumento de planejamento, as programações devem incluir a análise situacional do município, considerando informações relevantes e a partir das quais deve ser elaborado o planejamento;
- As programações devem ser elaboradas por equipe multiprofissional e em todos os municípios;
- As Prefeituras Municipais devem investir nas equipes de VISA, de forma que estas sejam quantitativa e qualitativamente compatíveis com as necessidades da realidade local;
- Após aprovação em concurso público, os profissionais de VISA devem passar por um período de capacitação, referente à área de atuação e às ações a serem executadas, anterior às suas práticas de fiscalização;
- As Prefeituras Municipais devem investir na infraestrutura necessária para que os profissionais de VISA possam executar suas atribuições de forma eficiente;
- Deve ser elaborada estratégia de ação para a identificação e regularização de estabelecimentos de interesse à saúde que atuam na informalidade, com o objetivo de cadastrá-los na Vigilância Sanitária, de forma que esta possa atuar na análise do risco da atividade;
- As ações de VISA devem ser também avaliadas de forma qualitativa, e não somente quantitativa. Os profissionais também devem ser avaliados pela qualidade de seus serviços e por seu nível de conhecimento;

- Em busca de uma atuação com base no conceito de Vigilância em Saúde, deve haver, na prática, a articulação intra e intersetorial e interinstitucional permanente, com objetivo de somar as competências e evitar que os diferentes setores ou instituições atuem de forma limitada em virtude da falta de comunicação e de informação. Tal articulação deve ser essencial para fomentar a elaboração do planejamento com base na realidade do município, uma vez que cada setor ou instituição é responsável por uma parcela de informação de acordo com suas competências, e a união destas conduz ao conhecimento amplo das necessidades locais;
- As Prefeituras Municipais devem possuir sistema de informatização com o objetivo de divulgar suas ações, assim como servir de ferramenta de educação em saúde através da divulgação de informações de interesse social.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; Brasília (DF): ANVISA; 2001.

Disponível em: [http:// www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa](http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa).

Acesso em 24 de abril de 11.

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Levantamento da Situação dos Serviços de Vigilância Sanitária no País.

Disponível em: www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta_vig.

Acesso em 27 de junho 2011 site ANVISA.

- Aith, F., Dallari, S. G. Vigilância em Saúde no Brasil: Os Desafios dos Riscos Sanitários do Século XXI e a Necessidade de Criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Rev. de Direito Sanitário. 2009; 10(2): 94-125.

- Almeida Filho, N.; Rouquayrol, M. Z. Introdução à epidemiologia. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

- Azevedo, A. G. de; Campos, P. H. B. de. Estatística básica: cursos de ciências humanas e de educação. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos Editora AS; 1975.

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: informações de saúde.

Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

Acesso em: 01 a 05/11/2010.

- Brasil. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1998.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ações transversais da Vigilância em Saúde: promoção, análise e integração: gestão 2007-2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília (DF); 2009.

Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatório_final_web2.pdf

Acesso em 25 de junho de 2011.

- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Disponível em: www.conasems.org.br.

Acesso em: 25 de maio de 2011.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3008, 1 dezembro 2009. Determina a programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. Brasília (DF); 2009.

Disponível

em:

portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3008_gm_1_dez_2009.pdf.

Acesso: 13 de agosto de 2010.

- Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.

- Brasil. Lei n. 9782, de 26 de janeiro^L de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 jan 1999.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília; 2009.

- Barreto, R.L. Descentralização das ações de vigilância sanitária: impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos [dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2008.

- Brito, R. L. de. Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

- bussolanet. Cidades do sul e sudoeste de Minas Gerais.

Disponível em: [http:// www.bussolanet.com.br/cidades](http://www.bussolanet.com.br/cidades).

Acesso em 15 de fevereiro de 2012.

- Castellanos, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata, R.B. (Org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO; 1997.

- Cohen, M.M. et al. Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária nos Municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. Rev. Bras. de Epidemiologia. 2004; v7: 290 – 301.

- Costa, E. A. Políticas de Vigilância Sanitária: balanço e perspectivas. Texto elaborado como subsídio aos debates da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. 2001.
Disponível em: [http:// www.anvisa.gov.br/institucional/snvs](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs)
Acesso em 25 de março de 2011.

- Faria, L. S.; Bertolozzi, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4): 422-7.

- Ferraro, A.H.A.; Costa E. A.; Vieira da Silva, L. M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(10): 2201-2217.

- Ferraz, M.B. Dilemas e escolhas do sistema de saúde economia da saúde ou saúde na economia? Rio de Janeiro: Medbook editora científica Ltda; 2008.

- Finkelman, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

- Fracolli, L. A.; Faria L. S.; Pereira, J. G.; Melchior, R.; Bertolozzi, M. R. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? Saúde Soc. 2008; 17(2):184-192.

- Garibotti, V.; Hennington, E. A.; Selli, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5): 1043-1051.

- Gattás, M. L. B. INTERDISCIPLINARIDADE: formação e ação na área de saúde. Ribeirão Preto: Holos Editora; 2006.

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. 2011.
Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat
Acesso em dezembro de 2011.

- JULIANO, I.A.; ASSIS, M.M.A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). Ciênc.saúde coletiva vol.9 n.2; 2004.

- Lucchese, G. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. Ciênc. Saúde coletiva. 2010; v.15.

- Marques M.C.C.; Carvalho, M. L.; Silveira, D. da; Castro, P. C. de; Ibañez, N. Vigilância Sanitária teoria e prática – São Carlos: RiMa; 2006.

- Monken, M.; Barcellos, C. O território na promoção e vigilância em saúde. 2008

Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br.

Acesso em: 25 de maio de 2011.

- Oliveira; C.M.; Casanova, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2009. 14 (3): 929 – 936.

- Pagano, M.; Gauvreau, K. *Principles of Biostatistics*. USA: Duxbury Thomson Learning; 2000. 525p.

- Paim, J. S. *Modelos Assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde – institucional – Centro de Gestão do Conhecimento Técnico Científico*; 1999.

Disponível em: www.anvisa.gov.br

Acesso em: 05/06/2010

- Piovesan, M. F.; Padrão M. V. V.; Dumont, M. U.; Gondim, G.M.; Flores, O.; Pedrosa, J. I.; Lima, L. F. M. *Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais*. São Paulo: *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8 (1).

- Pires de Sá, M. C. D. N. *Controle judicial da política pública de vigilância sanitária: a proteção da saúde no Judiciário*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública (USP); 2010.

- Resolução SES nº 3070/11. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Secretaria de Estado de Minas Gerais.

- Rezende, D. A. Planejamento estratégico municipal: projeto de planejamento e de política pública de um município brasileiro. Planejamento e políticas públicas (ppp). 2009; 32: 173-204.

- Rocha, A. A.; Cesar, C. L. G. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. 368p

- Sanches, O. Análise rotineira de dados de vigilância em saúde pública: que procedimentos utilizar? Rev. saúde pública. 1993; 27(4): 300-4.

- Silva, Z. P.; Coroa, M. L. Health Surveillance: discursive historical. REVISA. 2005; 1(1):3-15.

- Silva, R. M. V. Análise da utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de vigilância da saúde: um estudo de caso. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem (USP); 2007.

- Souto, A. N. Saúde e Política: A Vigilância no Brasil. São Paulo: Sobravime; 2004.

- Teixeira, C. F. et al. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS. 1998; VII (2).

Acesso em: 23 de maio de 2010.

Disponível em: www.observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/sus.

- Teixeira, M. G. et al. Vigilância em Saúde: É Necessária uma Legislação de Emergência? São Paulo: Rev. de Direito Sanitário. 2009; 10(2), p.126-144.

- Teixeira, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 suppl.

- Victora, C. G. et al. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

- Vilasboas, A. L. et al. A Vigilância à Saúde no distrito sanitário (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde), n.10. OPAS/OMS; 1992.

- Vilasboas, Ana Luiza et al. A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Organização Panamericana da Saúde, (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde), n.10. OPAS/OMS; 1993.

- Vieira, S.; Hossne, W. S. Metodologia científica para a área de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2001.

- Waldman, E. A. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. Série Saúde e Cidadania.

- Westphal, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*. 1997; 6(2): 9-18.

Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/03.pdf

Acesso em: 25 de junho de 2010

- Zancan, L., Bodstein, R.; Marcondes, W. B. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz; 2002.