

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Vigilância sanitária, participação social e cidadania**

**ANA MARIA CALDEIRA OLIVEIRA**

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

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Titular Sueli Gandolfi Dallari.

**São Paulo**  
**2010**

# **Vigilância sanitária, participação social e cidadania**

**ANA MARIA CALDEIRA OLIVEIRA**

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

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Titular Sueli Gandolfi Dallari.

**São Paulo  
2010**

Ao meu marido e minha filha,

Edmar e Julia.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Laurindo Dias Minhoto, por me incentivar a continuar com as atividades acadêmicas cursando o mestrado. À Profa. Sueli Gandolfi Dallari, minha orientadora, por me conceder esta oportunidade.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por permitir a realização dessa pesquisa e, também, por me conceder licença para que pudesse freqüentar as aulas em São Paulo.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por permitir e apoiar a realização da pesquisa.

Aos meus pais, Luiz e Luzia, pelo constante incentivo. À Lu e Nelson, meus tios, por me receberem em São Paulo.

Às secretárias do CEPEDISA-USP, Eliane e Adelaide, por me ajudarem com os entraves burocráticos.

Às secretárias do Conselho de Saúde de Belo Horizonte, Carol, Elê e Feruze sempre dispostas a atender as minhas demandas. E a Luciana, Relações Públicas do conselho, por me acompanhar na investigação dos arquivos do conselho.

Aos Conselheiros de Saúde de Belo Horizonte pela disposição em colaborarem com a pesquisa.

Meus Sinceros Agradecimentos.

## **RESUMO**

Este trabalho apresenta uma pequena amostra do cotidiano da experiência viva da participação social desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte - espaço público legalmente instituído e vinculado ao SUS-BH. O objetivo geral do estudo é descrever e analisar as representações sociais dos conselheiros de saúde sobre a temática da vigilância sanitária. A pesquisa qualitativa de representação social foi adotada como metodologia, sendo utilizadas principalmente as técnicas de entrevista e de observação participante. Os dados obtidos com a realização das entrevistas foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo apresenta e analisa os obstáculos que se interpõem ao bom funcionamento desse fórum, além de expor uma convivência conflituosa entre os representantes dos segmentos usuário, trabalhador e gestor. Através dos discursos, os conselheiros de saúde demonstram conhecer a vigilância sanitária e a reconhecer sua importância para as práticas de Saúde Pública. E, assim, demonstram também estarem aptos para participarem do processo de formulação da Política Municipal de Vigilância Sanitária. O estudo reafirma a necessidade de se assegurar o direito constitucional da participação da sociedade na gestão pública, pois somente o exercício pleno da cidadania, realizado através da participação dos cidadãos no ciclo das políticas públicas, garantirá a finalidade precípua de que essas políticas atendam ao interesse público.

Descritores: vigilância sanitária; participação social; Conselho Municipal de Saúde; práticas de Saúde Pública; Política Municipal de Vigilância Sanitária; exercício de cidadania.

## **ABSTRACT**

This study presents a small sample of the daily living experience of social participation developed in the City Health Council of Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil – a public forum officially created and linked to SUS-BH. The general purpose of the study is to describe and analyze the social representations of the Health Counselors about the Sanitary Surveillance theme. The qualitative research of social representation was the adopted methodology, and the techniques of interviews and participant observation were mostly used. The data obtained from interviews were analyzed by the Discourse of Collective Subject method. The study presents and analyzes the obstacles that stands for the proper functioning of this forum, and besides exposes a conflicted relationship between the users, workers and managerial segments. Using verbal communication, the Health Counselors demonstrated their knowledge about the Sanitary Surveillance work and their recognition of its importance for the Public Health practices. This way the Counselors demonstrated their aptitude to participate in the process of developing the City's Sanitary Surveillance Policy. The study reinforces the necessity of assurance of the constitutional rights of society's participation in the public management, since only with the full exercise of citizenship, by the means of the participation of the citizen in the public policies cycle, will guarantee the main objective that these policies are in accordance to public interest.

Keywords: sanitary surveillance; social participation; City's Health Council; Public Health practices; Sanitary Surveillance City's Policy; citizenship exercise.

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	17
1.1.1 Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde.....	17
1.1.2 Vigilância Sanitária e Cidadania.....	22
1.1.3 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Política de Vigilância Sanitária.....	24
1.2 PARTICIPAÇÃO.....	30
1.2.1 Controle Social.....	34
1.3 CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	35
1.4 O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE.....	40
1.4.1 A Secretaria Municipal de Saúde.....	41
1.4.2 A Organização do SUS-BH .....	44
1.4.3 O Olhar da Secretaria Municipal de Saúde sobre a Vigilância Sanitária... ..	46
1.5 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE.....	50
1.5.1 Histórico.....	50
1.5.2 Estrutura e Funcionamento.....	56
1.5.3 Composição Atual do Conselho Municipal de Saúde.....	58
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	60
2.1 GERAL.....	60
2.2 ESPECÍFICOS.....	60
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	61
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	61
3.2 CONCEPÇÃO DA PESQUISA.....	64
3.2.1 Tipo de Pesquisa.....	64
3.2.2 Coleta de Dados.....	65
3.2.3 Análise de Dados.....	67

<b>4 RESULTADOS e DISCUSSÃO</b> .....	69
4.1 O CONTEXTO MACRO - O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	69
4.1.1 O Plenário do CMSBH.....	69
4.1.2 Os Segmentos do CMSBH.....	73
4.1.3 As Câmaras Técnicas do CMSBH.....	79
4.1.4 O Papel Atual do CMSBH.....	80
4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE.....	89
4.2.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa.....	89
4.2.2 Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 1.....	91
4.2.3 Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 2.....	99
4.2.4 Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 3.....	110
4.2.5 Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 4.....	126
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	136
5.1 RECOMENDAÇÕES.....	141
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	143
<b>ANEXOS</b> .....	149
Anexo 1-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	150
Anexo 2-Questionário das Entrevistas.....	153
Anexo 3-Quadro Geral com as Expressões-Chave e Ideias Centrais.....	154



## **SIGLAS**

AIH- Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CTCAM- Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização

COMCIRA- Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência

CMSBH- Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONAVISA- Conferência Nacional de Vigilância Sanitária

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

FUNDEP- Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOA- Lei Orçamentária Anual

MCR- Micobactéria de Crescimento Rápido

MS- Ministério da Saúde

PBH- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PDVISA- Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PlanejaSUS- Sistema de Planejamento do SUS

PMS-BH- Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte

PPAG- Plano Plurianual de Ações Governamentais

PSF- Programa Saúde da Família

SAC- Serviço de Atendimento ao Cidadão

SINDIBEL- Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte

SINDSAÚDE- Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de Minas Gerais

SISVISA – Sistema de Informação das Ações de Vigilância Sanitária

SMSA-BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SNVS- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS- Sistema Único de Saúde

SUS-BH- Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

SVS/MS- Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

TRS- Teoria das Representações Sociais

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

## **Lista de Figuras**

Figura 1- Interface entre o Plano de Ação e os instrumentos do PlanejaSUS.....	29
Figura 2- Composição do CMS de acordo com a Lei 5903/1991.....	51
Figura 3- Composição do CMS de acordo com a Lei 7536/98.....	54
Figura 4- Relação população/amostra de estudo.....	89
Figura 5- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo sexo.....	89
Figura 6- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo faixa etária.....	90
Figura 7- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo grau de escolaridade.....	90
Figura 8- Incidência das ideias centrais da Pergunta 1.....	92
Figura 9- Incidência das ideias centrais da Pergunta 2.....	100
Figura 10- Incidência das ideias centrais da Pergunta 3.....	111
Figura 11- Incidência das ideias centrais da Pergunta 4.....	127

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1- Distribuição da população por Distrito Sanitário e risco à saúde.....	45
Tabela 2- Execução das ações da vigilância sanitária no PMS-BH 2005-2009.....	47
Tabela 3- Ações da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte.....	48
Tabela 4- Representantes do segmento Usuários.....	58
Tabela 5- Representantes do segmento Prestador de Serviço e Governo.....	59
Tabela 6- Representantes do segmento Trabalhador.....	59
Tabela 7- Síntese das ideias centrais da Pergunta 1.....	91
Tabela 8- Síntese das ideias centrais da Pergunta 2.....	99
Tabela 9- Síntese das ideias centrais da Pergunta 3.....	110
Tabela 10- Síntese de ideias centrais da Pergunta 4.....	126

## **APRESENTAÇÃO**

O debate contemporâneo sobre a participação da sociedade civil em esferas públicas tem indicado inúmeras possibilidades e tendências, com observação direta da estreita relação entre Estado e sociedade.

Dentre os setores da política social, o setor saúde foi o que “mais intensa e precocemente” incorporou os mecanismos de participação, se destacando no país por apresentar a mais sólida estrutura de participação (CÔRTEZ, 2009, p. 103).

No campo da vigilância sanitária muitos esforços vêm sendo empreendidos, principalmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, no sentido de estimular mecanismos de participação, seja através de consultas e audiências públicas, do serviço de ouvidoria e, mais recentemente, a agenda regulatória.

Não obstante a existência dos esforços mencionados, cabe ressaltar que eles estão direcionados prioritariamente para o funcionamento da própria agência, localizada no nível federal. Hoje não se observa nenhum processo participativo, relativo à vigilância sanitária, que ocorra de forma descentralizada.

Com efeito, o único mecanismo participativo, descentralizado e de caráter permanente, presente nas três esferas de governo, com possibilidade de intervenção no ciclo das políticas públicas, ou seja, no planejamento, gestão, execução, avaliação e controle dessas políticas são os conselhos de saúde.

Nesse sentido, propomos trabalhar para a compreensão das possibilidades da participação e controle social no ciclo das políticas públicas de vigilância sanitária,

colaborando para o reconhecimento dessa como parte integrante do campo de proteção e promoção da saúde, fundamental para as práticas de Saúde Pública.

Para tanto, este trabalho aborda a questão do conhecimento dos conselheiros municipais de saúde de Belo Horizonte sobre a temática vigilância sanitária, tendo como reflexão sua consequência na formulação das políticas públicas de vigilância sanitária.

Como os conselheiros de saúde pensam e percebem o “mundo” da vigilância sanitária? Quais são suas experiências com esse mundo? Como ocorrem os processos de formulação das políticas públicas municipais de vigilância sanitária?

Nessa perspectiva, o objeto de estudo desse trabalho são as representações sociais dos conselheiros de saúde de Belo Horizonte sobre os conhecimentos do campo da vigilância sanitária.

Importante ressaltar que a escolha desse objeto de estudo foi motivada pela carência de análises elaboradas a partir das instâncias colegiadas de participação social tendo como foco a vigilância sanitária.

Considerado como tema emergente, a participação e o controle social em vigilância sanitária está posto como mais um desafio. VALLA (2006) destaca que a participação popular na formulação das políticas de proteção e promoção da saúde precisa constituir-se em um dos elementos de construção da cidadania.

Entretanto, o trabalho aqui apresentado não poderia desconsiderar o cenário maior onde atuam os sujeitos dessa pesquisa - O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Vinte e um anos se passaram desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que sob influência da abertura democrática e da necessidade de se promover justiça social para os cidadãos brasileiros, trazia a diretriz da participação da comunidade como uma das premissas para a democratização do país.

Essa diretriz constitucional foi regulamentada pela Lei Federal nº 8.142/90 que “dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde”.

Dessa maneira, os conselhos municipais de saúde foram instituídos sob orientação da descentralização e como condição legal no processo de transferência de recursos, constituindo-se em espaços privilegiados para a prática democrática de co-gestão e construção da cidadania plena.

De acordo com MONTEIRO e FLEURY, (2006) a prática de co-gestão pública deve ser entendida como gestão compartilhada com a sociedade, visando a divisão do poder decisório. A cidadania plena, para Oliveira citado por NOGUEIRA (2004), pode ser traduzida como a garantia de autonomia plena nas dimensões civis, políticas e sociais. O autor ainda observa, que essa autonomia não ocorre em um vazio, ou em um espaço virtual, mas em situações cotidianas e reais de existência. LABRA (2005) observa também, que a cidadania plena seria a luta pelo próprio direito a ter direitos.

FLEURY e col. (1997) enfatizam que a partir da proposta da descentralização, com a adoção de um modelo de gestão publicizante, o melhor desempenho é entendido como um incremento da sensibilidade do governo em detectar e agir conforme as demandas da sociedade.

Assim, o modelo publicizante de gestão é aquele adotado por governos, que passam a ser induzidos ou constrangidos a trabalhar pelo interesse público, o que é buscado através da instituição de novos mecanismos de interlocução, ou seja, pela maior influência da população organizada na elaboração e no controle das políticas públicas (FLEURY e col., 1997; CARVALHO, 1997).

No plano nacional, Belo Horizonte é referência para sistemas de saúde. “A situação atual da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA é resultado de um processo de estruturação do Sistema Único de Saúde - SUS, que começa por avançar na construção de uma rede própria antes mesmo de iniciado o processo de municipalização no final dos anos 80” (SMSA-BH, 2008a, p.34).

Em paralelo, o Conselho Municipal de Saúde também é considerado referência para outros conselhos municipais na área das políticas sociais. Dessa forma, a oportunidade de se analisar um conselho municipal de saúde, legalmente instituído e vinculado a uma secretaria de saúde que adota principalmente o modelo publicizante de gestão, e que também é referência para o país, nos estimulou a ampliar o recorte inicial desse estudo.

O que os conselheiros entendem por “Controle Social”? E decorridos dezoito anos de sua criação, qual é o papel atual do Conselho de Saúde dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte?

Nesse contexto, procuramos analisar se efetivamente o Conselho de Saúde de Belo Horizonte se tornou um espaço privilegiado da prática de co-gestão e construção da cidadania plena.



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### 1.1.1 Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde

A complexidade econômica, política e epidemiológica vivenciada pelo país, requerem uma análise das opções de políticas públicas oferecidas à população. O Sistema Único de Saúde - SUS pode reproduzir iniquidades ou pode assumir o compromisso de ser um modelo de redistribuição de renda e justiça social.

No processo de construção do SUS surgem novos atores, com capacidade de proposição e de pressão por políticas setoriais mais adequadas às necessidades da população. Os questionamentos sobre a ineficácia do modelo de atenção hegemônico apontam para a busca de novas formas de pensar e agir em saúde favorecendo a construção de modelos alternativos que privilegiem a intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (COSTA e BONFIM, 2001).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 coloca na pauta das discussões da sociedade brasileira o direito à saúde e avança também na compreensão do conceito de saúde, passando a concebê-lo enquanto resultante das condições de vida e das formas de organização da produção. A saúde passa a ser percebida como um bem prioritário e condição essencial para que o cidadão possa ter uma vida digna, produtiva e com qualidade (ASSIS e VILLA, 2003).

Com efeito, a Constituição reconheceu a saúde como direito fundamental do ser humano e vinculou sua obtenção às políticas sociais e econômicas, com o objetivo de redução do risco de agravos, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às

ações e serviços de saúde, destinados não só à sua recuperação, mas também à sua proteção e promoção (BRASIL, 1988, art.196).

Segundo LUCCHESI (2001), uma das principais funções do Estado democrático moderno é a de proteger e promover a saúde e o bem-estar dos cidadãos. Desse modo, cabe ao Estado zelar pelos interesses coletivos, intervindo nas atividades de particulares, disciplinando-as quando essas implicarem em risco a saúde pública.

DALLARI (2004) observa que tanto na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL,1990a) como na Constituição Federal de 1988 as atividades destinadas à proteção da saúde são bastante enfatizadas, aparecendo tanto subsumidas na expressão “vigilância sanitária”, quanto expressas nas ações de controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

Assim, a vigilância sanitária teve definido o seu caráter preventivo e de intervenção nos problemas sanitários na Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080/90. Dispõe o § 1º do art. 6º:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II- o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Dessa forma, as ações de vigilância sanitária foram positivadas como ações de cidadania, por enfatizarem a prioridade da defesa da saúde, individual e coletiva, sobre os interesses econômicos, devendo estar fundamentadas na epidemiologia e no enfoque de risco sanitário.

Nesse sentido, a vigilância sanitária pode ser vista e analisada como espaço de intervenção do Estado, com a propriedade, devido às suas funções e instrumentos, de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes, às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde (LUCCHESI, 2001).

As ações de proteção e promoção que caracterizam a vigilância sanitária implicam em atuação dentro e fora do setor saúde, em um contexto de competências compartilhadas entre as três esferas de governo e entre os diferentes órgãos de uma mesma esfera de governo (DE SETA e SILVA, 2001).

Por ser uma atividade típica de Estado está sujeita aos controles burocráticos que caracterizam a administração pública brasileira, entre eles o excessivo grau de formalismo, a existência de muitas leis, regras e normas que, embora não privativos da vigilância sanitária, nela assumem grande vulto (DE SETA e SILVA, 2001).

E para legitimar sua função de Estado é necessário que haja transparência, informação e participação popular. Mas a participação popular e o controle social só podem ser exercidos mediante o conhecimento pela sociedade do que é vigilância sanitária e, também, o (re)conhecimento de sua importância como campo de proteção e promoção da saúde (ANVISA, 2007a).

Apesar de estar presente no cotidiano da população, através da utilização de medicamentos, cosméticos ou alimentos, a vigilância sanitária ainda não é reconhecida como parte integrante do SUS.

A esse respeito COSTA (2004, p. 496) argumenta:

No Brasil, ações de vigilância sanitária sempre existiram, mas com pouca visibilidade para a população, e até mesmo para os profissionais e gestores de saúde que se acostumaram a perceber essa área identificando-a com atuação policial ou burocrático-cartorial. A falta de formulação e explicitação de políticas de vigilância sanitária nas políticas públicas, a pouca atenção governamental à área, entre outros determinantes relacionados ao baixo estágio de desenvolvimento científico e tecnológico do país, foram concorrendo para o aprofundamento do fosso que se estabeleceu entre a estrutura dos serviços de vigilância sanitária e as demandas por suas ações, seja em nível das necessidades em saúde ou do segmento produtivo.

Por sua vez, FORTES (2006) destaca a necessidade de reflexão sobre o grau de aceitação dos riscos sanitários entre as diversas parcelas da população. Por vezes, a maior aceitação dos riscos se deve à ausência ou à inadequação das informações e sua deficiente compreensão.

Outro problema é a alta demanda, por parte da população, por serviços de assistência, o que reflete um pensamento sanitário apegado ao atendimento à doença, tendo a assistência médica como remédio, e dessa maneira, acaba sendo prioridade frente às questões relativas à vigilância sanitária (COSTA, 2003; VALLA, 2006).

Esse problema tem entre suas conseqüências a baixa demanda social por ações de promoção e prevenção da saúde (DE SETA e SILVA, 2001).

Nesse contexto, observa-se também a fragmentação das ações de saúde, que não conseguem dar respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território, resultantes do encadeamento de múltiplos determinantes: sociais, culturais, sanitários, políticos e ambientais, entre outros (ANVISA, 2006).

Nesse sentido, no campo da vigilância sanitária vem se fortalecendo um movimento voltado para a reflexão sobre sua área de atuação e suas interfaces com as

demais vigilâncias, tendo em vista as necessidades de saúde em seu conceito ampliado, os princípios e diretrizes do SUS e a urgência de se reformular o modelo de atenção (ANVISA, 2006).

Um dos aspectos mais relevantes desse movimento diz respeito a uma ruptura do conceito tradicional de vigilância sanitária, processo no qual essa é assumida como ação de proteção e promoção à saúde, percebendo-se também a importância do seu papel interventor na construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde (ANVISA, 2006).

Esse movimento pretende a construção de um novo paradigma através da recomposição de suas práticas de trabalho para além da fiscalização, para além de seu aspecto coercitivo.

Dessa forma, a vigilância sanitária deve ser vista também como prática avaliativa e valer-se de estratégias de monitoramento para identificação, gerenciamento e comunicação dos riscos à saúde da população e dos resultados de sua própria ação (ANVISA, 2006).

Com efeito, é preciso avançar. A vigilância sanitária é, sem dúvida, muito maior do que sua atividade de execução, de verificação da conformidade e da não conformidade, com forte apego ao Poder de Polícia. É preciso priorizar a atividade de vigilância propriamente dita e em conjunto com os demais componentes do Sistema Único de Saúde trabalhar no desenvolvimento integral dessa atividade estratégica para que se possa assegurar qualidade de vida e bem-estar aos cidadãos.

### 1.1.2 Vigilância Sanitária e Cidadania

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA (ANVISA, 2007a), reconhece que o exercício e o incentivo à participação social permitem a adoção de estratégias de intervenção capazes de modificar as realidades sanitárias indesejáveis, além de integrar maior número de atores, ampliando assim a legitimidade das práticas sanitárias na sociedade.

FORTES (2006), adverte que a relação da vigilância sanitária com as pessoas deve estar fundamentada na noção de cidadão, de sujeito de direitos, e não somente na de consumidor. Deve ser solidária com pessoas consideradas como iguais em seus direitos, mesmo quando tenham diferentes posições ou valores socioculturais.

Dessa maneira, equivocou-se o PDVISA (ANVISA, 2007a, p. 48) ao entender o “campo de atuação da vigilância sanitária relacionado à defesa do consumidor real ou potencial de produtos ou serviços, garantindo o direito do cidadão a uma vida saudável”.

Como ressalta FORTES (2006), cidadão é aquele sujeito portador de direitos. A saúde no Brasil, após a constituição de 1988, passou a ser concebida como direito social inalienável. E foi através das lutas dos movimentos sociais experimentadas pelo país, entre eles o Movimento da Reforma Sanitária, que a sociedade brasileira conquistou um Sistema de Saúde de princípio universal.

Por tanto, a vigilância sanitária, enquanto componente desse sistema, deve estar apta a realizar ações e serviços para todos os cidadãos, e não somente para os consumidores. COSTA (2003) enfatiza ser a vigilância sanitária muito maior do que o

aspecto consumidor, já que o engloba e vai além, uma vez que objetiva proteger a saúde de toda a coletividade.

Dessa forma não se pode mais aceitar que a vigilância sanitária, enquanto atividade típica de Estado, tenha o mercado como peça central na organização de suas ações, priorizando os princípios e regras da esfera privada sobre aqueles inerentes à esfera pública. Como consequência, perde-se a concepção do direito de cidadania, que passa a ser subsumida pela concepção de direito do consumidor (COHN, 2003).

Nesse sentido, não se trata de demandar por uma cidadania regulada pelo mercado, mas sim por uma cidadania regulada pela universalização dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. E para se assegurar o direito à saúde é necessário o desenvolvimento de uma sociedade mais atuante, que exerça de fato sua cidadania através dos mecanismos de participação e controle social.

Importante ressaltar que a participação e o controle social não podem ser entendidos como uma extensão burocrática e executiva, mas como processo contínuo de democratização, o que requer o estabelecimento de uma nova sociabilidade política em um novo espaço de cidadania, e, nesse sentido, o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações prestadas pelo Estado (ASSIS e VILLA, 2003).

Para tanto é necessário que esse sujeito/cidadão tenha acesso às informações e esse acesso só é possível quando existe o compromisso institucional de tornar públicas suas ações e decisões (VIGNOLA e BALBINOT, 2004).

Nesse contexto, LUCCHESI (2001) observa que a vigilância sanitária pode ser concebida igualmente como espaço de exercício da cidadania e do controle social.

Porém, é fundamental que a vigilância sanitária proponha e assuma novas formas de relacionamento com a sociedade.

### 1.1.3 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Política de Vigilância Sanitária

A constituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS se dá formalmente com a edição da Lei Federal nº 9.782/99, que dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. À agência é conferida a natureza de autarquia especial, caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, estando vinculada ao Ministério da Saúde - MS através de um Contrato de Gestão (BRASIL, 1999).

Para DALLARI (2004, p. 18), a instituição do SNVS foi consequência lógica dos mandamentos constitucionais e legais que organizam o sistema de saúde no Brasil.

A lei reservou, assim, para a esfera federal, para a União, exclusivamente, a definição da política e do sistema nacional de vigilância sanitária, as atividades de normatização, controle e fiscalização de produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde e de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras e todas as atividades executivas em situações especiais de risco à saúde. E atribuiu a todos os integrantes do conjunto federativo a manutenção do sistema de vigilância sanitária propriamente dito e de um sistema de informações em vigilância sanitária.

Dessa maneira a criação da ANVISA modificou profundamente o componente federal e a constituição do controle sanitário existente no país, através da descentralização das ações aos estados e municípios (LUCCHESI, 2001).



Assim, o processo de descentralização político administrativo das ações e serviços de vigilância sanitária, é impulsionado pela criação da agência, embora esse processo aconteça tardiamente em relação aos demais componentes do SUS. COSTA (2003) ressalta que, até mesmo para honrar com o contrato de gestão, a ANVISA necessita de desenvolver estratégias de articulação com os estados e municípios, de modo a possibilitar o cumprimento das metas pactuadas.

Com efeito, a definição de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, constituído pelo órgão federal, pelos estados e municípios, obedece aos postulados do SUS, entre eles, a diretriz da descentralização, que resulta no deslocamento do poder político e decisório para as esferas subnacionais, e que tem como consequência direta a diretriz da participação da comunidade.

Ainda de acordo com essa lei compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde - MS, a formulação, o acompanhamento e a avaliação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, bem como das diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999).

Entretanto, como observa COSTA (2003, p. 208), ao longo da trajetória da vigilância sanitária no país ainda não foi formulada, e nem dada a conhecer, uma Política Nacional de Vigilância Sanitária, seja através de documento emanado pelo Ministério da Saúde ou pelo órgão federal de vigilância sanitária. O que se percebe é que “essas políticas vem sendo implementadas sob forte peso das circunstâncias de cada conjuntura”, sem uma articulação com as demais políticas de saúde.

Constata-se também, um vazio de proposições no que diz respeito à doutrina, configuração, princípios e diretrizes para a constituição do citado Sistema Nacional de

Vigilância Sanitária. Dessa forma, esse sistema ainda não existe de fato como um conjunto articulado, com uma ação coordenada entre os níveis de gestão da saúde (LUCCHESE, 2001; COSTA, 2003).

Essa situação tem como consequência à adoção de arranjos voltados para as questões de financiamento e repasse de recursos vinculados ao cumprimento de metas quantitativas. Se por um lado, tais arranjos promoveram a melhoria, em especial das estruturas dos serviços da esfera estadual, sua capacidade estruturante chegou ao fim e se mostra insuficiente para o desenvolvimento de um modelo harmônico, cooperativo e solidário entre os componentes do sistema (Anvisa citado por BRITO, 2007).

Nesse contexto, na lacuna deixada pela ausência de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária, foi construído o Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA (ANVISA, 2007a).

É bem verdade que a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária - CONAVISA (2001, p. 87) já havia deliberado pela formulação de um Plano Diretor para a Vigilância Sanitária, conforme a Proposição nº 100, que trata da construção do SNVS e da gestão da vigilância sanitária:

b) elaborar um Plano Diretor de Vigilância Sanitária nas três esferas de governo, a partir de discussão ampla, em fóruns específicos, garantindo a participação de representantes dos setores e segmentos da sociedade interessados [...].

O PDVISA tem por objetivo constituir-se em um instrumento político norteador que possibilite uma gestão estratégica para a transformação positiva do contexto

sanitário nacional, contribuindo também para “conferir maior concretude ao SNVS e para o fortalecimento da integração com o SUS” (ANVISA, 2007a, p. 19).

“No mesmo momento em que se discutia o Pacto pela Saúde, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária discutia a elaboração de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária” (ANVISA, 2007b, p. 3) e, felizmente, esse sistema compreendeu a necessidade urgente de se enxergar, de se referenciar dentro do sistema maior, o Sistema Único de Saúde - SUS.

Por isso, esse Plano Diretor possui interface e articulação com essa temática contemporânea do SUS. Nesse sentido, o PDVISA deve ser visto como um instrumento de eleição das prioridades em vigilância sanitária reconhecendo a diversidade do país e respeitando a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locorregionais (ANVISA, 2007a).

As diretrizes do PDVISA deverão ser implementadas por meio dos Planos de Ação em Vigilância Sanitária. O Plano de Ação, na realidade, retrata a programação a ser realizada durante um período de um ano, ou seja, a Programação Anual de Vigilância Sanitária. Portanto, a denominação “Programação” parece mais adequada a sua finalidade, até porque Plano só deve existir um - O Plano de Saúde do Sistema Único, relativo a cada esfera de gestão.

Dessa forma, o Plano/ Programação em Vigilância Sanitária é uma ferramenta de planejamento, onde estão descritas as atividades a serem desenvolvidas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução dessas ações (ANVISA, 2007b).

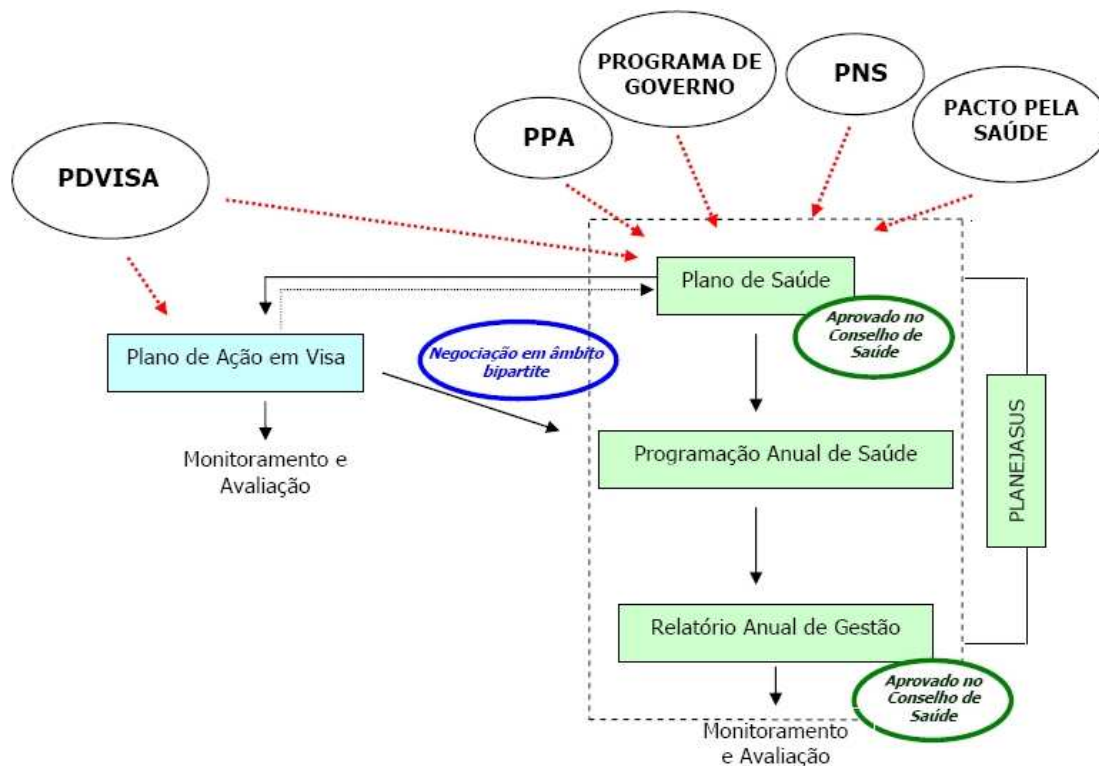
A construção dos Planos de Ação objetiva facilitar a pactuação que ocorrerá entre municípios e estados, baseado na lógica da responsabilidade sanitária, para a definição das ações a serem realizadas por cada ente. Nesse sentido, o Plano de Ação busca dar materialidade ao PDVISA, e incorpora a lógica sistêmica do PlanejaSUS (ANVISA, 2007b).

O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS, se estrutura na elaboração de três instrumentos de planejamento, quais sejam: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (PLANEJASUS, 2007). O Plano de Ação em Vigilância Sanitária deve ser construído para compor a sistemática de planejamento da saúde tendo interface com esses instrumentos, ora se utilizando deles para sua construção, ora fornecendo informações para a sua elaboração (ANVISA, 2007b).

A função do Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA é estabelecer as diretrizes e pautas específicas para a ação do Estado no escopo de atuação da vigilância sanitária (ANVISA, 2007a).

Para tanto, a sua elaboração contou com ampla discussão das três esferas de gestão, das instâncias de controle social e de segmentos da sociedade civil. Também participaram representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS (ANVISA, 2007a). Portanto, frente ao exposto, pode-se concluir que o Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA é, na verdade, a Política Nacional de Vigilância Sanitária?

Figura 1: Interface entre o Plano de Ação e os instrumentos do PlanejaSUS.



Extraído de: ANVISA, 2007b

Não, ele não é. Segundo BRITO (2007), o PDVISA, apesar da extensão de seu processo de construção e de seu caráter majoritariamente político, não pode ser considerado como a Política Nacional de Vigilância Sanitária, tanto porque lhe faltam alguns aspectos formais que compõem uma política, quanto porque cabe ao Ministério da Saúde a formulação, o acompanhamento e a avaliação da Política de Vigilância Sanitária. Sabe-se que o MS foi partícipe do processo de construção do PDVISA, mas não o seu efetivo coordenador.

Assim sendo, como entender as práticas de vigilância sanitária desenvolvidas por um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como política pública de proteção e promoção da saúde, se na realidade essa política ainda não está posta?

SOUZA (2006) ao realizar uma revisão de literatura sobre o tema “Políticas Públicas” apresenta as definições de Peters (1986) para quem política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos; e de Dye (1984), que sintetiza a definição de política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

Por sua vez, LABRA (2009, p. 178) comenta não existir um acordo quanto à definição do que seja uma política pública e propõe a definição de Ozlak e O’Donnell:

Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema.

Nesse contexto, PAIM (2003) esclarece que a política de saúde pode ser definida como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e de seus determinantes.

## 1.2 PARTICIPAÇÃO

Carvalho, citado por DELGADO e ESCOREL (2008), relata que na década de 1970 a idéia da participação “comunitária”, baseada no modelo de medicina comunitária, dá início a uma nova relação entre Estado e sociedade no campo da saúde,

na qual a participação da população era fundamental para a implementação e eficácia das ações de saúde pública. Tratava-se de uma participação voltada para problemas de natureza técnica.

Diante das limitações, dos poucos resultados e mudanças ocorridas no campo da saúde pública com a participação comunitária, desenvolve-se no Brasil, na década de 80, uma participação “popular”, baseada no aprofundamento da crítica e em práticas políticas de oposição ao sistema dominante. Amplia-se a discussão, partindo-se da falta de acesso à saúde para a existência da exclusão social nos diferentes campos, e dessa forma a categoria “comunidade” é substituída pela categoria “povo” (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL 2008).

Por sua vez, GOHN (2003) destaca a entrada em cena dos novos atores sociais. Movimentos sociais populares urbanos, reivindicatórios de bens e serviços públicos, por terra e moradia, assim como os chamados novos movimentos sociais, em luta pelo reconhecimento de direitos sociais e culturais modernos, como a luta pela igualdade de raça, gênero e sexo, pela qualidade de vida, meio ambiente, segurança e direitos humanos, dentre outros.

Identifica-se também, ao final dos anos 70 do século passado, a formação de uma comunidade política autodenominada “movimento sanitário” com proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde, combinada com a democratização política do país e, mais especificamente da área da saúde. Tal comunidade era formada por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos dos profissionais e trabalhadores de saúde (CÔRTEZ, 2009).

As precárias condições de saúde, antes percebidas como deficiência técnica, passam a ser compreendidas dentro de uma conjuntura político-econômica, e a superação de tais condições somente seria possível através da contestação e luta contra um Estado excludente, gerador de um sistema desigual e ineficiente (DELGADO e ESCOREL, 2008).

Nesse sentido, o movimento sanitário lutava pela construção de um sistema de saúde único, com o oferecimento de acesso universal e atenção integral a saúde, organizado de forma descentralizada, hierarquizada, com participação de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço (CÔRTEZ, 2009).

Esse movimento, segundo CÔRTEZ (2009) pode ser considerado como expressão da complexificação da sociedade brasileira, que favorecia a formação de grupos de interesse, que podiam manifestar-se cada vez mais livremente pressionando o governo a atender suas demandas. A crescente influência dessa comunidade sobre o governo federal está relacionada também à profunda crise econômica que o país vivenciou.

Durante os anos 80 a crise econômica e fiscal, aliada à perda de legitimidade do regime militar e à predominância de propostas liberalizantes no cenário político internacional, fortaleciam projetos que visavam racionalizar a administração pública, reduzir gastos e descentralizar competências do nível federal para as esferas subnacionais de governo (CÔRTEZ, 2005).

Se, por um lado, políticos e administradores públicos identificados com partidos apoiadores do regime militar e com interesses empresariais defendiam a redução do tamanho do Estado, com ampliação da provisão privada de bens e serviços e a



descentralização de competências e do regime de financiamento, por outro, as propostas identificadas com os partidos opositores ao regime militar e com os movimentos sindical e popular advogavam a descentralização administrativa e o aumento da provisão, ou pelo menos o controle público sobre a oferta de bens e serviços sociais (CÔRTEZ, 2005).

Para os defensores da redução do tamanho do Estado e da proporção dos gastos com a proteção social pública, o objetivo principal era o corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação de usuários de bens e serviços sociais (CÔRTEZ, 2005).

Com o processo de democratização a relação Estado-sociedade se reconfigura, trazendo à tona as disputas dos diferentes atores sociais, não mais somente os excluídos do sistema, mas atores diversos. Assim, as categorias “comunidade” e “povo” são substituídas por “sociedade”, tendo como consequência a resignificação da participação, agora “social” (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL 2008).

A participação social ressalta a universalização dos direitos sociais e a cidadania, estabelecendo uma nova compreensão do caráter do Estado, arena de conflitos políticos onde diferentes grupos de interesses disputam espaço e atendimento à suas demandas (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL 2008).

CÔRTEZ (2009) observa que, dessa forma, a criação dos mecanismos de participação institucionalizados insere-se em um processo geral (nacional e internacional), no qual a pressão de atores sociais por mais participação levou à gradativa abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio público.

Assim a sociedade civil, através das políticas públicas, se amplia entrelaçando-se com a sociedade política e com os aparelhos governamentais. Ocorre o desenvolvimento do novo espaço público, denominado público não estatal, no qual irão situar-se conselhos, fóruns, redes com articulação entre sociedade civil e os representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública (GOHN, 2003).

### 1.2.1 Controle Social

De acordo com ALVAREZ (2004), controle social é originalmente um conceito das Ciências Sociais, elaborado por Émile Durkheim, com vistas a entender o problema da ordem e da integração social. O conceito está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, do ponto de vista dos valores, das normas e dos comportamentos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem.

CORREIA (2000) destaca que, contemporaneamente, a ideia de controle social no Brasil passa a corresponder a uma compreensão da relação Estado-sociedade, na qual cabe a esta estabelecer práticas de vigilância e controle sobre o Estado.

Para STOTZ (2006) houve uma inversão de sentido do controle social, ao ser ressignificado como participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas.

Nesse contexto, o resgate da trajetória da ideia do controle social nos processos políticos da sociedade brasileira nos anos 1980-1990 significa referir-se ao processo de redemocratização política marcado pelo fim do regime militar, em 1984 e pela aprovação da Constituição Cidadã em 1988 (STOTZ, 2006).

Nesse sentido, o controle social vem sendo entendido como o controle que a população deve ter sobre o Estado, envolvendo a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade (CORREIA, 2000).

### 1.3 OS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL

Os conselhos gestores de políticas públicas, também denominados conselhos setoriais, emergiram como inovação institucional a partir da Constituição de 1988. Considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos, constituem-se em peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais (TATAGIBA, 2002).

Segundo CÔRTEZ (2009) a articulação entre os gestores, as burocracias governamentais e as organizações de trabalhadores, de usuários e de beneficiários de políticas públicas afetaria positivamente a *responsiveness* e a *accountability* dos governos. Dessa forma, em países em desenvolvimento, como o Brasil promoveriam a boa governança e reduziriam as possibilidades de manutenção de padrões autoritários de decisão e de formas clientelistas de relação entre governo e atores sociais.

A Lei Federal nº 8.142/90 (BRASIL, 1990) regulamenta as instâncias de participação e controle social no SUS. Os conselhos de saúde em caráter permanente e deliberativo devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde da instância correspondente.

Essa lei estabelece que a representação dos usuários deve ser paritária ao conjunto dos demais segmentos, correspondendo assim, a 50% dos representantes. Dessa maneira, a participação da população na formulação e implementação de políticas públicas é fortalecida através de uma discriminação positiva (Carvalho citado por TATAGIBA, 2002).

Segundo TATAGIBA (2002), os conselhos de saúde se constituem em espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil. Tem no processo dialógico o instrumento privilegiado para a resolução de conflitos inerentes à diversidade em jogo, e funcionam como instâncias de natureza deliberativa, com competência legal para formular políticas e fiscalizar sua implementação.

VAN STRALEN e col. (2006) observam que a competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde - CNS, as Resoluções nº 33 de 1992, e nº 333 de 2003, que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários.

A Resolução nº 33/92 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Como estímulo ao efetivo funcionamento, recomenda reuniões no mínimo mensais e a homologação das decisões deve ser de responsabilidade do chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos (VAN STRALEN e col., 2006).

Por sua vez, a Resolução nº 333/03 avança na mesma direção. Procura fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando uma lista mais ampla de entidades que

poderão representar o segmento usuários. Determina que os governos se responsabilizem pela autonomia dos conselhos, inclusive através de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas (VAN STRALEN e col., 2006).

DELGADO e ESCOREL (2008, p. 82) destacam que a resolução 333/03 substitui o termo “participação comunitária” por “participação da sociedade organizada” e acrescenta que essa participação torna os conselhos de saúde instâncias privilegiadas não só na discussão das políticas, mas também, na proposição, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da política de saúde.

Entretanto, CORREIA (2000) observa que os conselhos de saúde podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva da ampliação da democracia, mas, por outro lado, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais.

Os conselhos de saúde têm se constituído em objeto de estudo que vem recebendo profusa atenção. Tais contribuições permitem apreciar que os colegiados, em maior ou menor medida, apresentam uma série de problemas (LABRA, 2005).

VAN STRALEN e col. (2006, p. 624) ao analisarem vários estudos de diversos autores concluem:

Muitos estudos sobre os conselhos enfocam os conselheiros, particularmente os usuários. Vários autores analisam o perfil socioeconômico e cultural dos conselheiros, discutindo a representatividade, os recursos de que dispõem e as desigualdades entre os segmentos. Frequentemente, aponta-se, de um lado, a falta de capacitação técnica e política dos conselheiros para ocupar espaços de proposição e negociação de políticas e, de outro lado, enfatiza-se que os conselhos são espaços de aprendizagem de cidadania ou de desenvolvimento

de capital social. Diversos autores reconhecem que há obstáculos à participação, interpostos pelos próprios gestores: falta de transparência na apresentação de relatórios, uso de linguagem demasiadamente técnica e falta de infra-estrutura para o funcionamento do conselho.

Por sua vez, TATAGIBA (2002, p. 56) realiza uma revisão de literatura pesquisando um “certo padrão geral perceptível” na avaliação dos conselhos gestores. Estabelece três eixos para realizar a avaliação dos conselhos e demonstra ser comuns a esses colegiados os problemas levantados:

i) Os conselhos como espaço de representação paritária e plural

Constata-se que a existência de uma igualdade numérica na composição dos conselhos não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório. A relação dos conselheiros com suas entidades demonstra fragilidade no vínculo, tanto para representações governamentais quanto para representações não governamentais (TATAGIBA, 2002).

E, o reconhecimento unânime da falta de capacitação técnica e política dos conselheiros, tanto governamentais quanto não governamentais visando uma intervenção mais ativa no diálogo deliberativo (TATAGIBA, 2002).

Segundo a autora, o grande desafio que se coloca para as experiências participativas é a construção de mecanismos para minorar os efeitos das desigualdades sociais que se reproduzem no interior dos processos deliberativos.

ii) Os conselhos como espaços públicos dialógicos

O debate e a negociação em torno dos assuntos relevantes tem sido limitados pela imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado na elaboração da agenda dos conselhos. Por sua vez, os conselhos têm definido como assuntos pertinentes pautas

relacionadas com demandas (falta de especialidades médicas, qualidade do atendimento, filas) refletindo o entendimento de que o conselho exerce seu papel deliberativo ao responder de forma efetiva as necessidades da população (TATAGIBA, 2002).

TATAGIBA (2002) destaca a recusa do Estado em partilhar o poder de decisão. Os governos, em sua maioria, têm resistido às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas. Os motivos estão não apenas na intransigência governamental, mas também no reconhecimento da baixa capacidade de articulação, pressão e mobilização dos setores organizados da sociedade civil.

### iii) Os conselhos como espaços deliberativos

É a prerrogativa de deliberar, induzir o Estado a ação, que torna os conselhos arranjos institucionais profundamente promissores no sentido da reforma democrática do Estado. No entanto, constata-se a baixa capacidade de inovação das políticas públicas a partir da participação social, sugerindo que essa participação assume contornos mais reativos que propositivos (TATAGIBA, 2002).

Nesse contexto, constata-se que a desigualdade social e econômica, a pobreza e a miséria agravam a permanência de relações assimétricas e autoritárias que repercutem na maneira como as burocracias do Estado tratam a maioria dos indivíduos (LABRA, 2005).

COHN (2003) ressalta que as experiências de controle público através da participação da sociedade nos conselhos de saúde ocorrem num contexto de destituição dos direitos sociais, associado ao altíssimo grau de desigualdade social, fazendo com

que se acentuem, de um lado, uma maior aproximação entre esse controle e a gestão do Estado, e de outro a proeminência da política dos técnicos sobre a política dos cidadãos.

MOREIRA e col. (2006) observam que os conselhos de saúde revelam-se com produto da cultura política brasileira, reproduzindo a defesa de interesses corporativos e clientelistas, a ausência de transparência das decisões políticas, a impermeabilidade à participação, mas também, integram o potencial de transformação democrática e republicana desses valores e dessas práticas.

Assim, se por um lado, a sociedade apresenta um déficit de relações de confiança, solidariedade e cooperação, ou seja, haveria escassez de ingredientes indispensáveis para os conselhos se constituírem em efetivos canais de democratização das decisões e do controle social, por outro, os conselhos de saúde certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção ao direito a ter direitos e pelo pleno exercício da cidadania (LABRA, 2005).

#### 1.4 O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

A cidade de Belo Horizonte, inaugurada em 1897, foi planejada e construída para ser a nova capital política e administrativa, sendo concebida para abrigar 200 mil moradores. Teve seu planejamento fortemente influenciado pelas ideias de modernidade e racionalidade da época.

De acordo com GOMES (2000), ela foi planejada, projetada, traçada a régua e compasso. A cidade moderna, positivista, eugênica veio para romper de uma vez por todas com o passado ao inaugurar uma nova era, a da República e, ao mesmo tempo,



coroar a tradição de Minas Gerais, a única região das colônias ibéricas cuja base cultural era enraizadamente urbana. Mais que uma cidade, era um símbolo ideológico e cultural.

Hodiernamente, a centenária Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, é segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007) a 6ª cidade brasileira mais populosa e 3ª considerando-se a área metropolitana. A população é de 2.412.937 distribuída em uma área aproximada de 330 Km<sup>2</sup>. Tem como principais atividades econômicas o comércio/serviços (80%) e a indústria (20%).

Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove regionais administrativas, quais sejam: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada Secretaria Municipal Regional possui definido um espaço geográfico-populacional-administrativo que compõem sua área de abrangência (SMSA-BH, 2006).

#### 1.4.1 A Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde - SMSA, órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - PBH, tem por “missão institucional estruturar a atenção à saúde no município, buscando cumprir com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS. Esses princípios objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e equidade na atenção à população belorizontina” (SMSA-BH, 2006, p. 6).

De acordo com o Relatório de Gestão 2007 da SMSA (2008a) o Sistema Único de Saúde não é um plano de um determinado governo, mas sim uma política de Estado,

que ultrapassa as marcas de uma ou outra campanha política, federal, estadual ou municipal, devendo estar então instituída, como prevê a Constituição Federal.

No nível nacional, a capital mineira manteve sua condição de referência para sistemas de saúde. “A situação atual da SMSA é resultado de uma longa história dentro do processo de estruturação do SUS no município, começando por avançar na construção de uma rede própria municipal antes mesmo de iniciado o processo de municipalização no final dos anos 80” (SMSA-BH, 2008a, p.34).

Belo Horizonte foi a primeira grande cidade a municipalizar as unidades básicas sob gestão estadual em 1991 e as unidades secundárias do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS em 1992. Em 1994, assumiu a gestão semiplena dando início à construção efetiva do sistema municipal de saúde, sob comando único do gestor municipal (SMSA-BH, 2008a).

Em abril de 2007, Belo Horizonte assinou o Termo de Compromisso de Gestão do SUS-BH sendo o primeiro município mineiro a aderir ao Pacto pela Saúde firmado entre a SMSA-BH e o Ministério da Saúde (SMSA-BH, 2008a).

O SUS Belo Horizonte procurou, no exercício de 2007, executar sua política de saúde ancorada nos seguintes documentos legais: o Plano Plurianual de Ações Governamentais 2006-2009, o Plano Municipal de Saúde 2005-2008 e o orçamento do Fundo Municipal de Saúde/2007.

Dessa forma, aplicou em 2007, 19,41% dos Recursos Orçamentários do Tesouro (SMSA-BH, 2008a), cumprindo assim, a Emenda Constitucional EC 29, que prevê a aplicação mínima de 15% dos recursos orçamentários dos municípios.

Já em 2008, o percentual aplicado em ações e serviços públicos de saúde foi de 20,88%. Apesar da evolução na aplicação de recursos próprios, o SUS-BH ressalta em seu Relatório de Gestão 2008 “padecer da crônica asfixia financeira e de uma desordenada e crescente judicialização” (SMSA-BH, 2009a, p. 19).

Esse mesmo relatório reafirma um SUS-BH orgulhoso por suas práticas e proposições que servem de referência para o nível nacional e internacional. Destaca os trabalhadores como sendo os “artífices maiores dessa construção, merecendo todas as homenagens e méritos por essas realizações” (SMSA-BH, 2009a, p. 19).

Outra importante observação, contida no Relatório de Gestão 2008 da SMSA (2009a), é o fato do Plano Municipal de Saúde ter tido sua vigência prorrogada até 2009. Tal fato visa atender as orientações do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS, fazendo com que haja coincidência do próximo Plano de Saúde com o período de validade do Plano Plurianual de Ações Governamentais - PPAG, que deve ser elaborado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para o período de 2010-2013.

Nesse sentido, a nova gestão da SMSA/SUS-BH, que iniciou seus trabalhos no ano de 2009, deve elaborar a partir de uma análise situacional o Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Esse instrumento deve expressar os objetivos, as diretrizes e metas a serem buscados pelo SUS-BH (PLANEJASUS, 2007), devendo ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte até dezembro de 2009.

Para constatar a importância e a grandeza da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte basta observar a Lei Orçamentária Anual LOA/2010, que apresenta um orçamento estimado de cerca de um bilhão e meio para a SMSA, enquanto que o

orçamento global estimado da PBH é de oito bilhões e setecentos mil reais (Diário de campo, reunião extraordinária, 24/09/2009).

#### 1.4.2 A organização do SUS-BH

Os distritos sanitários no município de Belo Horizonte obedecem à delimitação das Secretárias Municipais Regionais, e correspondem a organização administrativo-assistencial da SMSA/SUS-BH.

No município, a atenção básica é composta pela rede de centros de saúde que se configura como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde. Essa rede é organizada a partir da definição de territórios sobre os quais os centros de saúde devem ter responsabilidade sanitária. Utilizam tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, sendo responsáveis pela resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância dentro de seu território, considerando as necessidades da população (SMSA-BH, 2008a).

O Programa Saúde da Família foi implantado no município de Belo Horizonte em 2002. Com uma população de 2.238.882 habitantes distribuídas nos nove distritos sanitários contava com uma rede de 132 unidades básicas de saúde responsáveis pela atenção básica da população adscrita, através de 485 equipes de saúde da família (SMSA-BH, 2009a).

Em 2003, esse programa foi ampliado e passou a ser denominado Programa BH -Vida: Saúde Integral. Essa mudança na denominação do projeto traduz uma decisão que direciona o sistema para a construção da integralidade da gestão e da assistência. Parte

do entendimento de que o usuário precisa ser atendido no conjunto de suas necessidades e, para tanto, há a necessidade de se organizar e integrar as ações de promoção à saúde, assistência e reabilitação (SMSA-BH, 2006).

A partir do estabelecimento do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, indicador composto por variáveis sociais e de saúde que dividem o município em áreas de risco, a SMSA priorizou a implantação de novas equipes do BH-Vida nas áreas de maior vulnerabilidade (SMSA-BH, 2009a).

Assim, em 2008, a população das áreas de risco à saúde elevado e muito elevado e dos distritos sanitários Norte, Venda Nova e Barreiro apresentavam 100% de cobertura, enquanto que a cobertura total do Programa Saúde da Família aumentou de 70% em 2005 para 77,5% em 2008 (SMSA-BH, 2009a).

Tabela 1: Distribuição da população por distrito sanitário e risco à saúde.

<b>Regional</b>	<b>Risco muito elevado</b>	<b>Risco elevado</b>	<b>Risco médio</b>	<b>Risco baixo</b>	<b>Total</b>
Barreiro	18.593	102.851	134.933	5.817	262.194
Centro-Sul	31.473	26.756	6.943	200.831	266.003
Leste	18.121	47.658	89.510	93.805	249.094
Nordeste	15.065	79.677	125.968	53.350	274.060
Noroeste	17.567	54.096	169.249	96.439	337.351
Norte	16.829	85.834	83.863	7.238	193.764
Oeste	16.654	81.451	76.481	94.112	268.698
Pampulha	8.037	23.513	42.957	68.095	142.602
Venda Nova	15.558	101.764	119.707	7.573	244.566
<b>Total</b>	<b>157.897</b>	<b>603.600</b>	<b>846.641</b>	<b>627.224</b>	<b>2.238.332</b>

Extraído de: SMSA-BH, 2009a

### 1.4.3 O Olhar da Secretaria Municipal de Saúde sobre a Vigilância Sanitária

A Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde - GEVIS, no organograma dessa secretaria está localizada em uma gerência de nível dois sendo vinculada hierarquicamente a Gerência de Vigilância em Saúde - GVSI.

A GVSI abrange as áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador. Tem por objetivos analisar a atuação voltada a eliminar, diminuir ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde, assim como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde (SMSA-BH, 2008a).

O Relatório de Gestão 2007 (SMSA-BH, 2008a, p.3), já em sua apresentação destaca que além das “inspeções realizadas com caráter fiscalizatório e educativo”, a vigilância sanitária iniciou a implantação do Sistema de Informação das Ações de Vigilância Sanitária - SISVISA, que tem sido “referência para as demais fiscalizações do município e para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária”.

Esse relatório apresenta também, a análise da execução do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte - PMS-BH 2005-2009, apresentando tabelas de cumprimento de metas ano 2007, por eixo e a respectiva gerência responsável. Foi identificada uma única tabela referente à vigilância sanitária.

Objetivo Geral: Ampliar e qualificar as ações de Vigilância Sanitária.

Diretriz: Estruturação das ações de Vigilância Sanitária no SUS-BH.

Objetivo Específico: Implementar o Programa de Vigilância Sanitária no SUS-BH.

Tabela 2: Execução das Ações da Vigilância Sanitária no PMS-BH 2005-2009: ano 2007.

META	INDICADOR	SITUAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Implantar o Projeto de Gestão da Vigilância Sanitária já elaborado, seguindo as etapas dos módulos previstos: fiscalização, administrativo e gerencial	Projeto de gestão da Vigilância Sanitária implantado	PARCIAL	Problemas na configuração dos palms, sendo necessário troca, atraso na contratação do técnico de informática
Inspeccionar anualmente 100% das instituições de longa permanência para idosos –ILPI no município	% de inspeções nas ILPI no município	CUMPRIDO	
Implantar as ações de vigilância acordadas no PAP – Programação de Ações Prioritárias	Número de inspeções nos estabelecimentos	PARCIAL	

Extraído de: SMSA-BH, 2008a

Nas ações intrasetoriais da SMSA-BH realizadas no ano de 2007 a vigilância sanitária aparece no Projeto de Controle da Leishmaniose Visceral. Esse projeto tem entre seus objetivos a ampliação das ações de vigilância sanitária no que se refere à fiscalização da notificação de cães positivos pelos laboratórios, clínicas e hospitais veterinários (SMSA-BH, 2008a).

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência - COMCIRA, órgão consultivo, ligado ao Gabinete e com interface na Gerência de Vigilância Sanitária traz em seu relatório de atividades referência à formatação do Instrumento de

Diagnóstico em Controle de Infecção nas UBS para adaptação no “palm top” da Vigilância Sanitária (SMSA-BH, 2008a).

Por sua vez, o Relatório de Gestão 2008, ao analisar a produção da Vigilância em Saúde constata um aumento das ações de vigilância sanitária, “especialmente nas vistorias realizadas”, que passaram de 41.703 em 2007 para 60.594 em 2008 (SMSA-BH, 2009a, p.62).

Tabela 3: Ações da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte.

PROCEDIMENTOS	2006	2007	2008
Vistorias realizadas	58.310	41.703	60.594
Denúncias/reclamações atendidas	13.472	11.263	19.281
Apreensões (KG)	99.921	157.177	34.541
Amostras coletadas	1.819	4.740	5.668
Documentos lavrados	12.223	13.581	12.920

Extraído de: SMSA-BH, 2009a

O mesmo relatório apresenta as atividades relevantes realizadas em 2008 pela Gerência de Vigilância em Saúde, dentre as quais destacamos (SMSA-BH, 2009a):

- Interseção entre equipes da Saúde do Trabalhador e fiscais da Vigilância Sanitária na avaliação das condições de segurança dos equipamentos utilizados em padarias.
- Atividades realizadas pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência. Destacamos: i) realização de videoconferência sobre Infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR e reformulação de cartaz sobre o mesmo



tema em parceria com a Vigilância Sanitária e com a Gerência de Assistência; ii) adiamento da aplicação do Instrumento de Diagnóstico em Controle de Infecção nas UBS em função do processo de informatização da vigilância sanitária com adaptação à utilização do “palm top” no nível Central/SMSA.

O relatório aponta como avanço da Gerência de Vigilância em Saúde a integração entre zoonoses, vigilância sanitária e assistência no controle das zoonoses, captaneado pela dengue.

O Relatório de Gestão 2008 (SMSA-BH, 2009a), apresenta como uma das resoluções do CMSBH a RE 222 de 21/02/2008 que aprova o Plano Local de Vigilância Sanitária para 2008.

Dessa forma constata-se um movimento da GVSI, através da intrasetorialidade, no caminho da conformação de ações de “Vigilância em Saúde”. A articulação das vigilâncias epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, zoonoses e Comissão de Controle de Infecção se dá com claro objetivo de atendimento das necessidades em saúde da população de um dado território, o município de Belo Horizonte.

No entanto, observa-se também, que a vigilância sanitária não é protagonista dessas ações. A vigilância sanitária ainda se destaca por sua atividade de execução fiscal, principalmente pelas vistorias realizadas.

E mesmo quando a vigilância sanitária é detentora de um projeto inovador como o Sistema de Informação das Ações de Vigilância Sanitária - SISVISA, servindo inclusive de referência para o nível federal, essa vigilância encontra dificuldades em

executar tal projeto apresentando apenas um “cumprimento parcial” de suas metas devido à morosidade na contratação de um técnico de informática.

## 1.5 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

### 1.5.1 Histórico

Sob forte influência de valores como a democratização do poder e justiça social, incorporados a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte, foi promulgada em de 21 de março de 1990, tendo como relator o então vereador Patrus Ananias de Souza.

Essa lei trazia como inovação a possibilidade da criação de instâncias de participação junto aos órgãos da Administração Pública Municipal (BELO HORIZONTE, 1990).

LUCAS e CAMPOMIZZI (1998, p. 56) observam que a partir de então foi organizada a 1ª Plenária de Entidades Ligadas à Saúde.

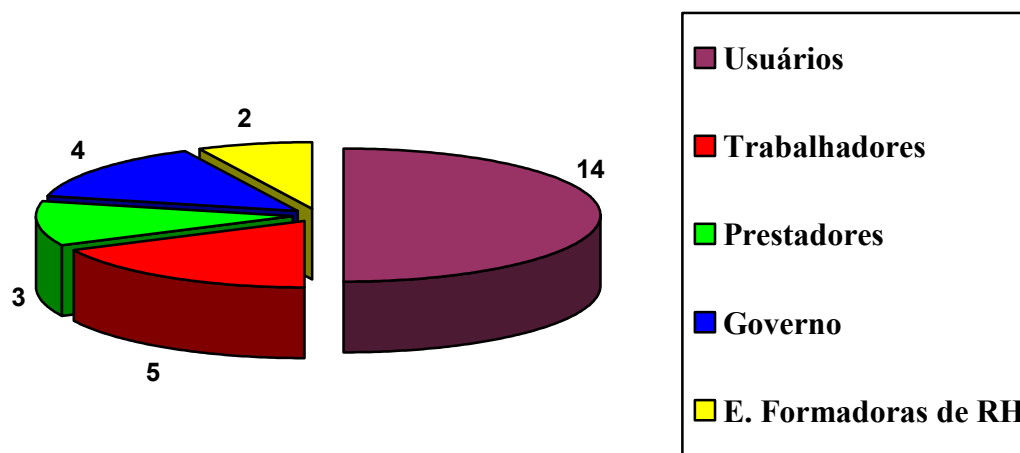
Nesta plenária surgiu a proposta da criação de um Conselho de Saúde no município, sendo que a Constituição Federal estabelecia a participação popular na gestão da saúde, mas ainda não havia sido editada a Lei nº 8.142. Neste momento, não se tinha clareza de como organizar este conselho, que atribuições caberiam a estas instâncias, qual o seu caráter e qual sua composição, dentre outros aspectos. A plenária de entidades ligadas à saúde decidiu realizar uma Conferência Municipal de Saúde, na época, considerada a forma mais adequada e democrática para se discutir a formação do Conselho de Saúde. Na plenária, elegeu-se a comissão encarregada da coordenação e organização da II Conferência Municipal de Saúde, composta por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, da Câmara Municipal de Belo Horizonte, dos conselhos regionais da área de saúde, dos sindicatos da área da saúde, das universidades, de entidades da sociedade civil e das associações de moradores.

Assim, em novembro de 1990, foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde, com objetivos de discutir as políticas de saúde para o município e constituir um Conselho de Saúde, incluindo a elaboração e aprovação de seu estatuto (CMSBH, 1999).

Tal estatuto foi aprovado propondo a organização, atuação e funcionamento do conselho municipal de saúde, sendo remetido então, à Câmara Municipal de Belo Horizonte onde foi transformado em projeto de lei, conforme determinava a Lei Orgânica do Município (CMSBH, 1999).

Desse modo, a Lei Municipal 5903 de junho de 1991, regulamentou a criação do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências de Saúde, dos Conselhos Distritais de Saúde e das Comissões Locais de Saúde.

Figura 2- Composição do CMSBH de acordo com a Lei 5903/91.



Essa lei estabelecia um conselho com composição paritária, composto por vinte e oito membros, com mandato de dois anos, com representantes indicados pelo governo, prestadores de serviços da saúde, trabalhadores da saúde, entidades formadoras de recursos humanos e pelos usuários do sistema único municipal. Determinava também,

que o Presidente do conselho fosse o Secretário Municipal de Saúde, tendo este além do voto comum, o direito ao voto de qualidade, assim como a prerrogativa de deliberar “ad referendum” do plenário (BELO HORIZONTE, 1991).

Na III Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, realizada em setembro de 1991, o conselho comunitário do Hospital Júlia Kubitscheck e o Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de Minas Gerais - SINDSAÚDE assinaram moção reivindicando a municipalização dos hospitais da rede estadual, o controle das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH de Belo Horizonte e o controle por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte dos contratos e convênios estabelecidos com a rede privada. Essa conferência deliberou pela importância da efetivação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (LUCAS e CAMPOMIZZI, 1998).

Nesse contexto, evidencia-se que a criação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CMSBH ao contrário da grande maioria dos conselhos de saúde, teve como motivação não a exigência legal de sua existência, vinculada à transferência de recursos financeiros da esfera federal, mas, a real possibilidade de participação e controle das ações do Estado.

Cabe ressaltar que a aquela época ainda não existiam os fundos de saúde, quer sejam na esfera municipal, estadual e federal, apesar de já estarem previstos nas leis 8080/90 e 8142/90.

Se por um lado havia precocidade, por parte do movimento de criação do CMSBH, por outro, havia resistência, imposta pela administração. De acordo com relato de LUCAS e CAMPOMIZZI (1998, pg. 59) “o fraco empenho da secretaria”, foi

constatado por documentos encontrados no CMS, datados de janeiro de 1992, onde os conselheiros eleitos cobravam do então secretário de saúde a posse nos cargos.

Ainda segundo os autores, a posse só ocorreu em abril de 1992, enquanto que a eleição da mesa diretora, bem como a aprovação do regimento interno aconteceram em julho de 1992. Por sua vez, o Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte foi criado em janeiro do mesmo ano.

O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 33/92 ao definir o conselho de saúde como órgão ou instância colegiada objetiva o fim de privilégios nas votações e, principalmente, o estímulo para que a eleição do presidente do conselho ocorresse em plenário, realizada pelos conselheiros.

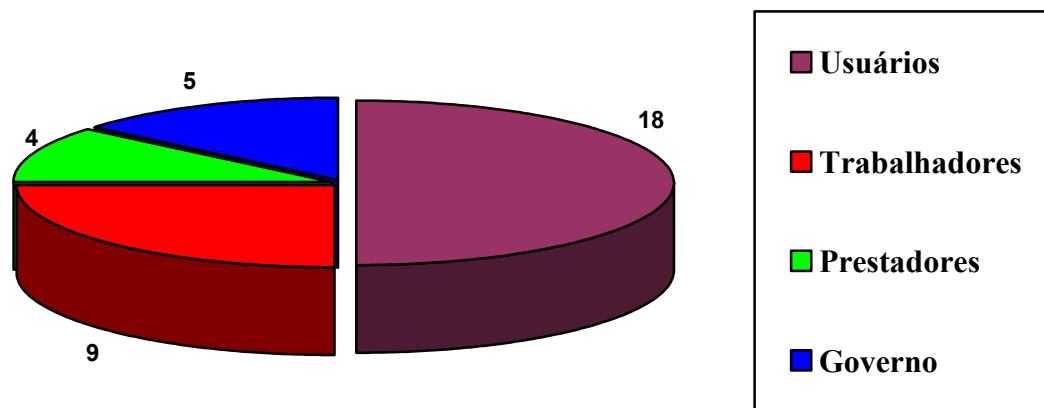
Como foi dito anteriormente, a lei 8142/90 (BRASIL, 1990) estipula que a representação dos usuários nos conselhos seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Por sua vez, a Resolução nº 33/92 (CNS, 1992) refina esse entendimento recomendando que a representação total dos conselhos seja distribuída entre 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores serviços. Dessa forma, a composição do CMSBH a aquela época não atendia a exigência da paridade.

Nesse sentido, a Lei Municipal 7536 de 1998 (BELO HORIZONTE, 1998), vem para alterar a lei 5903/91 que criou o conselho de saúde. Essa nova lei enfatiza o conselho como órgão colegiado e acrescenta novas competências, dentre as quais destacamos: aprovação, controle e avaliação do Plano Municipal de Saúde; aprovação, avaliação e fiscalização da gestão do Fundo Municipal de Saúde e o estabelecimento de canais permanentes de interlocução com a sociedade.

O número de conselheiros é alterado para trinta e seis membros efetivos e igual número de conselheiros suplentes, com mandato de dois anos, permitida uma única recondução. Os representantes das entidades prestadoras, dos profissionais e dos usuários passam a ser indicados por plenárias dos respectivos segmentos, convocadas pelo CMS (BELO HORIZONTE, 1998).

Positivada como nova competência, o estabelecimento de canais permanentes de interlocução com a sociedade não chega a ser novidade. Existe nos arquivos do CMS o projeto intitulado “Jornal dos Conselhos de Saúde de Belo Horizonte” de fevereiro de 1994, quando foi apresentado ao plenário, tendo entre as justificativas para sua criação o fato dos “conselhos municipais de saúde serem uma novidade dentro do panorama da democracia brasileira, e por isso, esses conselhos seriam frágeis diante do poder institucional, cuja tradição é de se furtar ao olhar público ou a qualquer forma de controle social”.

Figura 3- Composição do CMS de acordo com a Lei 7536/98.



Um exemplar do “Jornal dos Conselhos de Saúde de Belo Horizonte”, encontrado nos arquivos do CMS, datado de maio de 1998, traz uma reportagem de autoria do então conselheiro Eduardo Leal representante do segmento trabalhador.

Versando exatamente sob a feitura da nova lei, a lei 7536/98 o artigo intitulado “Lei amplia democracia no conselho” relata:

Depois de quatro anos de permanentes esforços e insistentes cobranças dos conselheiros, o Executivo propôs ao Legislativo o projeto com as mudanças e a Câmara Municipal o aprovou. Assim, tornam-se lei as deliberações das conferências que partindo da experiência prática dos primeiros anos de funcionamento do Conselho, o modificaram para atualizá-lo, tornando-o mais representativo, eficiente e eficaz [...]. Dessas modificações, as principais se referem à composição do conselho. Ampliada para trinta e seis componentes, a constituição da instância passa a contar com conselheiros usuários por região da cidade e incorporar representantes do movimento de mulheres e de entidades dos aposentados. [...] no caso da composição do Conselho, o mais significativo a ressaltar é a correção do número de conselheiros por segmento de modo a garantir a efetiva paridade entre uma metade de representantes de usuários e uma outra metade integrada por conselheiros trabalhadores e prestadores na razão de 25% para cada um desses últimos setores.

Fica evidente que diversas iniciativas foram tomadas pelo CMSBH, desde 1994, quando da realização da IV Conferência Municipal de Saúde, para elaboração e encaminhamento de projeto à Câmara Municipal contendo mudanças relevantes para o funcionamento do conselho, visando a revisão da lei que o criou. Entretanto, a lei que traz essas alterações, a Lei Municipal 7536 foi sancionada somente em 1998.

Já em março de 1999 o plenário do CMS, no cumprimento de suas atribuições, destituiu do cargo de Presidente do Conselho o Secretário Municipal de Saúde, tendo

assumido interinamente o Secretário Geral do CMSBH, para que fosse então realizada nova eleição da Mesa Diretora, incluindo agora o cargo de Presidente.

Atualmente, em decorrência do processo de reestruturação e reorganização, o plenário do CMSBH, através da RE CMSBH nº 246 de 2008, aprovou critérios para a eleição de conselheiros, dentre os quais destacamos: ao segmento gestor fica vedado a participação no processo de escolha e candidatura da Presidência e Secretaria Geral do CMS; haverá alternância entre usuários e trabalhadores na Presidência e Secretaria Geral do CMS e o mandato será de um ano para cada segmento, acompanhando a eleição da Mesa Diretora.

#### 1.5.2 Estrutura e funcionamento

O Regimento Interno de dezembro de 2007 do Conselho Municipal de Saúde destaca que o plenário do CMS reunir-se-à mensalmente, por convocação da mesa diretora e extraordinariamente, quando convocado da forma regimental, para tratar de matérias específicas ou urgentes, com a presença da maioria de seus membros. As reuniões serão públicas e as matérias só irão à votação após, o cumprimento do trâmite regimental.

O Conselho Municipal de Saúde é constituído por: Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Câmaras Técnicas e Plenárias Setoriais.

Plenário- É o órgão de deliberação plena do Conselho Municipal de Saúde. A ele compete, principalmente, avaliar, examinar, deliberar e propor soluções às pautas e aos problemas submetidos ao CMSBH, conforme suas atribuições e competências.



As deliberações do plenário serão materializadas em resoluções que por sua vez deverão ser homologadas pelo prefeito.

Mesa Diretora- A Mesa Diretora é eleita anualmente pelo plenário através do voto direto com maioria simples. Essa Mesa é formada pelo Presidente, Secretário Geral, 1º Secretário e 2º Secretário. As seguintes atribuições são destacadas: convocar, efetivar, e coordenar todas as reuniões ordinárias e extraordinárias do órgão; encaminhar todas as providências e recomendações determinadas pelo plenário; dar amplo conhecimento público a todas as atividades e deliberações do CMSBH.

Secretaria Executiva- Órgão de assessoramento, presta apoio administrativo e operacional a todo CMSBH e em especial à Mesa Diretora a quem está subordinada.

Câmaras Técnicas- Constituídas por conselheiros titulares, suplentes e por representantes das entidades tem por finalidade otimizar e agilizar o funcionamento do conselho apreciando as questões referentes a cada tema e propondo soluções que devem ser apresentadas ao plenário. O CMSBH é constituído pelas seguintes câmaras técnicas:

- a) Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho,
- b) Câmara Técnica de Financiamento,
- c) Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização,
- d) Câmara Técnica de Comunicação, Informação e Divulgação em Saúde e
- e) Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais.

As câmaras técnicas são compostas por: coordenador, secretário e membros. Cada conselheiro deve, obrigatoriamente, participar de uma câmara técnica. As reuniões das câmaras técnicas podem contar com participantes não conselheiros, sem direito a voto, mas com direito a voz.

Plenárias Setoriais- São constituídas por conselheiros titulares e suplentes do CMSBH, conselhos distritais e locais de Belo Horizonte, com finalidade de discutir as questões pertinentes às mesmas. As plenárias setoriais podem contar com participantes não conselheiros, sem direito a voto, mas com direito a voz.

### 1.5.3 Composição Atual do Conselho Municipal de Saúde

O CMSBH é integrado por 36 membros efetivos e igual número de suplentes:

Tabela 4: Representantes do Segmento Usuário.

<p>Segmento Usuário: 18 (dezoito) representantes dos usuários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-01 (um) da Região Norte;</li> <li>-01 (um) da Região Centro-Sul;</li> <li>-01 (um) da Região Leste;</li> <li>-01 (um) da Região Oeste;</li> <li>-01 (um) da Região Noroeste;</li> <li>-01 (um) da Região Venda Nova;</li> <li>-01 (um) da Região Nordeste;</li> <li>-01 (um) da Região Pampulha;</li> <li>-01 (um) da Região Barreiro;</li> <li>-01 (um) das Associações de Portadores de Deficiências e Patologias Crônicas;</li> <li>-04 (quatro) das entidades do Movimento Sindical do Setor Produtivo e de Serviços;</li> <li>-02 (dois) das entidades gerais do Movimento Popular e Comunitário;</li> <li>-01 (um) do Movimento de Mulheres;</li> <li>-01 (um) das entidades de Aposentados.</li> </ul>
--	---

Tabela 5: Representantes do Segmento Prestadores de Serviço e Governo

<p>Segmento Prestadores de Serviço e Governo: 09 (nove) representantes de prestadores e governo.</p>	<p>-04 (quatro) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, sendo um deles o Secretário Municipal de Saúde;</p> <p>-01 (um) dos hospitais públicos;</p> <p>-01 (um) dos hospitais privados;</p> <p>-01 (um) dos hospitais filantrópicos;</p> <p>-01 (um) das entidades formadoras de recursos humanos na Saúde;</p> <p>-01 (um) da Câmara Municipal.</p>
--	---

Tabela 6: Representantes do Segmento Trabalhador.

<p>Segmento Trabalhador: 09 (nove) representantes dos trabalhadores em saúde do SUS-BH.</p>	<p>-06 (seis) das entidades sindicais gerais de trabalhadores na área da saúde;</p> <p>-03 (três) das entidades sindicais categorias.</p>
---	---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever e analisar as representações sociais dos conselheiros municipais de saúde do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte sobre a temática vigilância sanitária.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Analisar o papel atual do Conselho Municipal de Saúde dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte;

2.2.2 Conhecer o significado do termo “Controle Social” para os conselheiros de saúde;

2.2.3 Avaliar o conhecimento dos conselheiros municipais de saúde relativos ao tema vigilância sanitária;

2.2.4 Conhecer a experiência dos conselheiros municipais de saúde com a vigilância sanitária;

2.2.5 Analisar a participação dos conselheiros de saúde no processo de formulação da política pública municipal de vigilância sanitária.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também, o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2000, p. 22).

#### 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

##### Teoria das Representações Sociais

A representação social é um conceito oriundo da sociologia de Durkheim que ganha teoria na psicologia social desenvolvida por MOSCOVICI (2003), originando a Teoria das Representações Sociais -TRS.

Essa teoria rompe com a dicotomia entre individual e social, defendida por Durkheim, quando do desenvolvimento dos conceitos de representações individuais e representações coletivas.

Assim, o conceito de representações sociais foi desenvolvido por MOSCOVICI (2003) não apenas em substituição, mas por toda uma explicação lógica e condizente com a sociedade atual, relacionada às suas transformações e dinâmicas nos diversos espaços sócio-econômicos, políticos e culturais.

Para enfatizar e justificar sua escolha quanto à mudança da expressão, MOSCOVICI (2003, p. 49) se pronuncia da seguinte forma:

[...] no sentido clássico as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, religião, mitos, etc.), para nós são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar - um modo que cria tanto a realidade como o senso comum.

SPINK (1993) observa que as representações sociais, sendo definidas como formas de conhecimento prático, inserem-se mais especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Tal privilégio já pressupõe uma ruptura com as vertentes clássicas das teorias do conhecimento, uma vez que estas abordam o conhecimento como saber formalizado, sendo constituído por conjuntos de enunciados que definem normas de verificação e coerência.

Entretanto, as correntes que se dedicam aos saberes enquanto saberes, quer formalizados ou não, procuram superar a clivagem entre ciência e senso comum, tratando ambas as manifestações como construções sociais sujeitas às determinações sócio-históricas de épocas específicas (SPINK, 1993).

Para ARRUDA (2002), a Teoria das Representações Sociais - TRS operacionaliza um conceito para se trabalhar com o pensamento social, abordando sua dinâmica e sua diversidade. Parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define duas delas presentes em nossa sociedade: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo.

A diferença, no caso, não significa hierarquia nem isolamento entre elas, apenas propósitos diversos. O universo consensual seria aquele que se constitui na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna (ARRUDA, 2002).

Segundo a autora, apesar de terem propósitos diferentes, ambas são eficazes e indispensáveis à vida humana. As representações sociais constroem-se mais freqüentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente

estanques. No universo consensual aparentemente não há fronteiras, todos podem falar enquanto que no universo reificado só falam os especialistas.

Assim, o que está em pauta é o conhecimento do homem comum. É o desvelamento da teia de significados que sustenta nosso cotidiano e sem a qual nenhuma sociedade pode existir. Dessa maneira, não se trata apenas de reabilitar o senso comum enquanto forma válida de conhecimento; trata-se, sobretudo, de situá-lo como teia de significados capaz de criar efetivamente a realidade social (SPINK, 1993).

Por sua vez, JODELET (2002) apresenta sua definição clássica: as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Os processos e estados da representação social, que a caracterizam como saber social, conduzem ao estudo de fenômenos de ordem cognitiva, orientada pelas marcas sociais e pelas condições da sua gênese. Tal estudo apóia-se no conteúdo dessas representações e se dá baseado no suporte desses conteúdos: a linguagem contida em documentos, práticas, falas, imagens e outros (JODELET, 2002).

Moscovici, citado por SPINK (1993, p. 303), reconhece que ao enfatizar o poder de criação das representações sociais, acatando sua dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes, inscreve sua abordagem entre as perspectivas construtivistas.

Dessa maneira, a psicologia social aborda as representações sociais no âmbito da relação indivíduo-sociedade, com interesse pela cognição. Por um lado, ela reflete sobre como os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais, constroem seu conhecimento a

partir da sua inscrição social e cultural, dentre outros critérios e, por outro, como a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos (ARRUDA, 2002).

## 3.2 CONCEPÇÃO DA PESQUISA

### 3.2.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa aqui apresentada é um estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Como a pesquisa refere-se ao pensamento e ao conhecimento de uma comunidade sobre determinado tema, ou seja, o que pensam e acham os conselheiros de saúde de Belo Horizonte sobre o tema vigilância sanitária, a pesquisa qualitativa de representação social, se apresenta como o método de escolha.

Segundo MINAYO (2000), esse tipo de abordagem metodológica atua considerando a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores.

Desse modo, a pesquisa qualitativa está associada à pesquisa social, e ambas vêm carregadas de ênfases e interesses mais amplos do que seu campo específico, sofrendo, enquanto atividade intelectual, com as limitações e contradições dos interesses específicos da sociedade e das questões consagradas de cada época histórica (MINAYO, 2000).

TRIVIÑOS (2008, p. 121) argumenta que, com o intuito de descrever a realidade, para dela extrair os significados que dizem respeito às pessoas que pertencem a essa realidade, o investigador e os sujeitos estão “obrigados” a uma participação ativa no compartilhamento dos modos culturais. “Isto é, em outros termos, o pesquisador não



fica fora da realidade que estuda, à margem dela, dos fenômenos aos quais procura captar seus significados e compreender”.

Nesse contexto, pode-se dizer que a pesquisa qualitativa não pode ser definida de forma estática ou estanque. Ela só pode ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho. Além disso, é mais abrangente que o âmbito específico de uma disciplina, pois a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas do conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência (MINAYO, 2000).

A pesquisa de campo que compõe o presente trabalho foi realizada no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte nos meses de março a Setembro, sendo que as entrevistas foram realizadas nos meses de maio a agosto de 2009. A população do estudo foi constituída por uma amostra de 35 (trinta e cinco) conselheiros dos 36 (trinta e seis) conselheiros efetivos desse conselho.

### 3.2.2 Coleta de Dados

A principal técnica utilizada na coleta de dados foi a de entrevistas individuais, baseadas em roteiro semi-estruturado composto por 4 (quatro) perguntas abertas. Para tanto, foram elaboradas questões relacionadas aos objetivos específicos traçados para o estudo, procurando conhecer e analisar os pensamentos, opiniões e sentimentos dos conselheiros de saúde a respeito da temática vigilância sanitária.

MINAYO (2000) observa que nas entrevistas a fala dos atores traduz não só uma expressão individual, mas é também a expressão do grupo social que representa, pois compartilham de sistemas de valores, normas e símbolos.

Dessa maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2008).

Outra técnica utilizada foi a da observação participante que tem como objetivo conhecer e compreender a realidade (VÍCTORA e col., 2000). Assim, a pesquisadora participou de reuniões ordinárias e extraordinárias e de algumas reuniões das diferentes câmaras técnicas do conselho municipal de saúde, para observar os sujeitos de pesquisa no seu cotidiano de conselheiros.

A observação participante, enquanto técnica de pesquisa qualitativa, traz consigo a dualidade do pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado (VÍCTORA e col., 2000).

Entretanto, se a participação do pesquisador envolve-o na vida própria da comunidade com toda as suas “coisa essenciais e acidentais”, sua ação deve ser disciplinada, orientada por princípios e estratégias gerais (TRIVIÑOS, 2008).

Nesse sentido, durante as observações, foi utilizado um caderno de anotações nos moldes de um diário de campo que segundo VÍCTORA e col. (2000) se constitui em instrumento básico de registros para o pesquisador.

Além dessas técnicas, recorreu-se também, a pesquisa documental que foi utilizada como fonte de informação complementar. VÍCTORA e col. (2000) ressaltam

que a seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental é mais rápida, garantindo maior controle e domínio por parte do pesquisador.

Foram analisados os seguintes documentos públicos: Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte ano 2007 e 2008, Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte ano 2008 e 2009, ata das reuniões de 04/03/2009 e 18/03/2009 da Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização relativas à apresentação do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária 2009, as Resoluções CMSBH RE nº 222 e RE nº 246 de 2008, RE nº 251 e RE nº 255 de 2009 e o Livro de Registro de Presenças das Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

### 3.2.3 Análise de Dados

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados pela Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC - com o apoio do Programa Qualiquantsoft. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma estratégia metodológica que a partir de uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conformam um dado imaginário (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, 2004).

Esse imaginário, na técnica do DSC, adquire a forma de um painel de discursos. Para tanto, são utilizadas as seguintes figuras metodológicas: expressões-chave, ideias centrais e o Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito.

As expressões-chave são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo. Por sua vez, as ideias centrais são formulações sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente no material e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que tem sentido semelhante ou complementar (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

De acordo com os autores, o Discurso do Sujeito Coletivo é a reunião das expressões chave presente nos depoimentos, que tem ideias centrais de sentido semelhante ou complementar. Essas expressões-chave de sentido semelhante formam depoimentos coletivos redigidos na primeira pessoa (coletiva) do singular, com a finalidade precípua de marcar, expressivamente, a presença do pensamento coletivo na pessoa de um Sujeito e Discurso Coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Dessa maneira trabalha-se com um pressuposto sócio-antropológico de base, uma vez que se entende que o pensamento de uma coletividade sobre um determinado tema pode ser visto como um conjunto de discursos, ou formações discursivas, ou representações sociais existentes na sociedade e na cultura sobre esse tema, no qual, segundo a ciência social, os sujeitos recorrem para se comunicar, interagir e pensar (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

## 4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

### 4.1 O CONTEXTO MACRO - O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os resultados aqui apresentados são relativos à utilização das técnicas de observação participante, pesquisa documental e diário de campo, conforme especificado do item 3.2.2 deste trabalho, seguidas pelas discussões.

#### 4.1.1 O Plenário do CMSBH

As reuniões do CMSBH, ordinárias e extraordinárias, acontecem no auditório da Secretaria Municipal de Saúde e são agendadas para às 14:00 hs. Na realidade, essas reuniões têm previsão de início para às 14:30 horas, pois esse intervalo é reservado aos conselheiros para que se manifestem através dos informes gerais, e para que, enquanto isso, se constate o *quorum* de maioria simples, necessário à abertura dos trabalhos.

Entretanto, o que se observa é o não comparecimento dos conselheiros no horário agendado, não permitindo o início da sessão por falta de *quorum*, o que acaba por prolongar em demasia os informes gerais com discursos maçantes e de interesse restrito.

Quando da verificação do *quorum*, muitas vezes depois das 15:30 horas, se procede à abertura da sessão com os informes da Mesa Diretora. Mesmo com o plenário esvaziado pela ausência de vários conselheiros, as conversas paralelas atrapalham o desenrolar dos trabalhos exigindo paciência de quem conduz a sessão e daqueles espectadores realmente interessados em participar da plenária.

Esses problemas são percebidos pelos próprios conselheiros que chegam a pedir a palavra para questionar sobre o real interesse em participar.

“Falta interesse em participar. Ficam atravancando o funcionamento... existem mais de 800 pessoas capacitadas para o controle social”, sobre o quorum somente às 15:30 horas. Questiona sobre as faltas dos conselheiros e pede que a Mesa Diretora tome alguma providência (Diário de campo, reunião extraordinária, 09/07/2009). “Os conselheiros não estão disponíveis e nem dispostos [...] as coisas deixam a desejar” (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009).

A pauta das reuniões é na maioria das vezes apresentada com uma exposição técnica e, depois, mediante inscrições, a discussão é aberta ao plenário. Invariavelmente as discussões se tornam mais acaloradas, pois os conselheiros têm dificuldades em aceitar a opinião do outro, as diferentes interpretações e posicionamentos possíveis para as questões em pauta. Dessa forma, inviabilizam-se as pactuações resultantes de acordos baseados na prática dialógica.

Como as discussões são sempre tensas e polêmicas, os debates acabam por se transformar em embates. Segundo TATAGIBA (2002), as organizações da sociedade civil e os segmentos Estatais presentes nesse espaço público possuem interesses e valores não apenas distintos, mas às vezes, antagônicos. Dessa maneira, o CMS é um espaço em permanente conflito.

As tensões entre os segmentos acabam por transformar o plenário em um verdadeiro campo de batalhas. Conselheiros falando alto e ao mesmo tempo expõem um latente conflito entre o segmento usuário e o segmento trabalhador. Ou então, uma composição entre esses segmentos contra o segmento gestor.

“Essas discussões não levam a nada” (Diário de campo, reunião extraordinária, 09/07/2009). “O conselho é ineficaz. As coisas não funcionam. É tudo bláblá” (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009). “Questiono para

encontrar respostas... entendo o lado do usuário que precisa ser atendido com respeito. Entendo, também, o trabalhador que tem seus direitos desrespeitados com salários aviltantes. Os conselheiros precisam se unir por bem da saúde. Não penso que a participação seja bláblá [...] Precisamos somar esforços para fazer o melhor”. (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009). “Proponho um movimento de repúdio a essa gestão... virando a costa pra eles (trabalhadores) tá virando as costas para nós usuários” (Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009).

A ausência do Secretário de Saúde e dos outros membros do segmento gestor é motivo de indignação para os segmentos usuário e trabalhador. Na grande maioria das reuniões do CMSBH, ordinárias e extraordinárias, o segmento gestor esteve representado somente pelo seu representante na Mesa Diretora.

Especula-se que a ausência do gestor estaria relacionada a problemas pessoais com componentes da Mesa Diretora. Os segmentos usuário e trabalhador discutiram a possibilidade de se trancar a pauta das reuniões, como recurso legítimo e forma de pressão para o comparecimento do segmento gestor as plenárias. Os conselheiros denunciam:

“A atual gestão não tá nem aí pro controle social” (Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009). “O gestor está nadando de braçada, pois negocia individualmente com cada membro da Mesa Diretora” (Diário de campo, plenária de usuários, 16/06/2009). “A ausência do governo é um desrespeito ao conselho” (Diário de campo, reunião ordinária, 25/06/2009). “O conselho está enfraquecido politicamente” (Diário de campo, reunião extraordinária de 30/07/2009).

Verifica-se também a ausência dos prestadores, públicos e privados, nesse fórum. Os representantes do segmento prestador parecem não terem necessidade de ocupar seus assentos para garantir que seus interesses sejam contemplados na elaboração da política pública de saúde do município.

JOVCHELOVITCH (2009) observa que no campo político, nossa tradição sempre separou de forma muito aguda o espaço das decisões e o espaço da participação do cidadão. O Estado brasileiro é historicamente autoritário, tanto pelo lado do populismo, quanto pelo do autoritarismo militar.

Os conselheiros de saúde possuem uma percepção própria da sua prática cotidiana no exercício do controle social, que ao contrário do que afirma COHN (2003), conseguem diferenciar bem comum de interesse comum.

“Não foi feito controle social. Foi feito controle pessoal” (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009). “Será que todos que estão aqui estão desinteressados” (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009). “Conheço as dificuldades... mas, deparo com os interesses pessoais... estou decepcionado” (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009). “A vaidade pessoal e o interesse pessoal sobrepõem aos interesses dos usuários da ponta” (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009).

Entretanto, a percepção dos conselheiros sobre sua própria atuação, ao privilegiarem o “controle pessoal” frente ao compromisso com o exercício da cidadania, através do controle social, ainda não induz a uma mudança de postura. Prevalece a dimensão particularista citada por COHN (2003), e o que é pior, sem necessariamente estarem vinculadas ao processo de formulação das políticas de saúde.

“Qual é o critério de escolha para as viagens? A participação precisa de regras. O conselheiro tem que ter postura ética!” (Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009). “Os conselheiros estão interessados só em viajar”. “As viagens são necessárias. O conselho participou de votações importantes, como por exemplo, a de fundações estatais”. (Diário de campo, plenária dos usuários, 16/06/2009).

Interessante observar como as novas instituições do Estado brasileiro, como o Conselho de Saúde, acabam se corrompendo frente às benesses desse mesmo Estado. As viagens dos conselheiros cuja finalidade precípua deveria ser o aprendizado através do acúmulo de experiências como a participação em congressos, Fórum Social Mundial,



votações em Brasília, marcha pelo SUS, acabam se desvirtuando frente aos interesses do “controle pessoal”.

Assim, constata-se que a desigualdade social e econômica acabam por fortalecer uma maior aproximação entre esse “controle pessoal” e a gestão do Estado (COHN, 2003). MOREIRA e col. (2006) observam também, que os conselhos de saúde revelam-se como produto da cultura política brasileira, reproduzindo a defesa de interesses corporativos e clientelistas.

JOVCHELOVITCH (2009) explica, que essa simetria entre o comportamento da população e dos políticos se fundamenta na interpretação do espaço público como um espaço de ninguém. A própria política, enquanto arena pública, se torna um espaço para o exercício do interesse privado. E como a esfera pública é desvalorizada, o ato de corromper se torna mais fácil.

Nesse contexto, observa-se um Conselho Municipal de Saúde esvaziado e fragilizado, ao mesmo tempo em que os segmentos ali presentes, usuário e trabalhador, se enfrentam em um permanente conflito.

#### 4.1.2 Os segmentos do CMSBH

O conflito entre usuários e trabalhadores pode ser entendido de duas maneiras. Por um lado, são eles os atores que realmente estão presentes no CMS e acabam se desgastando devido aos freqüentes embates, seja em plenário ou nas câmaras técnicas. Por outro, refletem a tensão vivenciada por esses dois segmentos na ponta do SUS-BH, no cotidiano vivido nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Unidades de Pronto Atendimento, onde a demanda por serviços de saúde por parte dos usuários é sempre

maior do que a possibilidade da prestação de serviços de assistência à saúde, ofertados por esses trabalhadores.

Dessa maneira, a criação das representações sociais acata sua dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes (Moscovici citado por SPINK, 1993) Por um lado, os indivíduos, os usuários, os trabalhadores da saúde, ou seja, os sujeitos sociais constroem seu conhecimento a partir da sua inscrição social, e, por outro, a sociedade, no caso, representada pelo SUS, se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos (ARRUDA, 2002).

O segmento usuário é sem dúvida o segmento mais frágil. Padecem da falta de uma liderança capaz de articular os interesses daqueles que representam a população dos distritos sanitários com os interesses específicos dos representantes das várias entidades. Assim, as discussões acontecem de maneira individualizada provocando desentendimentos entre os pares levando à fragmentação do segmento. Contam apenas com a boa vontade e disponibilidade em participar.

Na eleição da nova Mesa Diretora, cujo presidente será um membro do segmento usuário, fica mais uma vez evidente a fragmentação desse segmento. Concorreram à presidência da mesa seis candidatos usuários, ou seja, um terço do segmento possuía candidatura própria.

“A disputa pra ir pra mesa diretora tem mais candidato do que vaga. A desunião dos usuários respinga nos distritos. O representante do usuário tem que representar os pobres, lutar pelo SUS” (Diário de campo, plenária dos usuários, 16/06/2009).

Ao representarem os pobres, os conselheiros usuários tem a possibilidade de permitir que setores tradicionalmente excluídos participem da elaboração das políticas de

saúde, construindo o que COHN (2003) denomina de política dos cidadãos. Por outro lado, essa representação dos pobres seria entendida também pela ideia, ainda prevalente, de que o SUS é para os pobres. Dessa maneira, ignora-se o direito à saúde através do seu principal fundamento, a saúde como direito social.

Falta ao conselheiro usuário, especialmente aqueles que representam os distritos sanitários, ou seja, que representam o “povo”, a tão falada capacitação técnica e política. Na verdade, não se trata apenas de uma capacitação. Percebe-se a ausência de uma boa educação que possibilitasse a formação cultural e política. Assim, é fácil constatar a reprodução das diferenças sociais no interior do Conselho Municipal de Saúde.

“Todas as mazelas existentes é porque não tem distribuição de renda”  
(Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009).

LABRA (2005), já alertava para a necessidade de se ampliar a democracia em direção ao direito a ter direitos. Nesse contexto, NOGUEIRA (2004) afirma que os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica. É preciso deslocar-se de uma perspectiva formalista e alcançar a realização cotidiana. Trata-se de um processo ainda inconcluso, de uma luta cotidiana para a reafirmação dos direitos sociais, não somente o direito à saúde, mas também o direito a educação.

O segmento usuário foi advertido pela Promotora da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, que afirmou em plenário não ter dúvida em responsabilizá-los pelo efetivo funcionamento do CMSBH, uma vez que possuem a maioria dos assentos nessa arena (Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009).

Os conselheiros usuários também compartilham dessa ideia:

“O conselheiro usuário é co-responsável”. (Diário de campo, plenária dos usuários, 16/06/2009).

Entretanto, essa discriminação positiva representada pela maioria numérica do segmento usuário tem se mostrado insuficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório (TATAGIBA, 2002). Nesse sentido, CÔRTEZ (2009) ressalta também que as relações de poder no interior desses fóruns são marcadamente assimétricas.

O segmento trabalhador possui representantes em sintonia com suas entidades, embora isso não represente impedimento, para que esses representantes também defendam seus interesses pessoais nessa arena. As entidades ali representadas se articulam de maneira integrada, demonstrando sintonia para alcançar seus objetivos.

Dessa maneira, para a eleição da nova Mesa Diretora, o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte - SINDIBEL substituiu seu representante, utilizando-se de mecanismo regimental, para que logo que este assumisse o assento no CMS fosse indicado, pela plenária específica das entidades de sindicatos gerais e de categorias, como seu representante na Mesa Diretora do CMSBH.

Os conselheiros trabalhadores são articulados e possuem algum conhecimento técnico, mas é seu conhecimento prático construído dentro desta realidade cotidiana (JODELET, 2002) de profissionais do SUS que os diferencia do segmento gestor e do segmento usuário. Conhecem como ninguém as dificuldades, os entraves, os nós do SUS-BH. E, dessa maneira vão se destacando dos demais.

O segmento prestador é notadamente o mais ausente, no plenário e nas câmaras técnicas. O desprezo desse segmento pelo CMS é tão grande que renunciaram ao direito de compor a Mesa Diretora do CMSBH. Entretanto, a verificação da presença de alguns

dos seus representantes coincide com a apresentação e discussão de pautas relacionadas aos interesses específicos do segmento.

Sem dúvida, ao participarem desse fórum de discussões o segmento prestador é motivado “pelos imperativos da produtividade e do lucro”, sentido principal que norteiam sua atuação na formulação das políticas de saúde (CÔRTEZ, 2009, p. 107).

Assim foi na reunião ordinária com a pauta “Projeto de Cirurgias Eletivas” que deliberou pelo aumento da remuneração de médicos e hospitais, nos hospitais públicos e filantrópicos, componentes da rede SUS-BH, como forma de resolver o problema da “fila nas Cirurgias Eletivas” no SUS-BH.

Estiveram presentes, também, na apresentação realizada pela gestão, no plenário do CMS, do “Projeto Hospital Metropolitano” que a PBH pretende construir até 2012, com a possibilidade de ter sua gestão terceirizada. E, até mesmo, no curso de Capacitação “Vigilância Sanitária e o Conselho Municipal de Saúde” oferecido pela Vigilância Sanitária da SMSA no final de 2008.

Mas, o que se constata é que o Conselho Municipal de Saúde não é o fórum privilegiado para as discussões relativas aos temas de interesse desse segmento. Dessa forma, a nova Unidade de Pronto Atendimento, UPA Centro-Sul, é administrada pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa - FUNDEP, ligada à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O acordo que firma essa parceria não foi deliberado pelo plenário do CMSBH.

Nesse sentido, a publicidade que caracteriza os processos deliberativos no interior dos Conselhos Municipais de Saúde, e os distingue da troca de favores, das práticas clientelistas (TATAGIBA, 2002) não acontece.

O segmento gestor, aproveitando o momento de renovação, com a eleição da nova Mesa Diretora, utiliza-se também do mecanismo regimental que possibilita a troca a qualquer tempo de seus representantes, e o faz com a finalidade de melhorar a sua participação no CMSBH.

Assim, o Gestor, ao indicar um novo representante assegura-lhe também dedicação ao CMS e o coloca como seu representante na Mesa Diretora. Dessa forma, o Gestor pretende garantir a presença e uma participação mais efetiva de pelo menos dois de seus representantes: o representante na Mesa Diretora e o Chefe de Gabinete.

Esse segmento era inicialmente representado pelo Gestor, pela Secretária Adjunta, pelo Chefe de Gabinete (como representante do gestor na Mesa Diretora) e por gerentes de primeiro nível da Secretaria Municipal de Saúde. É claro que essas autoridades de saúde possuem agendas de trabalho extremamente pesadas, o que de fato acaba por dificultar a efetiva participação no CMSBH.

Cabe ressaltar que a atual gestão da SMSA a assumiu em janeiro de 2009, e dessa forma procura se situar, se inteirar de todos os detalhes do SUS-BH ao mesmo tempo em que executa a sua gestão. Além disso, existe a responsabilidade em suceder a uma gestão vitoriosa, que comandou a SMSA por seis anos consecutivos, com o mesmo secretário e, praticamente, a mesma equipe gerencial.

A SMSA conta com recursos humanos, gerentes e técnicos, da mais alta qualidade. Nesse sentido, COHN (2003) aponta como uma das causas da baixa densidade do exercício democrático a própria herança do processo da reforma sanitária, pois segundo a autora, os grupos que a lideravam voltaram-se mais para o Estado do que para a sociedade.

Todavia, percebe-se uma certa dificuldade por parte da gestão em partilhar o poder de decisão, chegando inclusive, a subestimar a prerrogativa da deliberação.

“Vamos deixar bem claro... a deliberação do conselho ela é uma indicação de execução de alguma ação, necessariamente, ela não tem o poder de lei para fazer obrigatoriedade” (Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009).

Nesse sentido, TATAGIBA (2002) observa que os governos têm resistido às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas.

#### 4.1.3 As Câmaras Técnicas do CMSBH

As Câmaras Técnicas se constituem em importante espaço de discussão e aprendizado para os conselheiros. É nesse espaço que as pautas a serem apresentadas em plenário são pré-discutidas e como o número de participantes é menor as discussões são mais proveitosas.

Compete a cada câmara técnica a responsabilidade de elaborar e apresentar em plenário parecer técnico capaz de subsidiar as posições assumidas pelo CMS. Entretanto, cabe ressaltar que esse espaço também vem sofrendo um processo de esvaziamento.

“Vamos efetivar o controle social através das câmaras técnicas” (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009).

Interessante observar como a figura do coordenador de Câmara técnica influencia no seu bom funcionamento. A Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho se destaca das demais por seu afinado funcionamento.

#### 4.1.4 O Papel Atual do CMSBH

Para a análise do papel atual do CMS dentro da SMSA propomos a observação de quatro pautas apresentadas pelo segmento gestor, o que por si só já seria negativo, pois comprovaria o controle do Estado sobre a agenda temática do conselho (TATAGIBA, 2002). No CMSBH a elaboração das pautas de discussões é de responsabilidade da Mesa Diretora, mas constantemente o segmento gestor solicita a mesa o pronto atendimento a assuntos “relevantes e urgentes”.

##### i) Pauta: Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária

A Gerente de Vigilância Sanitária compareceu à reunião da Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização realizada em 04/03/09 para apresentar o citado plano. A ata da reunião registra:

“O Plano da Vigilância Sanitária terá que ser aprovado pelo conselho já que o financiamento já está garantido. [...] fiscalizar maternidades é Pacto pela Vida. Define-se prioridade a partir da detecção do problema. A vigilância precisa de recursos humanos, pois as demandas aumentaram de dez anos pra cá. Todas as drogarias necessitam de gerenciamento, sobretudo, nos controlados. A vigilância sanitária está trabalhando no problema da Micobactéria de Crescimento Rápido e precisa intervir nos estabelecimentos que apresentem o problema. São metas para 2009: o monitoramento da água, dos alimentos, das creches, a água das UPAs e das piscinas. Há monitoramento da água nas hemodiálises e resíduos químicos em geral. Existem em torno de 5 mil consultórios médicos, só conseguem monitorar 5%, posto de coleta 30%”.

Nova reunião é convocada pela Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização em 11/03/09 com a presença da Gerente de Vigilância Sanitária. A ata da reunião registra:

“A gerente informa que houve conversa com o Chefe de Gabinete que desconhecia o Plano de Ação, mas já foi repassado e acertado com o mesmo. A gerente enfoca que o Plano de Ação é elaborado e efetivado dentro da realidade do município. A arrecadação é aproximadamente dez milhões e o gasto ultrapassa treze milhões. A diferença vem do tesouro municipal e é gasta com o



salário do pessoal. As referências do plano são o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (através dos eixos) e o Pacto pela Vida. O sistema informatizado vem sendo implantado nas regionais e o sistema de RH está sem mudanças precisando se atualizar. A vigilância atende ao Ministério Público, ao Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC) e as demandas da própria vigilância, estando sobrecarregada e com deficiente número de RH. Nova exposição do Plano de Ação é realizada. Há o questionamento sobre a origem dos recursos se é da assistência à saúde ou da vigilância sanitária. A gerente informa que a fonte dos recursos da vigilância sanitária vem da ANVISA e cai no fundo de saúde e a SMSA é quem faz o gerenciamento dos recursos. Outra questão é se a vigilância sanitária é uma agência e se é feita uma prestação de contas corretamente. A gerente responde que não existe uma hierarquia. É perguntado porque é programa e não, práticas permanentes. A gerente responde que o programa é monitorado e através desse monitoramento vê se está tudo bem e dando certo, se está resolvido é retirado do programa. Outro conselheiro faz elogios à vigilância sanitária, mas se preocupa com a questão de se trabalhar com as amostragens, e não com ação efetiva e que alguns pensadores acadêmicos sugerem o afastamento da saúde da vigilância sanitária. O conselheiro sugere que a apresentação seja feita também na Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho. Uma conselheira diz que existem dois desafios: um maior investimento em RH e um controle total nos Laboratórios das UBS. A gerente explica que a questão do RH independe da vigilância sanitária e que a fiscalização aos Laboratórios das UBS está programada para 2009 sendo que a última ação ocorreu há dois anos. Outra conselheira cobra mais fiscalização nas escolas. A gerente diz que infelizmente não é possível e que esse papel de fiscalização e controle cabe a todos nós. Uma outra conselheira acrescenta que os problemas citados sempre existiram em maior ou menor proporção como, por exemplo, a falta de RH, e a própria falta de profissionais capacitados na área da saúde e o que nós conselheiros podemos fazer se a raiz do problema é estrutural, conjuntural na formação, na educação e não se investe em educação no nosso país”.

Na reunião ordinária do CMSBH, em 02/04/09, foi realizada a apresentação do Plano Local de Vigilância Sanitária pela Gerente de Vigilância Sanitária e após a apresentação foi lido o Parecer da Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização com sugestão ao plenário de aprovação do citado plano, mas com a seguinte recomendação:

- Que seja aprovado o Código Municipal de Saúde de Belo Horizonte para a completa implantação do Plano de Ação local da Vigilância Sanitária.

Ainda de acordo com o Parecer, essa câmara técnica solicita ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a Secretária Municipal de Saúde, tendo em vista a Conferência Municipal de Saúde Ambiental e a convocação da Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, que reúnam esforços no sentido de agilizar a tramitação interna, no executivo, e a conseqüente aprovação do Código Municipal de Saúde pelo legislativo. Salaria também, que o referido Código foi amplamente discutido tendo incorporada as contribuições das regionais e dos setores organizados da sociedade.

O Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária (SMSA, 2009b), no eixo Organização e Gestão do Sistema, aponta como problemas tanto a “Desatualização do Código Sanitário”, quanto a “Deficiência da política de RH”. Propõe como solução a “Articulação junto aos gestores visando a publicação do Código de Saúde e a Discussão e implementação de política de RH”.

Importante ressaltar que a construção do Código Municipal de Saúde de Belo Horizonte, capitaneada pela Vigilância Sanitária, contou com a colaboração de todos os setores da SMSA. Dessa forma, trata-se de uma construção coletiva com a incorporação de todos os componentes do SUS-BH, e por isso, Código de Saúde e não apenas Código Sanitário. Além disso, esse código foi submetido à extensa consulta pública.

É nesse sentido, que os conselheiros solicitam um posicionamento político por parte da SMSA em relação à tramitação do Código Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Com os trabalhos concluídos ao final de 2006, esse Código chegou a ser apresentado com destaque no *stand* da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte no III

Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária realizado em Florianópolis. Mesmo assim, o processo de tramitação no executivo foi interrompido, ainda na gestão passada.

Os conselheiros demonstram também interesse e preocupação com a realização das ações de vigilância sanitária baseadas em programas, e não em práticas permanentes, ou mesmo a questão de se trabalhar com as amostragens, e não com ação efetiva. Além disso, demonstram conhecimento acadêmico ao citarem “o afastamento da vigilância sanitária da saúde”.

A aprovação do Plano de Local de Ação da Vigilância Sanitária 2009 é oficializada pela Resolução RE nº 251 de 2009.

ii) Pauta: Relatório Anual de Gestão

A Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização se reuniu nos dias 20, 25 e 26/05/09 com o objetivo de analisar o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte referente ao ano de 2008. O Relatório de Gestão foi apresentado por técnicos da Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da SMSA.

Na reunião extraordinária do CMSBH realizada em 28/05/09 foi apresentado o Parecer da Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização com sugestão ao plenário de aprovação com as seguintes recomendações:

- Que seja encaminhado relatório parcial das ações desenvolvidas durante o semestre para que os membros da CTCAM possam realizar análise prévia das ações antes da avaliação do Relatório Anual.
- Que a Gerência de Planejamento e Desenvolvimento encaminhe o Relatório Anual de Gestão com no mínimo quinze dias de antecedência, para que os conselheiros tenham tempo hábil para avaliação do mesmo.
- Que haja maior investimento na Atenção Básica no Município de Belo Horizonte com a priorização de ações preventivas para Saúde da Mulher, do Homem, da Criança e do Adolescente e ações de combate a Dengue e a Leishmaniose.

- Que a SMSA elabore ações que visem cumprir as metas prioritárias referentes ao Pacto pela Vida.

O plenário do CMSBH não acata o parecer e delibera pela não aprovação do Relatório de Gestão encaminhando-o para análise conjunta das Câmaras Técnica de Financiamento e Gestão da Força de Trabalho. Assim, a Gerente de Planejamento e Desenvolvimento da SMSA se reuniu com essas câmaras nos dias 05 e 19/06/09. O relatório foi novamente apresentado e discutido.

A Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho discute a necessidade do Relatório de Gestão ser apresentado semestralmente de modo a permitir possíveis adequações. Propõem que o relatório não seja aprovado enquanto o governo não apresentar um Plano Emergencial. Reclamam da relação do governo com o controle social, que os gestores não tem comparecido as reuniões do CMSBH. Segundo os conselheiros “a SMSA não cumpriu com as metas do Pacto pela Vida. A atenção básica está em falência, o que é demonstrado pelo relatório. O processo de trabalho está desgastado. Não existe prevenção e nem promoção. Os indicadores não podem ser revertidos sem que haja uma priorização das ações. Existe pressão no trabalho por parte da população usuária e da gestão. O Centro de Saúde é a porta de entrada. Existem muitas atividades agregadas ao Centro de Saúde. O usuário quer ser atendido por médicos. A secretaria prioriza o volume de serviço em detrimento da qualidade. A queda no número de consultas realizadas, constatada no relatório, é porque o trabalhador não anota. Não dá tempo de anotar”. Por sua vez, a Gerente de Planejamento e Desenvolvimento da SMSA argumenta que “o Relatório de Gestão não demonstra a falência da atenção básica, que dos quinze indicadores apresentados dez foram atendidos. Que a pressão faz parte do trabalho do usuário até o prefeito”. Ressalta também, que “a gestão não abre mão de ser gestão e que o controle social deve fazer seu papel, e por fim, afirma que “dentro do SUS não existe Plano Emergencial” (Diário de campo, reunião da Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho, 05 e 19/06/2009).

Na reunião ordinária do dia 25/06/09, o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte referente ao ano de 2008 não foi aprovado pelo plenário do Conselho Municipal de Saúde. Além disso, os conselheiros de saúde

decidiram encaminhar à Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público do Estado de Minas Gerais ofício relatando a situação.

Nova reunião da Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho com a Gerente de Planejamento e Desenvolvimento da SMSA no 26/06/09 para continuar a discussão sobre o Relatório Anual de Gestão 2008.

Os conselheiros de saúde argumentam que o Relatório de Gestão não cita dados (parâmetros) referentes ao Pacto pela Vida. Que “os indicadores apresentados não são satisfatórios e exemplificam: taxa de internação por AVC, taxa de mortalidade neonatal, taxa de incidência da dengue, taxa de incidência de leishmaniose visceral. Questionam sobre o que será feito para melhorar os índices? Qual rumo esta gestão vai dar?” Os conselheiros se mostram preocupados com a responsabilidade de terem ciência dos indicadores de saúde apresentados no Relatório de Gestão e aprová-lo mesmo assim. Reclamam do relacionamento com a gestão, da falta de diálogo do gestor com o CMSBH. “O CMS quer participar!” (Diário de campo, reunião da Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho, 26/06/2009).

Ao não aprovarem o Relatório Anual de Gestão 2008, os conselheiros do CMSBH exerceram o controle social sobre o Estado, fiscalizando-o e induzindo-o à ação. Cumpriram a Resolução nº 333/03, que recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público (VAN STRALEN e col., 2006) e, ao mesmo tempo, desencadeiam um verdadeiro sistema de *accountability* social (LABRA, 2009). Além disso, fica evidente também uma resposta política do Plenário do Conselho Municipal de Saúde à ausência do segmento gestor.

### iii) Pauta: Projeto Cirurgias Eletivas

A Câmara Técnica de Financiamento se reuniu em 30/06/09 com técnicos da Gerência de Regulação sendo apresentado e discutido o Projeto Cirurgias Eletivas.

“Tendo em vista o grande número de usuários aguardando a realização de cirurgias eletivas, cerca de 60.000 pessoas, sendo que dessas 41.000 dentro dos hospitais já com AIH, uma capacidade instalada da rede (própria e conveniada)

em torno de 2.400 procedimentos/mês e uma demanda mensal de 3.600 cirurgias/mês a SMSA apresenta um projeto para resolver esse problema de saúde. O projeto tem por objetivos: a) ampliar o acesso e reduzir o tempo de espera para a realização das cirurgias, tanto para os munícipes de BH quanto para usuários referenciados (responsáveis por 40% da demanda); b) ampliar a capacidade reguladora da SMSA; c) responsabilizar os prestadores sobre os pacientes agendados em cada serviço para avaliação cirúrgica (consulta W) e d) garantir oferta com qualidade. Segundo os técnicos da SMSA os médicos recebem por produção e a remuneração do SUS não compensa. Os procedimentos das especialidades otorrinolaringologia, ortopedia, ginecologia e de alta complexidade, cirurgia de quadril e joelho representam 60% da demanda. O incentivo aos profissionais e hospitais será calculado com base na produção (60%), na responsabilização (20%) e em indicadores de qualidade (20%). Entre os indicadores de qualidade estão as taxas de controle de infecções e as taxas de reinternação devido à realização das cirurgias” (Diário de campo, reunião da Câmara Técnica de Financiamento, 30/06/2009).

A Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização também se reuniu, em 01/07/09, com os técnicos e com a Gerente da Central de Regulação. Foi apresentado e discutido o Projeto Cirurgias Eletivas.

Na reunião ordinária do CMS, realizada no dia 02/07/09, foi lido em plenário o Parecer elaborado pelas Câmaras Técnica de Financiamento e de Controle, Avaliação e Municipalização sobre o Projeto Cirurgias Eletivas. As duas câmaras se manifestaram favoráveis à aprovação do projeto. O plenário pede a palavra:

“Mais uma vez o SUS tem que se curvar ao privado através do aumento da remuneração. Assim a saúde se torna um mercado. É preciso melhorar a rede própria! Para controlar o projeto tem que levar os indicadores a sério: ficha de anestesia, controle de infecção, reinternação. Aprovamos o projeto, mas relembramos a privatização do SUS. Tem que aprovar que o alto custo deva ser realizado nos hospitais públicos” (Diário de campo, reunião ordinária, 02/07/2009).

Dessa maneira, fica claro a percepção dos conselheiros do CMS sobre a mercantilização da saúde e de como o Sistema Único de Saúde, que se pauta pela saúde como direito, acaba refém do Sistema Capitalista, que se pauta pelo lucro. Embora

cientes desse mecanismo de cooptação, aprovam o projeto, pois as demandas de saúde da população precisam ser atendidas.

A aprovação da implantação do Projeto Cirurgias Eletivas da SMSA foi oficializado pela Resolução RE nº 255 de 2009.

iiii) Pauta: Projeto Hospital Metropolitano do Barreiro

A gestão solicitou a Mesa Diretora do CMS a inclusão, na reunião ordinária do dia 10/09/09, da apresentação e apreciação do Projeto Hospital Metropolitano do Barreiro. Trata-se da realização de mais uma das promessas feitas pelo atual prefeito de Belo Horizonte durante a campanha eleitoral. Essa promessa vem ao encontro da resolução de um dos maiores problemas do SUS-BH: a falta de leitos.

“O hospital metropolitano é o 1º hospital público projetado em 110 anos de história. O projeto visa atender não só as demandas de urgências, mas também, as cirurgias eletivas. Com 330 leitos, contempla 30 leitos de CTI e 40 leitos de UTI, com possibilidade de expansão futura de até 200 leitos. O funcionamento será 24 horas, todos os dias da semana, para urgências, emergências e internação. Esse projeto é considerado como um dos quatro projetos sustentadores do eixo Cidade Saudável devendo estar concluído até março de 2012” (Diário de campo, reunião ordinária, 10/09/2009).

Imediatamente após a apresentação do projeto por técnicos da SMSA alguns conselheiros solicitam a palavra alegando “questão de ordem”. Questionam à Mesa Diretora do CMS sobre o motivo desse projeto não ter sido apresentado previamente às câmaras técnicas competentes, para que pudesse ser melhor examinado e apreciado. A Mesa Diretora alega que a gestão solicitou “apenas” a inclusão da apresentação na pauta desta reunião ordinária (Diário de campo, reunião ordinária, 10/09/2009).

Assim os conselheiros presentes, por entenderem que foi desrespeitado o trâmite regimental para a apresentação de pauta, votam pela não discussão do tema pelo plenário

do CMS até que essa pauta seja encaminhada e discutida nas câmaras técnicas. Dessa forma a pauta Projeto Hospital Metropolitano do Barreiro é encerrada sem ser apreciada pelos conselheiros (Diário de campo, reunião ordinária, 10/09/2009).

Interessante observar a astúcia dos conselheiros ao serem pressionados pela gestão com a apresentação de uma pauta de extrema relevância, mas sem o necessário debate prévio. Utilizam-se do regimento interno que define as câmaras técnicas como o *locus* privilegiado não só para a discussão das questões referentes a cada tema, mas também, para a proposição de soluções que devem ser apresentadas ao plenário. Dessa maneira, abortam uma apreciação prematura de pauta tão relevante e tão cara a gestão.

A ausência de discussão no plenário não significa falta de interesse dos conselheiros pela construção de um novo hospital. Pelo contrário, a construção de um novo hospital suscita muitas dúvidas.

Os conselheiros temem que a gestão do Hospital Metropolitano seja terceirizada, e por consequência seus trabalhadores tenham vínculo empregatício pela CLT não sendo, dessa forma, admitidos por concurso público. Não veem com bons olhos o fato de se tratar de um Hospital Metropolitano, pois este seria responsável pelo atendimento da população metropolitana, ou seja, dos 39 municípios que compõem à grande Belo Horizonte. E dessa maneira, o problema da falta de leitos poderia continuar sem solução. Questionam também, qual seria a origem dos recursos, uma vez que se trata de um Hospital Metropolitano.

Infelizmente essas questões continuam sem respostas, pois a gestão ainda não encaminhou essa pauta às câmaras técnicas competentes, apesar do projeto estar em pleno desenvolvimento.



É nesse contexto, que detectamos fortes sinais de vitalidade no CMSBH. Apesar das inúmeras dificuldades aqui apontadas verifica-se que, “mesmo desafiadas por uma cultura política autoritária, as experiências de participação através dos conselhos vêm se apresentando como momentos importantes do aprendizado democrático” (TATAGIBA, 2002, p. 88).

## 4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS CONSELHEIROS

### 4.2.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Figura 4- Relação população/amostra de estudo.

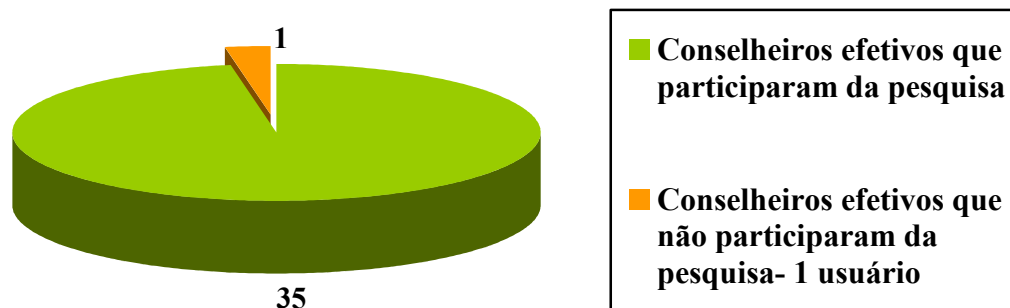


Figura 5- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo sexo.

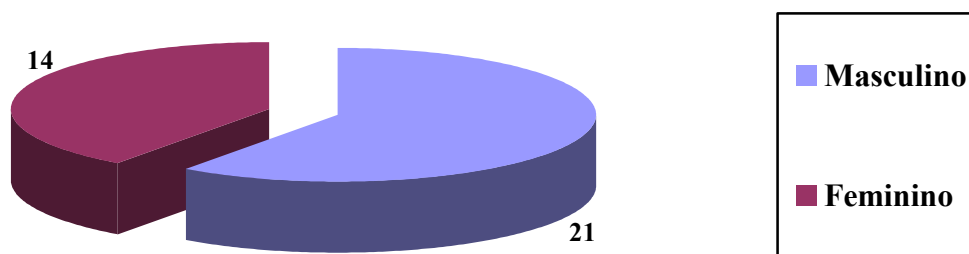


Figura 6- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo faixa etária.

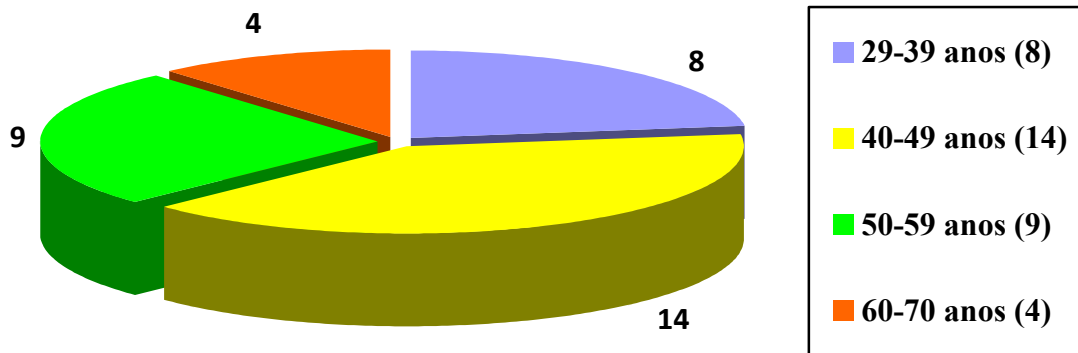
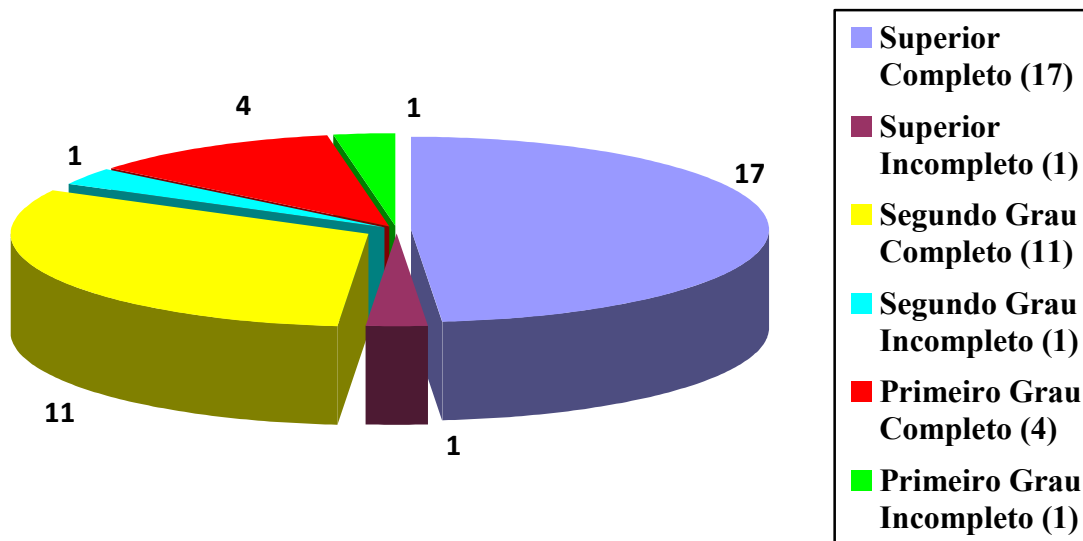


Figura 7- Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo grau de escolaridade.



Os dados obtidos com a realização das entrevistas foram analisados pela Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo com o apoio do Programa Qualiquantsoft conforme explicitado no item 3.2.3 deste trabalho. Foram identificadas as expressões-chave, as ideias centrais e, então, construídos os Discursos do Sujeito Coletivo.

Aqui se optou pela elaboração de uma ideia central síntese, que expressa todas as ideias centrais de mesmo sentido. Desse modo, iremos proceder à apresentação da

pergunta, relativa a entrevista, seguida pela tabela que contém a síntese das ideias centrais e pelos Discursos do Sujeito Coletivo a elas relacionadas. No anexo 3 estão disponíveis as expressões-chave com as respectivas ideias centrais.

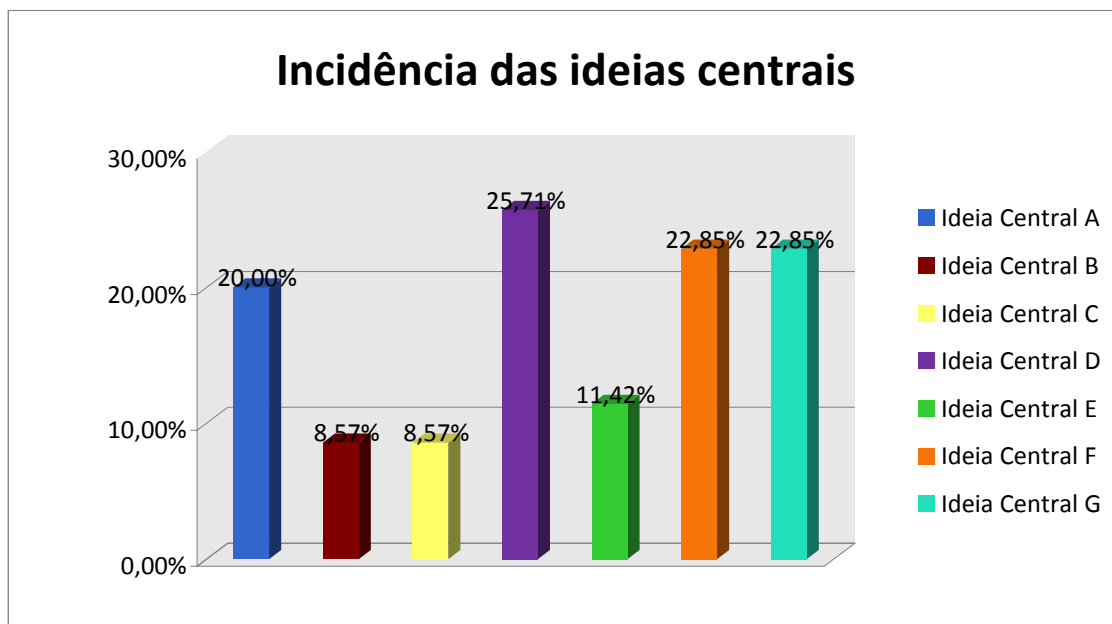
De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003, 2004), quantidade e qualidade são conceitos complementares e não mutuamente exclusivos. Assim, através da identificação das ideias centrais de sentido semelhantes é possível obter, quantitativamente, a incidência das mesmas. Dessa forma, apresentaremos também a “figura” que representa a incidência das ideias centrais relativas a cada painel de discursos.

4.2.2- Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 1 - Controle Social, o que é isso para você?

Tabela 7- Síntese de ideias centrais da Pergunta 1.

A	Participação na gestão pública
B	Não é a co-gestão
C	Solidariedade ao próximo
D	Fiscalização do gasto público
E	O controle do Estado pela sociedade
F	Participação na formulação, implementação e verificação da política pública
G	É lutar pelo direito de todos

Figura 8- Incidência das ideias centrais da Pergunta 1.



### A- Participação na gestão pública

#### **DSC**

*O controle social envolve a área da saúde. É essa liberdade de participação do usuário, da população em geral, independente se é usuária ou não do SUS. É acompanhar o trabalho do prefeito e dos vereadores. É a secretaria municipal, estadual e federal estar sentindo mais a necessidade de um povo... e um povo se organizando melhor para poder entender e discutir a questão do controle social.*

*Controle social é um dos princípios do SUS. Da necessidade da participação popular na gestão pública. Acredito que o controle social é a gestão da saúde através das pessoas que participam dos conselhos garantindo à população uma saúde com qualidade. É melhorar a qualidade de vida do povo, né!*

*Então, o controle social é a participação efetiva da população em todas as decisões tomadas, não só dentro da prefeitura, mas também, no estado e no próprio país. É uma maneira do povo estar com o poder público atuando junto na área da saúde... da educação.*

### B- Não é a co-gestão

#### **DSC**

*Controle social é um movimento criado para dar suporte às ações de saúde. No caso do conselho municipal de saúde, no meu entendimento, o controle social significa a formação do usuário, do cidadão comum para entender como se efetuam as ações de*

saúde no seu município. É ter conhecimento dos programas que são oferecidos à população.

Então, o controle social é a participação popular juntamente com as outras instâncias, no planejamento e direcionamento das ações, não na co-gestão.

### **C- Solidariedade ao próximo**

#### **DSC**

Controle social é ser solidário com qualquer ação feita visando ajudar o próximo. Na realidade, esse é o nosso papel! A gente vem com essa intenção, de fazer tudo para o bem do próximo e da nossa comunidade. Quando as pessoas necessitam de cestas básicas, a gente corre atrás no bairro. Pessoas morrem e não tem como enterrar, a gente corre atrás da prefeitura. Na vizinhança, a gente ajunta dinheiro para pagar o especial das crianças. Então, é mais a área social!

Também acho, que é uma ajuda pro pessoal que depende do SUS. Pro pessoal que procura os postos de saúde. Nosso povo tá muito doente e carente! E na hora que precisam do SUS... não têm a assistência necessária.

### **D- Fiscalização do gasto público**

#### **DSC**

Controle social é um mecanismo democrático criado, principalmente, a partir da constituição de 88, e que visa a possibilidade da participação das pessoas, da sociedade civil fiscalizando o gasto público. O que tá acontecendo com aquele dinheiro, com aquela verba? É você acompanhar o segmento daquela obra, daquele recurso destinado ao bem da comunidade, da sociedade. E é cobrar também um atendimento digno para os usuários, porque apesar de tudo, sai dos nossos bolsos através do pagamento de impostos.

Então, controle social é você tá de olho, né! Através de instâncias como os conselhos, tanto nos gastos financeiros quanto nos serviços que são prestados à população. É fiscalizar a qualidade dos mesmos se estão sendo feitos de acordo com o que foi proposto.

É o direito de saber o que acontece com as finanças do município, o que é gasto com a saúde no município. É a participação mais ativa do usuário e do trabalhador com o que acontece com o executivo. Tá realmente acompanhando toda a execução. Desde o processo do que tá sendo legislado, colocado em lei, até o que tá sendo gasto, sendo investido. Então, o papel do controle social é extremamente importante no que diz respeito ao processo de fiscalização.

Entendo também que o controle social não pode ser feito de maneira totalmente agressiva, de uma maneira abrupta. Acho que primeiro tem que ter um diálogo entre controle social e o governo, na questão da gestão, porque o entendimento é que muitas

*vezes vem dirimir dúvidas, principalmente na aprovação das contas do governo e na avaliação dos planos.*

### **E- O controle do Estado pela sociedade**

#### **DSC**

*Controle social é a efetiva participação da sociedade civil organizada com suas entidades e organizações no controle do Estado. O controle realmente pela sociedade, pela comunidade de todos os entes públicos. É a sociedade ajudando na melhor prestação de serviços para que ela possa utilizar, é essa pró-atividade, né!*

*Então, eu acho que deveria avançar mais na área de saúde! Ter um controle efetivo em todos os momentos, ser mais propositivo e não ser só pra aprovar as propostas que vêm do governo.*

### **F- Participação na formulação, implementação e verificação da política pública**

#### **DSC**

*É um novo modelo... uma vez que a gente tem hoje instituído, o executivo e o legislativo, e o controle social vem como um outro poder dentro do Estado... na formação de políticas públicas. Dessa forma, vários atores sociais articuladamente buscam exercer sua cidadania participando da formulação, fiscalização e regulação no processo das políticas públicas.*

*Assim, o controle social vem para resgatar um compromisso de ser fiscalizador de uma política pública que vá ao encontro dos anseios da população.*

*Então, é uma estratégia de construção de política pública, é uma estratégia de construção de Estado, onde se parte da concepção de que tanto o Estado, quanto a política pública são para serem construídos juntos com o cidadão.*

### **G- É lutar pelo direito de todos**

#### **DSC**

*O controle social é inicialmente um reconhecimento de uma luta histórica. É a efetivação da reforma sanitária, é o avanço inequívoco do SUS. A saúde é um dever do Estado. Então, o controle social é pra lutar por um direito de todos! A gente tem que manter o controle social pra exercer a nossa cidadania e defender os nossos direitos. Quando participo do controle social, eu tô... querendo dar de mim um pouco, para mudar o perfil do coletivo! É um trabalho voluntário.*

*Através do controle social, a gente vai saber quais são as dificuldades lá em baixo, lá na pontinha! Buscando fazer um trabalho em conjunto pra incorporar aquele que nem tá sabendo que tem direito!... nem tá sabendo como funciona!*

Os discursos apresentados pelos sujeitos coletivos dos grupamentos A, D, E e F compreendem o termo controle social a partir da ideia de participação da sociedade. Entretanto, esses sujeitos coletivos foram separados em distintos grupamentos, por apresentarem especificidades para essa ideia de participação.

Sendo assim, o discurso do sujeito coletivo do grupamento A, expressa a ideia de reconhecimento do termo controle social como um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Esse princípio, ainda de acordo com o discurso, teria sua gênese na necessidade da participação popular na gestão pública.

Com efeito, a reforma sanitária lutava pela construção de um sistema de saúde único, com universalização do acesso aos serviços e atenção integral a saúde, combinada com a democratização política do país e, mais especificamente, da área da saúde. Esse sistema deveria ser organizado de forma descentralizada, hierarquizada, com participação de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço (CÔRTEZ, 2009).

Para tanto, a Constituição Federal de 1988 foi o marco legal que possibilitou a criação de um aparato institucional que relaciona a construção de um estado democrático com amplos direitos sociais, a partir da inclusão de um conjunto de mecanismos inovadores que garantissem a participação direta e indireta dos cidadãos (LOBATO, 2009).

Segundo esse sujeito coletivo, a gestão da saúde se daria com a participação de diversos atores na tomada de decisões, dentro do espaço público denominado conselho, que sem dúvida se constitui em inovação institucional (TATAGIBA, 2002). Essa articulação entre sociedade civil e representantes do poder público possibilitaria que as

secretarias de saúde “sentissem mais a necessidade do povo e que este povo se organizasse melhor para poder entender e discutir a questão do controle social”.

Esse discurso coaduna com o pensamento de FLEURY e col. (1997) ao enfatizarem que a partir da proposta da descentralização, com a adoção de um modelo de gestão publicizante, o melhor desempenho é entendido como um incremento da sensibilidade do governo em detectar e agir conforme as demandas da sociedade.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento D, que concentra a maior incidência de ideias centrais, explicaria o termo controle social pelo seu lado mais conhecido: “a participação da sociedade civil na fiscalização do gasto público”.

Essa ideia se deve, por um lado, à busca de legitimidade por parte do Estado para suas próprias ações e gastos, fato que foi constatado no dia a dia do conselho de saúde, através do encaminhamento de demandas da gestão para análise e aprovação, como, por exemplo, o Relatório de Gestão, o Relatório Financeiro e o Acompanhamento da Execução Orçamentária, entre outros.

E, por outro lado, ao entendimento pela sociedade, de que a possibilidade de sucesso das políticas públicas está diretamente relacionado ao olhar atento sobre o destino do dinheiro público (TATAGIBA, 2002).

Esse sujeito coletivo ressalta a importância do diálogo entre controle social e governo, “principalmente na aprovação das contas do governo” porque, segundo ele, “o entendimento é que muitas vezes vem dirimir dúvidas” embora, na realidade, essa prática dialógica não aconteça.



O discurso do grupamento E expressa o entendimento do termo controle social como “a efetiva participação da sociedade civil organizada com suas entidades e organizações no controle do Estado”.

Fica claro a determinação da sociedade em exercer o controle sobre as ações do Estado, ao invés de o Estado controlar a sociedade (LABRA, 2009). E também está presente a ideia de participação social vinculada à noção de controle social do Estado (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL, 2008).

O Relatório da 9ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS citado por LABRA, 2009) define o controle social como um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania, devendo ser exercido como uma prática que busque a transformação social. Não deve se traduzir apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas.

Nesse sentido, esse discurso coletivo também percebe a necessidade de se avançar mais, de ser mais propositivo. “Ter um controle efetivo em todos os momentos e não ser só para aprovar as propostas que vêm do governo”. Ou seja, para exercer o controle sobre o Estado a sociedade precisa induzi-lo à ação (TATAGIBA, 2002).

Para o sujeito coletivo do grupamento F, controle social seria entendido como o exercício de cidadania através da participação articulada de diversos atores sociais, interferindo no processo de formulação, fiscalização e regulação das políticas públicas.

Esse sujeito coletivo, ao observar a participação através da construção das políticas públicas, a entende também como uma estratégia de construção do Estado, cuja finalidade precípua seria a construção de uma política pública que “vá ao encontro dos anseios da população”.

Essa observação afina-se com a de Carvalho, citado por DELGADO e ESCOREL (2008), para quem o papel dos conselhos não consiste em decidir quais políticas e ações serão executadas, mas se estas correspondem ao interesse público.

Entretanto, o sujeito coletivo do grupamento B expressa que o controle social, entendido como participação popular, deve-se limitar a uma participação “no planejamento e direcionamento das ações” de saúde, não sendo entendido como co-gestão.

Desse modo, esse discurso seria interpretado pela recusa do segmento gestor em partilhar o poder de decisão (TATAGIBA, 2002) sendo amparado pela legitimidade que lhes é conferida através do voto, pois foram escolhidos como representantes pela maioria da população. Assim, o controle social se constituiria em um mecanismo de legitimação do poder dominante (CORREIA, 2000).

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento C entende o controle social como ação de “solidariedade” realizada em favor do próximo. Dessa forma, o controle social é entendido como prática caritativa, ou seja, “uma ajuda pro pessoal que depende do SUS, que procura os postos de saúde”.

Nesse sentido, o SUS é entendido como ação de filantropia contrariando a premissa da saúde como direito social e de cidadania. Dessa maneira, esse controle social seria responsável pela mediação entre os pobres e o Estado.

Se por um lado, observa-se que a construção da “Constituição Cidadã” não foi capaz de reduzir as iniquidades sociais, por outro lado caberia questionar se a cidadania, bandeira de inclusão da democracia brasileira, não tem se restringido à igualdade

jurídica e formal, não tendo alcançado o caráter transformador proposto pela reforma sanitária (LOBATO, 2009).

Todavia, o sujeito coletivo do grupamento G recorre ao discurso constitucional “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, art. 196) para dar significado ao termo controle social que seria entendido como o exercício “da nossa cidadania em defesa dos nossos direitos”. E através do exercício dessa cidadania se daria a “incorporação daquele que nem está sabendo que tem direito, nem está sabendo como funciona”.

Nesse sentido Vieira, citado por COHN (2003), afirma que a cidadania, no âmbito desse esforço coletivo, não pode mais ser vista como um conjunto de direitos formais, mas como um modo de incorporação de indivíduos e grupos ao contexto social.

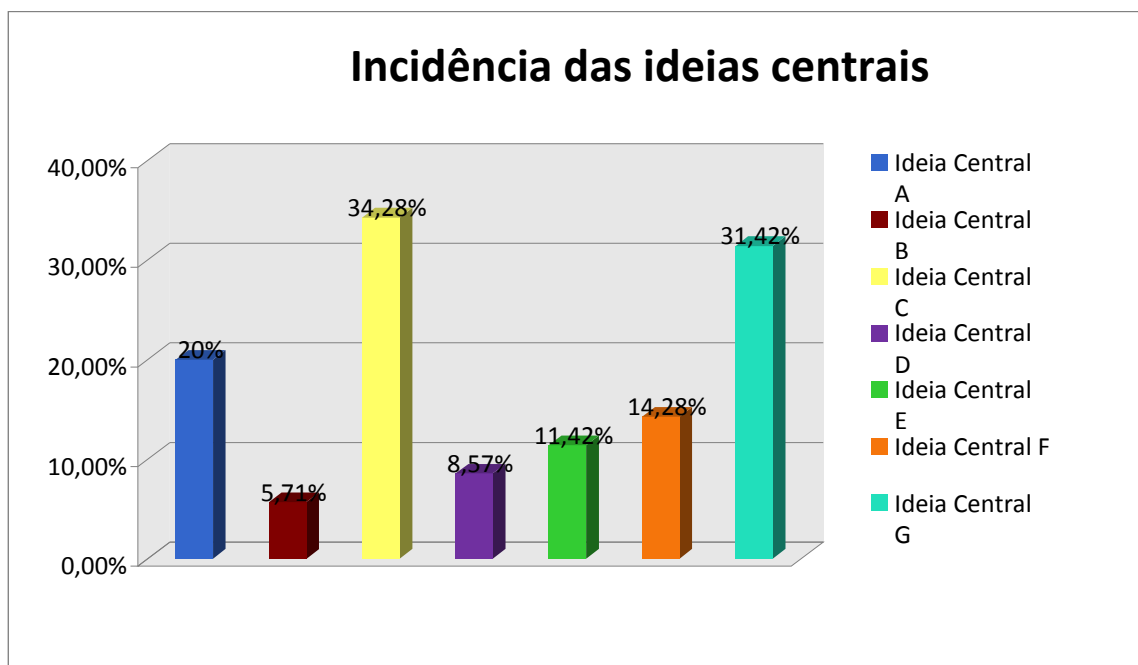
4.2.3- Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 2 - Se você tivesse que explicar para um novo conselheiro, o que é vigilância sanitária, de acordo com as normas e leis, o que você diria?

Tabela 8- Síntese de ideias centrais da Pergunta 2.

A	Saúde, bem estar e qualidade de vida
B	Trabalho muito complexo
C	Controle de doenças, produtos e serviços
D	Não conhece a vigilância sanitária
E	Parte integrante do SUS
F	Modelo de promoção e prevenção

G	Órgão fiscalizador
---	--------------------

Figura 9- Incidência das ideias centrais da Pergunta 2.



### A- Saúde, bem-estar e qualidade de vida

#### **DSC**

*Eu diria a ele que é uma norma de viver, de agir e trabalhar... de tornar as pessoas mais informadas no sentido de cuidar melhor das coisas que estão presentes no dia a dia. Acho que é uma parceria para o bem-estar da população. Todos nós dependemos da vigilância sanitária... porque ela trabalha em prol da vida.*

*Assim, a vigilância sanitária é um conjunto de normas e estruturas que busca trabalhar para preservar a saúde e o bem-estar proporcionando uma vida saudável para a nossa comunidade, para nossa sociedade.*

*E a pessoa tem que entender que quando o fiscal tá ali, trabalhando, ele tá trabalhando em defesa da saúde, em defesa da vida.*

### B- Trabalho muito complexo

#### **DSC**

*Na realidade, eu diria o seguinte... que é um trabalho muito complexo! A gente com pouco conhecimento que tem, a gente percebe que é muito difícil pra exercer esse tipo de trabalho que é a vigilância sanitária. É de profunda importância a vigilância sanitária... ela influi em tudo. É de alta complexidade a vigilância sanitária!*

### **C- Controle de doenças, produtos e serviços**

#### **DSC**

*Bom!... não é muito meu ramo... o que eu sei de vigilância sanitária é o acompanhamento, é vigiar a ocorrência das doenças, de tudo que pode acarretar em doenças pro ser humano. É um órgão vigilante com relação às epidemias... é tipo dengue, controle dessas epidemias, né!... igual tá chegando agora essa nova gripe... que é uma coisa que tem que tar atento, que tem que ter estratégia pra combater. Não pode parar, tem que tar sempre vigilante.*

*A vigilância sanitária faz a avaliação, a fiscalização e a autorização de circulação e comercialização de produtos. Então, é o controle do remédio, do medicamento, o pão que você come, a água e o leite que você bebe. É tudo aquilo que a gente consome na nossa casa.*

*Tem também a finalidade de fazer a vigilância na cidade, daqueles estabelecimentos que oferecem risco à saúde, seja uma instituição de longa permanência, restaurantes, bares, escolas, consultórios, farmácias... qualquer instituição que possa trazer risco à saúde da nossa população.*

*As pessoas acham que é só aquele processo de fiscalização punitivo e na verdade não é! A vigilância sanitária tem um papel importantíssimo na qualidade da oferta, tanto de serviços, quanto de produtos... porque a vigilância é muito maior. Eu diria que a vigilância sanitária é um instrumento importantíssimo para a manutenção da saúde da população.*

### **D- Não conhece a vigilância sanitária**

#### **DSC**

*Eu não teria muito que falar pra ele. A gente houve falar... e tem um conhecimento porque a gente já trabalha na área da saúde. Aqui dentro do conselho praticamente não se houve falar de vigilância sanitária! Dessa forma, tenho muito pouco conhecimento a respeito da vigilância sanitária... não por uma questão de desinformação, mas por uma questão de as vezes a vigilância sanitária... parece que ela se coloca sempre dentro de uma grande instância chamada agência. Parece que a vigilância sanitária e as agências gozam de certa autonomia. Então, quero fazer uma sugestão para as próximas reuniões do conselho municipal! Que tenha a participação da vigilância sanitária pra esclarecer pra todos nós o que é vigilância sanitária realmente e como funciona.*

## **E- Parte integrante do SUS**

### **DSC**

*Que é parte importante do SUS. A vigilância sanitária arrecada dados importantíssimos para o planejamento da saúde, através de suas ações. É um importante braço de políticas públicas do sistema de saúde. Pode intervir com uma ação conjunta da epidemiologia e da saúde do trabalhador... que hoje é importante a vigilância assumir.*

*Hoje nós sabemos que o SUS é pra todos... mas, são os impostos que nós pagamos. E quando eu chego num lugar e vejo um lugar precário, com a estrutura toda derrubada e a gente sabendo que o dinheiro está sendo investido ali... e a gente fechar os olhos, né!... sabendo que nós temos um órgão que é a vigilância sanitária que trabalha pra todos! Eu tenho dito inclusive que todos nós somos usuários do SUS em função da vigilância sanitária.*

## **F- Modelo de promoção e prevenção**

### **DSC**

*Bom!... O papel da vigilância sanitária é justamente prevenir... prevenir e trabalhar na prevenção para que a gente tenha uma vida decente com saúde. Então, o papel da vigilância sanitária é muito importante porque ele ajuda na construção da saúde, na promoção da saúde.*

*Essa lógica da saúde ela é importante porque até pra separar saúde da doença, que é aquela visão que a gente tinha, que o povo tem... muito mais voltada pra doença... de cura... nós temos que lembrar que você tem que trabalhar a saúde pra não adoecer. A vigilância sanitária é uma das almas desse processo de inversão do modelo menos curativo... pra mais promoção e prevenção.*

*A vigilância sanitária traz elementos poderosíssimos para a promoção da saúde e em muito conflui com o caráter finalístico do controle social, tendo em vista que esse também, via educação em saúde realiza a promoção da saúde.*

*A vigilância sanitária pressupõe uma pró-atividade, uma vigilância, um olhar atento, que vai além da inspeção periódica de concessão de alvará e de autorização de funcionamento.*

## **G- Órgão fiscalizador**

### **DSC**

*Uai!... eu diria assim... eu tô indo num lugar e chego lá e vejo que aquele lugar não tá adequado com aquele equipamento, com o tratamento com o usuário, ou também, com aquele trabalhador. Então, eu verifico que ali tá faltando a vigilância sanitária. Não tá tendo o rigor, seguindo as regras que tem que seguir. Aí a gente procura a vigilância sanitária, porque ela é o órgão que tem que fazer o trabalho, né! E como eu sei que a vigilância sanitária também trabalha em prol do controle social, ela*

*vai verificar, vai registrar, vai entrar com multa... alguma coisa ela vai fazer! Eu acho que o conselho sem a vigilância sanitária não é nada porque ela é um dos órgãos que nos ajudam na fiscalização.*

*Então, vigilância sanitária é muuuita coisa que tem que olhar... porque muita coisa de errado acontece. Infelizmente, a vigilância não tem condições de fazer uma fiscalização como deve ser feita... número de funcionários... ela não tem condições, a gente sabe disso. Então, nós consumidores é que devemos olhar o que tá errado e denunciar. A gente que vive o dia a dia na nossa realidade percebe uma série de coisas que precisa intervir e que tem que trazer esses problemas pro conselho municipal, pra vigilância, apresentando os problemas que a gente sente e vê pela cidade.*

*Eu penso que a vigilância... ela tá muito ligada ao controle social, porque o controle social ele vê a lei. Ele tem que fazer acontecer na pratica o que está escrito, né. E a vigilância sanitária de alguma forma ela vem fazer está interseção, porque ela chega e diz... olha!... isto tá certo, isso tá errado... vamos adequar porque é melhor pro usuário. Eu acho que a vigilância sanitária e o controle social visam no final, o interesse do usuário.*

*E hoje em dia, primeira coisa... quem quer se estabelecer em qualquer ramo quer ganhar. Aí começa uma atuação do poder público, uma atuação enérgica! O poder público vigilante, o próprio nome já diz tudo. É aquele poder... com aquela proposta de fiscalizar, de controlar. Por isso a vigilância sanitária é um órgão independente na sua gestão. Ela abrange todos os aspectos de fiscalização. A vigilância sanitária está em todos os locais, em todos os momentos.*

*Então, a atividade de vigilância sanitária decorre dessa autoridade, desse cuidado, dessa responsabilidade com a saúde pública em todas acepções e que chega intervindo no espaço não só da organização dos cuidados de saúde, mas também, no espaço da atividade privada, econômica ou não, naquilo que pode potencialmente gerar riscos à saúde.*

Imperioso observar a clareza do discurso do sujeito coletivo do grupamento A, ao responsabilizar a vigilância sanitária pela proteção da saúde, através “de suas normas e estruturas”, devendo trabalhar para proporcionar o “bem estar da sociedade”. Cabe ressaltar também, a percepção da saúde como bem prioritário e condição essencial para que o cidadão possa ter uma vida digna e com qualidade (ASSIS e VILLA, 2003).

Dessa maneira, percebe-se a apropriação social acerca da importância da vigilância sanitária como ação de saúde (COSTA, 2008). Com efeito, a proteção da saúde e da vida é o campo de atuação prioritário da vigilância sanitária, podendo ser

também concebido como espaço de exercício da cidadania e do controle social (LUCCHESE, 2001), ao trabalhar a saúde como direito de todos, como direito social.

Esse sujeito coletivo entende a vigilância sanitária com “uma norma de viver, de agir e trabalhar, de tornar as pessoas mais informadas no sentido de cuidar melhor das coisas que estão presentes no dia a dia”.

A I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária - CONAVISA (2001) já havia alertado, através da recomendação nº 194, para a necessidade de se promover, através de diversas estratégias e instrumentos, ações de informação e comunicação visando a construção da consciência sanitária.

Entretanto, o que se constata é que decorridos oito anos da realização dessa conferência, somente agora é que se inicia, “embora debilmente”, a articulação com a população (TEIXEIRA e COSTA, 2008, p.157).

Nesse sentido Santos, citado por LUCCHESE (2006, p.45), propõe que “o conhecimento científico aprenda com o senso comum e transforme-se em saber prático, em informações capazes de tornar compreensível à população o risco envolvido em cada assunto. Dessa maneira o conhecimento científico é traduzido em saber prático, e realiza-se orientando as decisões cotidianas; o conhecimento vulgar, por sua vez, reconfigura-se e transforma-se em conhecimento e sabedoria de vida, realizando então, a citada “parceria para o bem estar da população”.

Dessa forma, buscar-se-ia traduzir para a população aquilo que o sujeito coletivo do grupamento B denominou de “trabalho muito complexo”. LUCCHESE (2001) concorda, e completa afirmando que algumas características, como a complexidade e a multifocalidade, tornam a vigilância sanitária uma das áreas da saúde



pública que requer grande esforço, tanto para sua compreensão, como para sua implementação e operacionalização.

Por outro lado, o sujeito coletivo do grupamento C explicaria a vigilância sanitária a partir de uma visão ampliada, ou seja, sem a segmentação do objeto nas tais caixinhas.

Dessa maneira a vigilância sanitária é “um órgão vigilante em relação às epidemias, devendo vigiar a ocorrência das doenças”, sendo também capaz de dar respostas rápidas às emergências de saúde pública, como por exemplo, a Influenza A (H1N1).

Essa mesma vigilância sanitária “faz a avaliação, a fiscalização, a autorização de circulação e comercialização de produtos”. Trabalha na garantia da qualidade, segurança e eficácia de um leque muito grande de produtos e serviços, de natureza diversa: alimentos, medicamentos, água destinada ao consumo humano, restaurantes, bares, escolas, instituições de longa permanência, consultórios, farmácias entre outros.

Realiza também, a vigilância de produtos e serviços “que possam trazer risco à saúde da população”.

Desse modo, observa-se que no imaginário da maioria dos conselheiros de saúde o debate atual acerca da constituição da vigilância da saúde ou em saúde (utilizadas como sinônimos neste estudo) já se resolveu, pelo menos no que diz respeito à integração das ações das vigilâncias - sanitária e epidemiológica.

Existem também, sujeitos coletivos como os do grupamento D, que afirmam desconhecer a vigilância sanitária. Para tanto, alegam duas razões.

A primeira seria a ausência da vigilância sanitária no conselho municipal de saúde. Sugerem inclusive, a participação da vigilância sanitária nas reuniões do conselho municipal. “Que tenha a participação da vigilância sanitária para esclarecer para todos nós o que é vigilância sanitária realmente e como funciona”.

Nesse sentido, os participantes da I CONAVISA (2001), ressaltaram que a democratização da informação é uma exigência para o exercício pleno dos direitos, devendo ser acionadas diversas estratégias para tornar as ações de vigilância sanitária conhecidas e valorizadas. Reafirmaram que os conselhos de saúde são espaços legítimos para a manifestação dos distintos segmentos sociais sobre questões relacionadas com a saúde e qualidade de vida.

A segunda razão estaria relacionada à questão da autonomia da vigilância sanitária: “parece que ela se coloca sempre dentro de uma grande instância chamada agência”.

Importante observar como a marca ANVISA é emblemática, levando não só os conselheiros, mas a população em geral, a associar a vigilância sanitária municipal à agência, e muitas das vezes não as distinguir.

Segundo DALLARI (2008), a grande autonomia alcançada pela agência põe em risco seu controle democrático e dificulta a identificação de responsabilidades por parte da população e do poder político embora, por outro lado, a mantenha relativamente livre de ingerências políticas e eleitorais.

Um esclarecimento muito importante é fornecido pelo sujeito coletivo do grupamento E: “todos nós somos usuários do SUS em função da vigilância sanitária”. Com essa afirmação, demonstram perceber o caráter universal que a vigilância sanitária

proporciona à população através de suas ações e serviços, que objetivam essencialmente a proteção e defesa da saúde individual e coletiva.

Nesse sentido, reconhecem a vigilância sanitária como “parte importante do SUS”, e, portanto, como parte integrante do Sistema Único de Saúde. E sendo parte integrante do SUS a vigilância sanitária “pode intervir com uma ação conjunta da epidemiologia e da saúde do trabalhador”.

Dessa forma, a visão integradora que articula as práticas da vigilância sanitária com as da vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador, antecipa a Portaria 3252 de dezembro de 2009 (MS, 2009) que aprova as diretrizes para a execução das ações de Vigilância em Saúde.

De acordo com essa portaria, estas diretrizes dizem respeito exatamente à integração das ações das vigilâncias - vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental - com ações voltadas para a saúde do trabalhador.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento F enfatiza a importância do papel da vigilância sanitária na prevenção e promoção da saúde, o que conseqüentemente “ajudaria na manutenção da saúde” da população.

LUCCHESE (2006) afirma que a atividade de vigilância sanitária não somente faz parte das competências do SUS, como tem caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva.

Entretanto, esse mesmo sujeito coletivo ressalta: “a vigilância sanitária pressupõe uma pró-atividade, um olhar atento, que vai além da inspeção periódica, de concessão de alvará e autorização de funcionamento”.

Ao editar a Portaria 3252/09, o Ministério da Saúde busca reorganizar suas práticas, ajustando o modelo de atenção para proporcionar uma análise permanente da situação de saúde da população. Para tanto, constitui a Vigilância em Saúde com ações de promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, (MS, 2009, arts. 1º e 2º).

Nesse contexto, se faz urgente que a vigilância sanitária acompanhe esta nova reforma incremental do SUS e reconfigure seu objeto, qualificando suas ações. Costa (2008, p. 87) propõe “que as ações sejam direcionadas a riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, compondo o campo da proteção e promoção da saúde. Assim o objeto é ampliado e contextualizado quanto às determinações econômicas e sociais dos problemas relacionados com as diversas categorias de objetos de cuidado, e destes com as necessidades em saúde da população”.

Ao executar esse movimento de reorientação de suas práticas, a vigilância sanitária terá a oportunidade de corresponder às expectativas da população, dando respostas efetivas às suas demandas.

O discurso do sujeito coletivo do grupamento G explica a vigilância sanitária através de seu lado mais visível - o órgão fiscalizador. A Constituição Federal, no artigo 197 (BRASIL,1988), estabelece como de relevância pública as ações e serviços de saúde, o que pressupõe do Poder Público o exercício da atividade regulatória, através da fiscalização, controle e regulamentação desta atividade.

Esse sujeito coletivo observa um “Poder Público vigilante, com aquela proposta de fiscalizar, de controlar”. SILVA (1994) comenta que, se a Constituição atribui ao

Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização.

Nesse sentido, a vigilância sanitária pode ser vista e analisada como espaço de intervenção do Estado, devido à natureza de suas funções e instrumentos, ao fato de trabalhar com o objetivo de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade (LUCCHESI, 2001).

“Então, eu verifico que ali tá faltando a vigilância sanitária. Não tá tendo o rigor, seguindo as regras que tem que seguir. Aí a gente procura a vigilância sanitária, porque ela é o órgão que tem que fazer o trabalho, né! [...] ela vai verificar, vai registrar, vai entrar com multa... alguma coisa ela vai fazer”.

Nas palavras de COSTA (2008), o poder de polícia tem seu fundamento no princípio da predominância do interesse público sobre o particular, sendo fundamental para a imposição de normas e padrões de comportamento e para a fiscalização do seu cumprimento, tarefa indelegável da vigilância sanitária e necessária à proteção e defesa da saúde.

Dessa forma a vigilância sanitária utiliza instrumental legal, que é pré-requisito para sua atuação. A lei deve expressar o sistema jurídico definido na Constituição, afirmando assim sua legitimidade. As normas técnicas utilizadas integram um sistema de normas sanitárias que representam os conhecimentos científicos e tecnológicos e também, os interesses da saúde pública.

Sundfeld, citado por COSTA (2008), explica que a competência do Estado para impor condicionamentos se faz acompanhar da necessária competência para fiscalizar sua observância. Tal competência emana do Poder de Autoridade, que é o poder atribuído pela lei à Administração Pública para verificar permanente a regularidade do exercício dos administrados, que corresponde exatamente ao pensamento desse sujeito coletivo ao expressar que “a atividade de vigilância sanitária decorre dessa autoridade, desse cuidado, dessa responsabilidade com a saúde pública em todas acepções”.

Esse sujeito coletivo ainda percebe que “infelizmente, a vigilância não tem condições de fazer uma fiscalização como deve ser feita”. Com efeito, o reconhecimento por parte dos conselheiros de saúde sobre a insuficiência da ação fiscalizadora coaduna com o pensamento expresso por LUCCHESI (2001) de que o sistema de vigilância sanitária precisa contar com a atuação da sociedade na vigilância dos riscos sob sua competência.

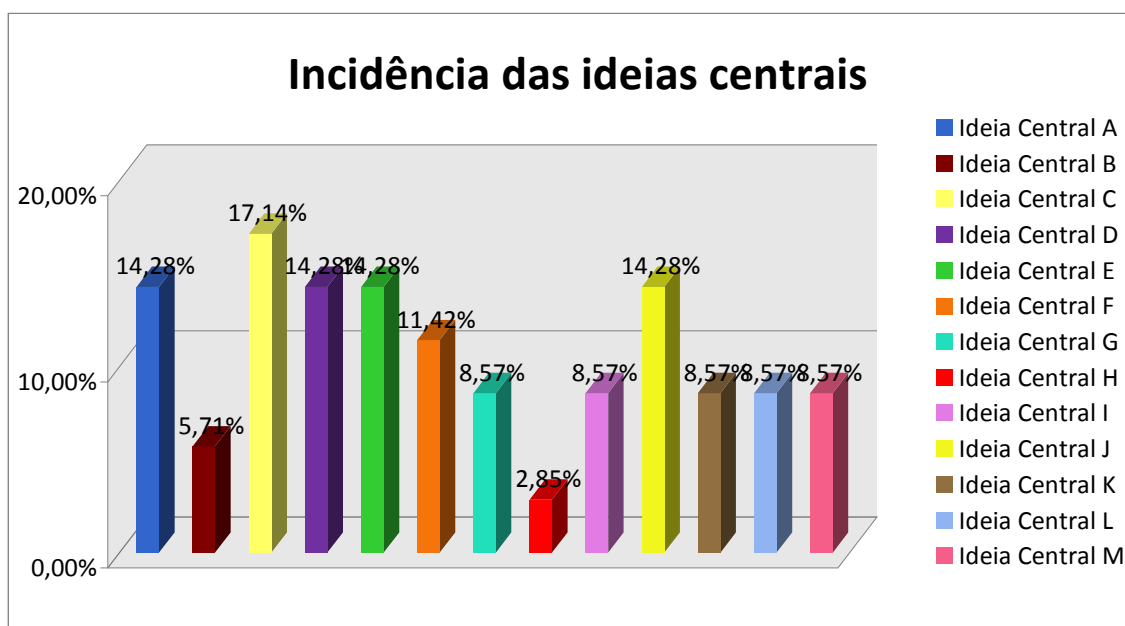
4.2.4- Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 3 - Fale um pouco para a gente da sua experiência com a vigilância sanitária, enquanto conselheiro ou no dia a dia.

Tabela 9- Síntese das ideias centrais da Pergunta 3.

- A Curso de capacitação em vigilância sanitária
- B Campo de atuação da vigilância sanitária
- C O Conselho Municipal de Saúde e a vigilância sanitária
- D Dificuldades na realização do trabalho de vigilância sanitária

- E Vigilância sanitária e o princípio da universalidade
- F Vigilância sanitária e a situação de saúde
- G Educação em saúde
- H Vigilância em saúde
- I Vigilância sanitária e o atendimento a denúncias
- J Vigilância sanitária de alimentos
- K Vigilância sanitária de serviços de saúde
- L Vigilância sanitária de produtos
- M Ausência de experiências

Figura 10- Incidência das ideias centrais da Pergunta 3.



### **A- Curso de capacitação em vigilância sanitária**

#### **DSC**

*Bom!... Enquanto conselheiro, a gente teve um contato com a vigilância no ano passado, porque houve um curso de capacitação pra conselheiros... pra inclusive explicar qual é o papel da vigilância pra gente. Forneceram todo o material. Nós participamos e foi extremamente positiva a troca de experiências, até pra gente conhecer um pouco do outro lado, porque a gente sempre conhece o nosso lado com relação a atuação da vigilância. Então, é uma forma da gente tá... percebendo a vigilância... esse processo todo, esse sistema todo. Foi muito legal. Eu absorvi pra mim!*

### **B- Campo de atuação da vigilância sanitária**

#### **DSC**

*Eu acho importantíssimo o trabalho da vigilância! Qual medicamento pode ser usado, até quando pode ser usado, como deve ser passada a informação através da bula. A vigilância sanitária tem um campo de atuação muito grande, tem que cuidar da questão dos consultórios. Como é que estão esses consultórios... eu tô falando mais no que diz respeito à saúde. Do ponto de vista dos ambulatórios, dos bancos de sangue, do controle das vacinas. Uma coisa que chama muito a atenção hoje, por exemplo, são os salões de beleza. Os salões de beleza, do ponto de vista da assepsia, dos cortes de unha, das massagistas...*

*Então, a vigilância sanitária pode tanto interditar um açougue que vende carne estragada quanto um hospital, que não cumpre as regras mínimas de higiene e prevenção.*

*Dessa forma, o trabalho da vigilância sanitária é muito amplo, ele se confunde com a própria experiência de vida das pessoas.*

### **C- O Conselho Municipal de Saúde e a vigilância sanitária**

#### **DSC**

*Bom!... Dentro da área de conselheiro, a gente fiscaliza comércio, estabelecimentos hospitalares e postos de saúde. Como vigilância sanitária e como conselheiro. Então, a gente observa o que é prejudicial pra família, pro povo, pra população e a partir do momento que se torna prejudicial, a gente entra na fiscalização.*

*A gente também tenta estabelecer parcerias com os profissionais, buscando apoiar, chamando para dar palestras para nos esclarecer, abrindo espaço dentro do conselho para que eles venham participar e fazer esclarecimentos do seu trabalho. Foi assim que eu descobri o papel da vigilância sanitária! Coisa que eu nem imagina que a vigilância pudesse passar e fiscalizar, eu aprendi aqui.*

*Então, a experiência no conselho, só em reunião, a gerente da vigilância sanitária colocando as ações e as limitações. Às vezes também, as discussões vêm a plenário, mas*



*só em pontos específicos e não de esclarecimentos mais amplos, o que eu acho até que seria mais importante.*

*Porém, a vigilância sanitária, esse ator social... ele não pode se eximir de um controle social. Ele tem que passar pelo crivo do conselho municipal de saúde, para que a gente possa tar olhando e contribuindo para o aprimoramento desse tipo de trabalho, e até contribuindo para que recursos possam ser alocados para a vigilância sanitária.*

#### **D- Dificuldades na realização do trabalho de vigilância sanitária**

##### **DSC**

Duas questões me chamaram a atenção. Eu sentia muita dificuldade do fiscal ir ao hospital. Eu pedia e diziam não! Não tem jeito porque temos um contingente pequeno de vigilantes sanitários. E quando o fiscal chegava era muito mais pra chamar a atenção do hospital... pra ferrar... pra multar. Então, a minha experiência é com a falta de preparo do profissional da vigilância sanitária em estar atuando, muitas vezes, a falta de sensibilidade do profissional.

A gente sabe que é pra seguir a lei, mas muitas vezes detalhes miúdos poderiam ser relevados, porque não levam há lugar nenhum, só criam um mal estar.

Acho que a questão sanitária ultrapassa até o texto da lei... às vezes é muito mais bom senso! A gente senta, conversa tecnicamente, mas ainda tem uma resistência muito grande da vigilância.

Eu acho que deveria ter um contato maior dos fiscais da vigilância com o dia a dia da instituição, pra ser mais educativo do que chegar para multar.

Por isso a obrigação do controle social é acompanhar de perto o trabalho deles, porque tem muita coisa pra melhorar na vigilância sanitária, muita coisa que ainda deixa a desejar!

#### **E- Vigilância sanitária e o princípio da universalidade**

##### **DSC**

*Eu sou de uma cidade muito pequena onde a vigilância sanitária não era ligada à saúde. Ela era ligada a prefeitura e então, a vigilância sanitária só atuava quem era contra o prefeito. Dessa forma, acho importante essa mudança que o SUS traz hoje, essa noção de vigilância sanitária ligada à saúde.*

*Não sei até que ponto também, a vigilância sanitária poderia estar atuando junto com o direito do consumidor. Pra se fortalecer as instâncias, para que haja uma maior qualidade de vida, que é o que nós esperamos que seja conferido para todas as pessoas! A vigilância sanitária tem um papel fundamental nesse ponto.*

*Muitas vezes a gente fala e, a gente escuta muito falar... ah!... eu não uso o SUS... no aspecto assistencial, mas indiretamente usa! Enquanto cidadão, diariamente a gente vê, acho que é porque a gente tá atento. Dessa forma, a vigilância sanitária traz o caráter universal do Sistema Único de Saúde.*

*Se existem algumas áreas onde tivemos um desenvolvimento homogêneo, e isso se dá muito pelo aprimoramento institucional e pela profissionalização, a vigilância sanitária é uma dessas áreas. Então, é uma área que de fato a gente tem, enquanto país, um avanço muito claro em benefício da população.*

## **F- Vigilância sanitária e a situação de saúde**

### **DSC**

*Vigilância sanitária é no sentido de vigiar, de participar e dar sequência em benefício da comunidade. A gente atua na prevenção da dengue e DSTs, a gente faz um trabalho tentando sensibilizar as pessoas.*

*A gente tenta chamar a atenção, acionando os órgãos de defesa, pra coisas que a gente vê por aí que afetam a saúde do cidadão. Porque no meu entender, nós vivemos o dia a dia dentro de situações desagradáveis. Por exemplo, vivemos aí esta importação da situação que está ocorrendo no mundo!... Então, nós temos que estar sempre atentos à higiene.*

*Aqui em Belo Horizonte, nós temos uma vigilância sanitária muito boa. Nos lugares que eu vim a conhecer não tem assim uma estrutura, não tem saneamento básico, não tem nada! É tudo precário... E parece que lá, os governos fecham os olhos e não tão nem aí. Aqui não, aqui a gente tem o trabalho da vigilância sanitária.*

## **G- Educação em saúde**

### **DSC**

*No dia a dia, tive uma experiência progressa à minha atividade como conselheira. Na área da saúde ambiental, a gente participava de um projeto no município de Nova Lima, com jovens escoteiros. A gente falava de agente químico, em relação ao consumo de água, que tipo de prejuízo aquilo poderia trazer para a comunidade. A gente levava o pessoal da universidade pra fazer as palestras.*

*Outra experiência foi em consertar esgotos e tirar porcos de dentro de vilas com a vigilância sanitária. Tivemos uma conscientização. O povo aceitou legal! O agente da vigilância sanitária entrou e conversou... Foi interessante porque o pessoal entendeu que o fiscal não tá ali pra multar, ele tá ali pra orientar! E as pessoas pra serem orientadas... visa muito o conhecimento. Porque as pessoas precisam de explicação, porque não conhecem... acham que o fiscal vai lá pra multar.*

*Hoje, a gente tem uma atividade que eu acho fundamental!... Não são todas as pessoas que tem essa visão da vigilância sanitária, apesar de que eu acho que tá mudando. É que a gente faz cursos de boas práticas de manipulação. Vai ter um evento na feira, vai ter uma feira todo sábado!... O quê que a gente faz? A gente reúne antes do evento acontecer com os profissionais que vão estar nesse evento, nesse comércio, pra preventivamente... orientá-los. Como se faz para conservar os alimentos, como deve ser a manipulação, a forma de se vestir, não usar acessórios. Com isso, a gente tem obtido uma melhoria do serviço prestado à população, além de evitar o risco de uma*

*intoxicação alimentar. Eu acho que é uma contribuição muito importante da vigilância sanitária, como fator preventivo e educacional.*

## **H- Vigilância em saúde**

### **DSC**

*De fato, a atividade da vigilância vem progressivamente sendo refinada, profissionalizada, qualificada. A criação da ANVISA teve um papel fundamental nesse processo, mas tá ficando uma lacuna!... e é polêmico isso! Precisamos aprimorar com a apropriação sistêmica do ponto de vista da política de saúde, da estratégia da política de saúde que o sistema de vigilância tem a oportunidade de gerar. Olhando o debate na tripartite, olhando o debate na CIB, não é que ela esteja à parte... da construção da política pública de saúde numa perspectiva de conter agravos, de promover saúde, de gerenciar o risco sanitário, o risco epidemiológico num dado território numa dada população. Eu acho que a política pública de saúde ainda se apropria pouco daquilo que a vigilância sanitária... e eu acho que o movimento está correto de evolução de vigilância sanitária para vigilância em saúde, tá corretíssimo, o movimento institucional também é nesse sentido. São dois movimentos institucionais muito concretos... um é agência e outro é a secretaria de vigilância. Agora, esse casamento... essa interface, é natural que seja assim, nós todos ainda estamos aprendendo, todos... profissionais, gestores... há um amadurecimento institucional também, de modo a potencializar! Eu acho que ainda temos muito que aprimorar a política numa perspectiva de apropriar sistematicamente os benefícios e as ferramentas que a vigilância pode propiciar.*

## **I- Vigilância sanitária e o atendimento a denúncias**

### **DSC**

*Tem também a atenção que eles dão as denúncias e eu acho importantíssimo! Quando a gente faz uma denúncia pra vigilância sanitária, a gente vê imediatamente que o lugar está sendo verificado... se é aquilo mesmo que foi informado.*

*Um exemplo, foi um supermercado próximo da minha casa que tava vendendo alimentos vencidos! Aí nós cobramos da vigilância sanitária a investigação... o que tava acontecendo com esse supermercado, o armazenamento de alimentos dentro do supermercado.*

*Recentemente tive também, morando no bairro Guarani, uma fábrica, uma coisa... um galpão que tinha na rua onde eu morava, que fazia um depósito de restos de ossos de açougue. Eu denunciei e a vigilância acabou com esse problema do mal cheiro e mosquitos em função do depósitos ossos.*

## **J- Vigilância sanitária de alimentos**

### **DSC**

*Acordo e vou tomar meu café, lá estão todos os alimentos inspecionados. Então, no dia a dia, vamos dizer... estou consumindo o produto, ou melhor, o serviço da vigilância sanitária.*

*Ela está presente, também, na minha regional. Está presente em todos os eventos, está lá fiscalizando, olhando pra ver se tá tudo bem. Sempre que a gente chama a vigilância sanitária nos atende. Precisamos dela pra olhar a alimentação das unidades de urgência, eles foram vigilantes, pegaram amostras e fizeram os exames. Forneceram um laudo para a empresa e ela foi credenciada.*

*Eu venho de uma empresa que atua com alimentação, na área hospitalar, e o que nos sabemos é que quando a vigilância vai à empresa, o profissional da vigilância registra sua avaliação. A empresa tem que ter controle microbiológico da alimentação e controle de saúde dos trabalhadores que manipulam os alimentos. Tem que fornecer treinamento de higienização e de manipulação dos alimentos. Então, a vigilância é importante porque aquele alimento está sendo produzido dentro dos padrões estabelecidos e chegando lá na frente com qualidade.*

## **K- Vigilância sanitária de serviços de saúde**

### **DSC**

*A gente tem uma experiência com o sindicato de odontologia e com a vigilância sanitária... e realmente, a gente teve muitos ganhos... porque a vigilância sanitária foi e apontou vários erros que estavam acontecendo, de fatores que poderiam levar ao adoecimento e a própria transmissão de infecções, tanto direta quanto cruzada. A gente teve ganho com a vigilância... não foi uma coisa punitiva... foi uma coisa de orientação! Eu vejo a vigilância sanitária muito com esse papel de orientar... pra melhoria no controle de infecções.*

*Outro exemplo, os espaços nos hospitais, de um leito para outro... pelo menos nos CTIs... muitas vezes, em alguns CTIs colocam acima do número normal de pacientes!... Diminuem o espaço... isso aí é infecção hospitalar que pode acontecer!*

*Dessa forma, as coisas têm que estar nos seus lugares, porque isso significa qualidade na assistência! Se você tem uma lixeira de forma inadequada... um descartak fora do lugar ou jogando seringa, né!... você tem que adequar!... não é porque o fiscal tá indo, é porque aquilo é bom para o usuário e para os profissionais de saúde. Eu acho que nós temos essa consciência. O papel do fiscal tem que ser mais educativo no primeiro momento, agora no final, o papel do fiscal é multar sim, porque enquanto cidadã, se eu for ao hospital e tiver coisas fora da norma... com certeza vou ser prejudicada! Então, eu penso assim... eu gostaria de dar pra aquele usuário do meu serviço o que eu gostaria de receber.*

## **L- Vigilância sanitária de produtos**

### **DSC**

*A minha experiência é de estar consumindo produtos que sejam inspecionados, que sejam autorizados e acompanhados pela vigilância sanitária. Dessa maneira, são questões ligadas a vigilância sanitária que impactam no meu trabalho. Por exemplo, um laboratório de Sabará com um anestésico infectado. Eu mesmo já tinha trabalhado com anestésicos desse laboratório, um negócio meio complicado você estar num ambiente em que esse risco exista... Um laboratório ter contaminação de produto! Outro exemplo, produção de vacinas.. ficava dependendo da ANVISA, acho que é controle técnico que fala!... Enquanto não saiam as assinaturas, as vacinas não eram liberadas.*

## **M- Ausência de experiências**

### **DSC**

*Não há! Como eu disse, né... a gente vem de uma experiência de periferia que a gente percebe que, na realidade, o trabalho é mesmo difícil. E eu não posso dizer tanto, porque eu sou entidade. E como entidade, eu não posso enfrentar a coisa de frente... porque eu não sou sozinha... é uma entidade que eu tô representando, então, tem que ter muita cautela.*

Os discursos dos sujeitos coletivos dos grupamentos A e C apresentam experiências que envolvem o conselho de saúde e a vigilância sanitária. Todavia, foram agrupados separadamente em função da prevalência, no grupo A, da experiência dos conselheiros com o curso de capacitação “Vigilância Sanitária e o Conselho Municipal de Saúde” promovido pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte no final de 2008.

A realização do curso segue a programação do Plano Local de Ação 2008 (SMSA, 2008b, p. 58) que classifica como problema “O desconhecimento dos conselheiros de saúde sobre a vigilância sanitária e suas atribuições”; como indicador do problema as “Demandas inadequadas”; como risco sanitário a “Atuação política do controle social sem o necessário conhecimento técnico de vigilância sanitária”; e como

operação/ação a “Participação da vigilância sanitária no processo de formação de conselheiros de saúde”.

Importante observar que em nenhum momento a vigilância sanitária tem a preocupação em formar conselheiros com conhecimentos em vigilância sanitária, para que eles possam participar politicamente da elaboração desse mesmo Plano Local de Ação.

E é nesse sentido que o sujeito coletivo do grupamento C exige que a vigilância sanitária passe pelo “crivo” do conselho municipal, porque ela “não pode se eximir de um controle social”. Também é citado nesse discurso que a vigilância sanitária está presente no conselho, mas só em reuniões. “A gerente da vigilância sanitária colocando as ações e as limitações”. Essas reuniões a que se refere o sujeito coletivo tratam exatamente da apresentação do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária para os conselheiros de saúde.

Entretanto, esses mesmos conselheiros não reconhecem essas apresentações como uma participação ou até mesmo uma prestação de contas, como um “controle social”.

Outra interessante observação feita por esse sujeito coletivo: “a gente fiscaliza comércio, estabelecimentos hospitalares e postos de saúde. Como vigilância sanitária e como conselheiro”. Os conselheiros parecem confundir sua atividade de “fiscalização” feita, principalmente, nos serviços de saúde com a atividade propriamente dita de vigilância sanitária.

Essa confusão poderia ser prontamente esclarecida, se fosse cumprida a recomendação nº 228 da I CONAVISA (2001, p. 129), que propõe o estabelecimento de

uma agenda conjunta entre vigilância sanitária e conselho de saúde para a fiscalização de estabelecimentos públicos e conveniados ao SUS.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento B observa que o trabalho da vigilância sanitária é muito amplo, estando presente nas diversas situações cotidianas e, dessa maneira, “se confunde com a própria experiência de vida das pessoas”.

É também nesse sentido que o sujeito coletivo do grupamento E se expressa, ao constatar o caráter universal que a vigilância sanitária traz agregado a suas ações. Observa também que a manutenção desse caráter universal se dá em função do pertencimento da vigilância sanitária ao Sistema Único de Saúde.

De fato, a recomendação da subordinação da vigilância sanitária diretamente ao SUS, nos termos do art. 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), também foi deliberada pelos participantes do I CONAVISA (2001).

Esse sujeito coletivo ainda questiona “até que ponto” a vigilância sanitária poderia atuar junto com o direito do consumidor. Nesse sentido, DALLARI (2008) nos ensina: os órgãos de vigilância sanitária compõem o sistema de defesa do consumidor devendo então aprender a trabalhar também com essa ótica. Por sua vez, os órgãos de defesa do consumidor na área da saúde dependem da vigilância sanitária para atuar com o poder de polícia. Dessa forma, é conveniente aproximar os agentes desses dois sistemas para que se possa proceder à divisão de tarefas, observando a realidade local.

Porém, essa aproximação dos agentes esbarra na constatação, feita através da existência de um discurso coletivo, no qual os conselheiros de saúde de Belo Horizonte professam um pensamento coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003) predominante,

acerca do número insuficiente de trabalhadores na Vigilância Sanitária de Belo Horizonte.

Nesse sentido, o discurso do sujeito coletivo do grupamento D fala de experiências que retratam as dificuldades na realização do trabalho de vigilância sanitária. Além do já citado “contingente pequeno” de trabalhadores, esse sujeito coletivo aponta também, para a “falta de preparo do profissional da vigilância sanitária em estar atuando”.

COSTA (2008) esclarece que o exercício profissional da vigilância sanitária implica em demanda crescente por informação e conhecimento científico atualizado; requer saberes oriundos de vários ramos do conhecimento e saberes específicos, não incluídos nos cursos de formação profissional em saúde ou nas outras profissões que também atuam na vigilância sanitária.

Além disso, existe a demanda por um conjunto de práticas estruturadas, baseadas em conhecimento técnico-científico e em valores que influem nos processos de decisão e que por vezes, contrariam interesses provocando os mais diversos tipos de pressão (COSTA, 2008).

Para tanto, a capacitação dos profissionais de vigilância sanitária requer estratégias de ensino-aprendizagem, ou seja, de um tratamento pedagógico mais complexo, que permita uma maior reflexão e a participação dos profissionais, tendo como base suas experiências concretas (SOUZA e col., 2004).

Nesse contexto, observamos o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária 2008 e 2009 (SMSA, 2008b, p. 64 e SMSA, 2009b, p. 60) localizando o problema “Conhecimentos insuficientes de vários campos dos saberes de vigilância sanitária”; o



indicador do problema “Dificuldade de atuação na rotina fiscal”; o risco sanitário “Qualidade insatisfatória nas ações e serviços de vigilância sanitária”; e a operação/ação “Capacitação técnica dos fiscais sanitários” em: Endoscopia, CTI/UTI, Lavanderia hospitalar, Bloco cirúrgico, Unidade de internação, Serviço de nutrição e dietética e terapia nutricional, Reprocessamento de artigos, Laboratório de citopatologia, Quimioterapia, Salão de beleza, Creches, Clubes, Desinfestadoras, Radiodiagnóstico médico e odontológico, Açougue, Farmácia hospitalar, Assistência Hemoterápica, Radioterapia e medicina nuclear, Laboratório de análises clínicas e anatomia patológica, Hemodiálise do paciente agudo, PGRSS, Controle de infecção, Organização SMSA/BH, Hemodinâmica, Doenças transmitidas por alimentos e Investigação de surto (temas referentes às capacitações programadas para os anos de 2008 e 2009).

Cabe ressaltar que essa operação/ação de capacitação técnica é realizada pelos fiscais para os fiscais. O fiscal “escolhe” o tema pelo qual tem maior afinidade, estuda as legislações vigentes, artigos relacionados, informes da ANVISA e é claro, o saber prático, e multiplica esse conhecimento para os demais colegas fiscais.

Assim, o que se observa é um esforço hercúleo por parte dos profissionais da vigilância sanitária, os Fiscais Sanitários (nomenclatura utilizada para definir o servidor de carreira da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte) em busca de uma “capacitação técnica”. Se, por um lado, estimular esses profissionais a refletirem acerca da realidade cotidiana é extremamente positivo, por outro, responsabilizar esses mesmos trabalhadores a elaborarem uma “pedagogia” que lhes proporcione um conhecimento técnico, científico e ético é de uma perversidade extrema.

Não obstante as dificuldades citadas, ainda existe a necessidade urgente de atualização técnico-científica, para acompanhar as mudanças tecnológicas que se expressam na rápida dinâmica do setor produtivo (COSTA, 2008) e que, em muitas vezes, ainda não foram contempladas com a respectiva produção normativa.

O discurso do sujeito coletivo do grupamento D também percebe essa dificuldade, ao afirmar “que a questão sanitária ultrapassa o texto da lei, sendo às vezes, muito mais bom senso”. Novamente, COSTA (2008) esclarece que as diversas situações reais que se apresentam para decisões da vigilância sanitária, e que nem sempre estão emolduradas na lei, implicam em capacidade de julgamento e de manejo do poder discricionário de que dispõe, com profundo senso ético e de responsabilidade pública.

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de investimento institucional na qualificação dos trabalhadores de vigilância sanitária, mais especificamente, nos Fiscais Sanitários de Belo Horizonte, para que possam responder adequadamente aos desafios do trabalho cotidiano que acontece na “ponta” do SUS-BH.

O sujeito coletivo do grupamento F faz referência às situações desagradáveis que vivemos no dia a dia, e exemplifica com “a importação da situação que está ocorrendo no mundo”. Dessa forma, o sujeito coletivo se refere à Influenza A (H1N1), chamando a atenção para o processo de globalização dos riscos, o que exige, segundo DALLARI (2008), a implementação de um complexo sistema de vigilância sanitária nacional e internacional.

Esse sujeito coletivo, ao referir-se à situação da saúde, se tranquiliza ao constatar que Belo Horizonte possui “uma vigilância sanitária muito boa”. Com efeito, perpassam pelo discurso do grupamento F as práticas de promoção, proteção, prevenção,

controle sanitário dos riscos e respostas às emergências de saúde pública, todas associadas a ideia de vigilância sanitária.

O sujeito coletivo do grupamento G fala sobre experiências educativas relacionadas à atividade de vigilância sanitária, incluindo uma atividade educativa na área de vigilância ambiental.

Entre as experiências relatadas está uma atuação da vigilância sanitária dentro de vilas, verificando esgoto e retirando porcos.

“Tivemos uma conscientização. O povo aceitou legal! O agente da vigilância sanitária entrou e conversou”.

LUCCHESE (2006) ensina que a vigilância sanitária constitui espaço privilegiado para a comunicação e promoção da saúde, por lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos e pela necessária interação com a sociedade, função que é exigida para o adequado gerenciamento do risco sanitário. Ainda segundo o autor, a ação educativa no âmbito da vigilância sanitária pode ser utilizada tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona aos direitos de cidadania.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento H é um sujeito que demonstra bom trânsito na saúde pública do país, acompanhando as discussões que ocorrem na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e, por isso, apresenta um discurso político para a “evolução” de vigilância sanitária para vigilância em saúde.

De acordo com esse sujeito coletivo, a criação da ANVISA proporcionou que a atividade de vigilância fosse “profissionalizada, refinada e qualificada”. Entretanto, esse

avanço organizacional e profissional, gerado pela instituição da agência, não foi capaz de resolver o que COSTA (2008) classifica como a persistência de certo descolamento das demais ações de saúde.

Dessa forma, ainda não ocorreria uma “apropriação sistêmica”, do ponto de vista da política de saúde, das estratégias que o “sistema de vigilância tem a oportunidade de gerar”.

A solução para essas dificuldades se daria através da “evolução” de vigilância sanitária para vigilância em saúde, embora o próprio sujeito coletivo reconheça dificuldades neste “casamento”, entre a ANVISA e a Secretaria de Vigilância em Saúde.

Esse casamento, essa interface, se concretizaria através da execução de ações da Vigilância em Saúde, na perspectiva de potencializar a execução das ações das vigilâncias: sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador e, assim, teríamos a possibilidade de “aprimorar a política numa perspectiva de apropriar sistematicamente os benefícios e as ferramentas que a vigilância pode propiciar”.

No grupamento I, o sujeito coletivo relata experiências relativas às denúncias feitas à vigilância sanitária, e demonstra total satisfação com “a atenção que eles dão as denúncias”. Para tanto, o Plano Local de Ação (SMSA, 2009b, p. 63) estabelece como problema os “Estabelecimentos, serviços e produtos não conformes encaminhados pela população”; como indicador do problema as “Denúncias recebidas”; e como risco sanitário o “Prejuízo à população”.

Dessa maneira, a vigilância sanitária tem como meta o atendimento de 100% das reclamações e denúncias registradas (SMSA, 2009b), atendendo prontamente as necessidades postas pela população, ainda que pontualmente.

Os sujeitos coletivos dos grupamentos J, K e L se manifestam através de discursos que trazem os tradicionais objetos de ação de vigilância sanitária, quais sejam: alimentos, serviços e produtos. Os alimentos, devido à alta incidência de referências, mesmo pertencendo ao ramo dos produtos, foram agrupados separadamente.

O discurso do sujeito coletivo referente aos alimentos destaca situações em que a vigilância sanitária é responsável pela inspeção e fiscalização de alimentos industrializados e *in natura*. Destaca também a importância da atuação da vigilância sanitária, tanto no setor público (unidades de emergência do SUS) quanto no setor privado (empresa de alimentação hospitalar), e como a atuação da vigilância sanitária nesses setores agrega segurança e qualidade aos alimentos produzidos.

Os serviços são caracterizados, no discurso do sujeito coletivo do grupamento K, como serviços de saúde. As experiências relatadas dizem respeito à ação da vigilância sanitária como instrumento de qualidade diretamente relacionado ao controle de infecções e avaliação de riscos à saúde, beneficiando não só os usuários de serviços hospitalares, mas também, os usuários de serviços odontológicos.

Outra observação interessante está relacionada à conduta do profissional de vigilância sanitária. No exercício da atividade fiscalizadora, parece ser unanimidade, que “o fiscal”, no primeiro momento, tenha um papel de orientação, ou seja, que adote uma postura “mais educativa”. Entretanto, após essa orientação inicial, se for comprovado a persistência ao desrespeito à norma, então, o “fiscal” é incitado a “multar sim, porque enquanto cidadã, se eu for ao hospital e tiver coisas fora da norma, com certeza vou ser prejudicada”.

Cabe observar, igualmente, o reconhecimento das normas sanitárias como expressão de um conjunto de conhecimentos científicos e tecnológicos utilizados pela vigilância sanitária para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde (BRASIL, 1990).

Por sua vez o sujeito coletivo do grupamento L, de produtos, apresenta uma experiência negativa em relação à inspeção e autorização de produto sob responsabilidade da vigilância sanitária.

O grupamento do sujeito coletivo M expressou a ideia de ausência de experiências com a vigilância sanitária. Expressou também, um interessante receio em se manifestar “sozinha”, pois dessa maneira, desrespeitaria o vínculo estabelecido com sua entidade.

Por fim, cabe observar a riqueza das experiências “vividas” pelos conselheiros de saúde com a vigilância sanitária, e como essas experiências foram ressignificadas em saber prático, influenciando diretamente o pensamento e o conhecimento desses sujeitos sobre o tema, o que foi verificado pela segunda pergunta deste estudo.

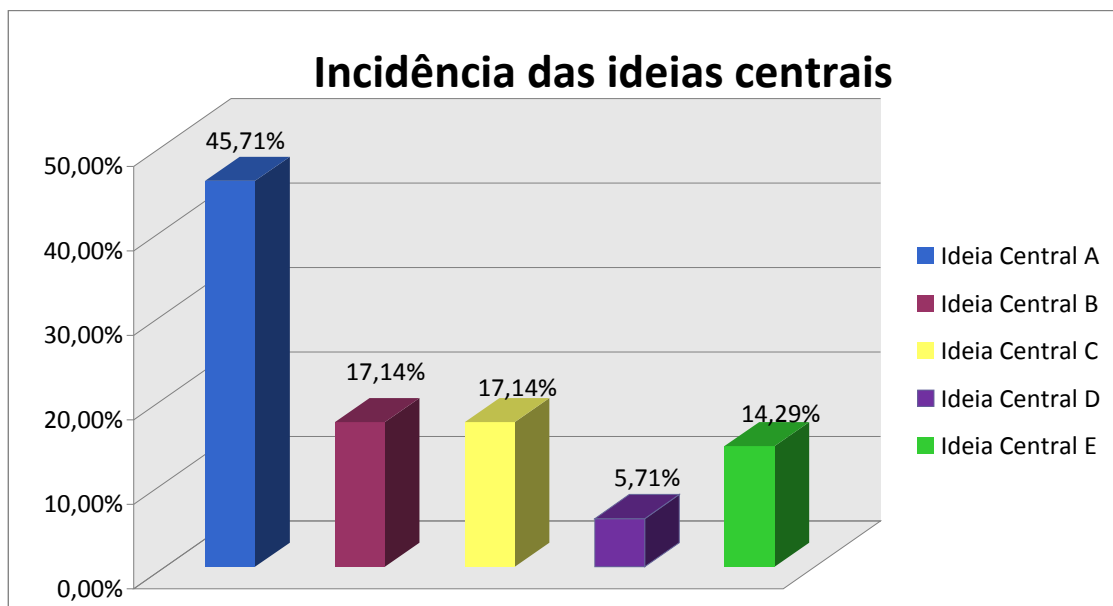
4.2.5- Discursos do Sujeito Coletivo relativos a Pergunta 4 - Você conhece o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte? Fale um pouco sobre ele.

Tabela 10- Síntese de ideias centrais da Pergunta 4.

- A Desconhece o Plano de Ação
- B Totalmente não
- C Não conhece o Plano de Ação, mas gostaria de conhecer
- D Sabe da existência do Plano de Ação

## E Conhece o Plano de Ação

Figura 11- Incidência das ideias centrais da Pergunta 4.



### A- Desconhece o Plano de Ação

#### DSC

*Não... não conheço! Não foi passado para o conselho. A gente fez um curso muito rápido, mas a gente deveria ter outros encontros pra gente discutir mais coisas a respeito da vigilância, pra gente ficar mais interado e dar satisfação. Certos colegas, de forma muito superficial, discutem a vigilância sanitária. O conselho tinha que fiscalizar... acompanhar todo o trabalho desenvolvido. Nós convocamos a gerente de vigilância sanitária pra fazer uma exposição a cerca de todo o trabalho desenvolvido, mas ficou um pouco aquém da nossa visão de 5 anos atrás. Parece até que as leis cercearam... de maneira bastante acentuada um papel mais ativo no desempenho da vigilância sanitária aqui no município.*

### B- Totalmente não

#### DSC

*Bom!... totalmente não. A gente conhece alguns... porque plano de ação é isso aí, né... é exterminar tudo que venha a trazer problema pra as pessoas, pra gente, pra população e pra cidade. Na realidade, pra te ser sincera, não estou recordando. Eu fiz um curso de vigilância sanitária, agora eu não sei se ele está incluído no meio.*

*Particularmente, vejo o quadro profissional da vigilância sanitária muito pequeno, para uma cidade populosa como Belo Horizonte. Acho o quadro muito pequeno para estar em vários locais que necessitaria estar olhando... verificando as condições, enfim... todos os lugares que deveriam estar presentes pelo menos uma vez por mês. Então, eu não vejo uma vigilância satisfatória.*

### **C- Não conhece o Plano de Ação, mas gostaria de conhecer**

#### **DSC**

*Começamos a direcionar a mudança da concepção de vigilância sanitária para vigilância em saúde e isso é fundamental! Mas a forma de atuação, como está hoje... quão potencializado e embasado... o marco legal da vigilância sanitária, isso eu não tive oportunidade ou tempo para me especializar tanto assim!... Dessa forma... não conheço o plano e gostaria de conhecer. Acho que ele deveria vir para o conselho municipal de saúde pra que a gente pudesse tá estudando... aprendendo com esse plano e as vezes pudesse tá contribuindo com alguma proposta. Se ele já veio eu não participei, eu não vi! Não quero com isso desqualificar o plano. Eu trabalho com a comunidade com o distrito. Eu tô mais perto do problema do usuário... então, eu gostaria de conhecer o plano... porque a vigilância sanitária era tratada como uma delegacia e hoje ela tá aberta. Eu gostaria de saber realmente quais são os planos da vigilância sanitária!*

### **D- Sabe da existência do Plano de Ação**

#### **DSC**

*Eu já sei que existe!... É um plano que não conheço detalhadamente... ele foi explicado aqui no conselho, mas tecnicamente. Nós não tivemos acesso a esse plano... a esse tipo de vigilância local. A vigilância sanitária, por exemplo, esse tempo todo que faço parte do conselho... foi explicada uma vez só, pra nós... e é uma coisa que... nós falhamos muito nesse lado... porque a gente fala de saúde não como uma prevenção. A gente discute muito a saúde como um remédio... e sempre que a gente discute a saúde nesse conselho... a gente leva muito pro lado da ação, uma coisa que já aconteceu... a gente não faz prevenção!*

### **E- Conhece o Plano de Ação**

#### **DSC**

*Conheço, mas ele é enorme! Não sei todos os detalhes. Gosto muito do controle da qualidade do serviço das padarias, do Siságua que é a análise da água, a operação verão de vistoria nos clubes e outra que eu acho fundamental é a vistoria nas escolas... que as vezes a gente tem um olhar pra fora e agora também, começando a ter um olhar pras nossas próprias escolas.*



*Um aspecto que chamou minha atenção é que a vigilância sanitária no seu plano de ação trata de percentuais, de metas a serem atingidas... obviamente que existe uma prioridade nas ações que são de maior risco... que impactam maior risco para a população, como bloco cirúrgico e leitos de CTI. Outros de menor impacto, como consultórios médicos e consultórios odontológicos teriam uma supervisão... vamos dizer assim, da vigilância sanitária... não na sua totalidade, mas em uma parte amostral. Fiquei um pouco preocupado foi com o tamanho de Belo Horizonte e com o tamanho que é a vigilância sanitária, entendeu?... A falta de pessoas, de recursos humanos na área de vigilância. O número pequeno de fiscais e um número grande de estabelecimentos. Há uma sobrecarga de trabalho pra as pessoas fazerem!*

*Outro aspecto que me chamou muito a atenção no plano, na apresentação na câmara técnica de avaliação, é a questão dos asilos... que há um tempo atrás a gente via na mídia alguns problemas e hoje eu vejo que a vigilância sanitária atingiu 100% das casas de repouso de idosos.*

*Faço também uma crítica. Podemos aprimorar! Eu vejo que a vigilância em saúde e a vigilância sanitária se não tivermos uma preocupação e uma ação cotidiana de entrelaçamento dos objetivos é muito fácil cair na situação da inspeção, do inspetor sanitário que tem lá sua rotina de... uma centena de estabelecimentos para semanalmente... quinzenalmente visitar. Se nós não tivermos cuidado... é fácil os planos e as rotinas levarem a uma atividade de execução, resumindo-se a questão da inspetoria... da inspeção sanitária e perdemos o caráter estratégico da construção conjunta dos objetivos de uma política pública, ou seja, do gerenciamento dos riscos num dado território numa dada população. E passa pelo contínuo processo de profissionalização e pelo dimensionamento das equipes [...].*

Importante observar que o discurso do sujeito coletivo apresentado nos grupamentos A, B e C expressam, de maneira distinta, a mesma referência coletiva de desconhecimento em relação ao Plano Local de Ação, e por isso estão agrupadas separadamente.

Dessa maneira fica evidente que a grande maioria dos conselheiros de saúde desconhecem o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária, apesar desse plano ter sido apresentado por duas vezes na Câmara Técnica de Controle, Avaliação e

Municipalização e uma vez no plenário do Conselho de Saúde de Belo Horizonte no início do ano de 2009.

Dos trinta e cinco conselheiros efetivos entrevistados, apenas cinco demonstram conhecer o Plano Local de Ação, sendo três do segmento gestor e dois do segmento usuário (ver anexo 3).

A explicação para essa situação estaria no discurso do sujeito coletivo do grupamento D. O Plano Local de Ação foi explicado no conselho, mas “tecnicamente”. VAN STRALEN e col. (2006) observam que a utilização de linguagem demasiadamente técnica pode caracterizar obstáculo à participação. Além disso, esse discurso esclarece também que “nós não tivemos acesso a esse plano, a esse tipo de vigilância local”.

Cabe ressaltar que, para a elaboração do Plano Local de Ação, a vigilância sanitária municipal “realizou reuniões com a participação dos nove Gerentes Distritais e do Gerente Municipal” (SMSA, 2009b, p. 13).

DALLARI (2004) já alertava para a necessidade de serem permanentemente asseguradas condições para o exercício da participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de vigilância sanitária.

Uma vez constatada a inexistência de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária (COSTA, 2003; BRITO, 2007) e conseqüentemente de uma Política Municipal de Vigilância Sanitária, seria então razoável, promover a participação da sociedade na elaboração do instrumento de planejamento - o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária, através de seus representantes no conselho municipal de saúde.

Na verdade, essa preocupação já existia desde a formatação inicial do PDVISA

(ANVISA, 2006, p.3) quando foi ressaltada sua interface com “o planejamento participativo ascendente” e as discussões em torno da responsabilidade sanitária.

Verifica-se também a ausência de preocupação, por parte dos Gerentes da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, em viabilizar e fomentar acesso ao Plano Local de Ação, descumprindo assim, a diretriz do próprio PDVISA (ANVISA, 2007, p.50) de garantia do acesso a informação em vigilância sanitária, pois afinal, trata-se de documento eminente público.

Dessa maneira, não é admissível que a elaboração do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária seja monopólio dos gerentes de vigilância sanitária. Pois é exatamente através da formulação desse Plano Local de Ação que se pretende integrar um maior número de atores, ampliando assim a legitimidade das práticas sanitárias na sociedade (ANVISA, 2007a).

O Plano Local de Ação, que na realidade nada mais é do que a Programação Anual da Vigilância Sanitária, contempla as atividades a serem desenvolvidas, as metas e os resultados esperados, seus meios de verificação e os recursos financeiros envolvidos (ANVISA, 2007b).

TEIXEIRA e COSTA (2008) afirmam ser imprescindível a utilização de mecanismos de transparência na atuação da vigilância sanitária. Essa razão, por si só, já seria suficiente para assegurar a participação dos conselheiros de saúde na elaboração e controle do Plano/Programação Anual da Vigilância Sanitária.

Os discursos apresentados nos grupamentos A, B, C e D revelam um interesse legítimo em “conhecer, discutir, acompanhar e fiscalizar todo o trabalho desenvolvido

pela vigilância sanitária”. E, ao mesmo tempo, revelam também a satisfação de terem participado do curso de capacitação promovido pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, embora também esclareçam que “a vigilância sanitária foi explicada uma vez só pra nós”.

Com efeito, a grande maioria dos conselheiros de saúde lembram-se de sua participação no curso de Capacitação “Vigilância Sanitária e o Conselho Municipal de Saúde” oferecido pela Vigilância Sanitária da SMSA no final de 2008, mas não se recordam das três apresentações do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária ocorridas no início de 2009.

A participação seria responsável pela diferente percepção. Ao participarem do curso de vigilância sanitária, os conselheiros tiveram a oportunidade de construir o saber prático, combinando essas informações com as informações prévias existentes, as experiências e os valores. Assim se daria a construção das representações. Dessa forma, aquele objeto misterioso, após ser devidamente destrinchado e recomposto, torna-se algo efetivamente palpável passando a parecer-lhes natural (ARRUDA, 2002).

Imperioso observar também, o argumento utilizado pelo sujeito coletivo do grupamento C, ao demonstrar interesse em conhecer “quais são os planos da vigilância sanitária” justifica: “porque a vigilância sanitária era tratada como uma delegacia e hoje ela está aberta”.

Trata-se de uma ancoragem, ou seja, a maneira pela qual o sujeito recorre ao que lhe é familiar fazendo uma conversão da novidade, trazendo-a ao território

conhecido de sua bagagem nocional, ancorando aí o novo, o desconhecido (ARRUDA, 2002).

Ainda no grupamento D, nos deparamos com um claro resgate de representações sociais:

“A gente discute muito a saúde como um remédio e, sempre que a gente discute a saúde nesse conselho a gente leva muito para o lado da ação, uma coisa que já aconteceu. A gente não faz prevenção”.

Como mencionado anteriormente, a alta demanda da população, por serviços de assistência reflete um pensamento sanitário apegado ao atendimento à doença, tendo a assistência médica como remédio, e dessa maneira, acaba sendo prioridade frente às questões relativas à vigilância sanitária (COSTA, 2003; VALLA, 2006). Nas palavras de COSTA (2008), isso se deve também, ao imenso débito em termos de atenção a saúde que o país tem para com a maioria da população.

Por sua vez, o grupamento E se expressa através de um discurso que se revela conhecedor do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária. Interessante observar que no primeiro parágrafo o sujeito coletivo aponta alguns programas realizados pela vigilância sanitária para fazer frente aos problemas elencados pelo plano de ação. São citados o Siságua, que é o programa municipal de monitoramento da qualidade da água de abastecimento para consumo humano, programa esse vinculado ao VIGIÁGUA do Ministério da Saúde. E a Operação Verão, que diz respeito à realização de inspeções nos clubes, para a verificação das não conformidades nas piscinas (SMSA, 2009b).

No segundo parágrafo é explicitada a metodologia utilizada na elaboração do plano de ação:

“A vigilância sanitária no seu plano de ação trata de percentuais, de metas a serem atingidas. Obviamente que existe uma prioridade nas ações que são de maior risco, que impactam maior risco para a população. Outros, de menor impacto teriam uma supervisão, vamos dizer assim, da vigilância sanitária. Não na sua totalidade, mas em uma parte amostral”.

Entretanto, a utilização dessa metodologia foi questionada pelos conselheiros, na apresentação do plano de ação na Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização (ver p.80). Os conselheiros não se satisfizeram com o *modus operandi* da vigilância sanitária, que trabalha com programas e não com práticas permanentes, e também demonstraram preocupação em relação à questão de se trabalhar com amostragens, e não com ação efetiva.

Por fim, o sujeito coletivo expressa uma crítica ao Plano Local de Ação. Um chamamento para a necessidade de se entrelaçar os objetivos da vigilância em saúde com os da vigilância sanitária.

“Se não tivermos cuidado, é fácil os planos e as rotinas levarem a uma atividade de execução, resumindo-se à questão da inspetoria, e perdemos o caráter estratégico da construção conjunta dos objetivos de uma política pública”.

Esse sujeito coletivo é brilhante ao expressar um discurso capaz de despir a vigilância sanitária, enxergando aquele que talvez seja seu maior desafio contemporâneo - a construção de um novo paradigma através da recomposição de suas práticas de trabalho para além da fiscalização, para além de seu aspecto coercitivo, percebendo também sua importância na intervenção na construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde (ANVISA, 2006). E, sobretudo, pela execução de ações que sejam balizadas pelas demais ações de saúde.

O sujeito coletivo ainda observa que para a construção conjunta dos objetivos de uma política pública é necessário um “contínuo processo de profissionalização e dimensionamento das equipes”.

A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, através de seu Plano de Ação, e os sujeitos coletivos, através dos discursos, reconhecem claramente a necessidade urgente de recomposição dos recursos humanos da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte.

E dessa forma, o que se constata, é que a limitação dos recursos humanos acaba por agravar ainda mais as deficiências do serviço. De acordo com o Plano Local de Ação (SMSA, 2009b, p.14) o problema “Deficiência da política de RH” tem como indicador a “Insatisfação dos funcionários da vigilância sanitária” o que poderia ser enfatizado pelo sujeito coletivo desse grupamento ao expressar “há uma sobrecarga de trabalho para as pessoas fazerem”.

Ainda segundo o Plano Local de Ação (SMSA, 2009b), a deficiência da política de RH teria como risco sanitário o “Comprometimento da qualidade das ações da vigilância sanitária”, o que foi percebido pelo sujeito coletivo do grupamento B: “então, eu não vejo uma vigilância satisfatória”.

Assim, se faz necessário a urgente adequação das equipes de profissionais, bem como o investimento institucional na sua qualificação, ao mesmo tempo em que a ressignificação da vigilância sanitária exige também, a disponibilidade e interesse desses mesmos profissionais para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

## 5 CONCLUSÃO

Baseado no estudo apresentado, concluímos que o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, espaço público legalmente instituído e vinculado ao SUS-BH, enfrenta dificuldades concretas para cumprir o seu papel de ser o fórum que possibilita a participação da sociedade - novo elemento que interfere diretamente na relação Estado-sociedade, obrigando aquele a prestar conta de suas ações e intenções a esta.

Nessa perspectiva, observamos uma convivência conflituosa entre os representantes dos segmentos usuário, trabalhador e gestor. Além dessa dificuldade, o estudo demonstra uma série de outras que interferem no bom funcionamento deste fórum, sendo que todas já foram abordadas pela literatura.

Todavia, percebemos a existência de um processo de amadurecimento em curso. Os conselheiros de saúde demonstraram no exercício de sua prática cotidiana de participação, seja nas reuniões ordinária e extraordinárias, nas reuniões de câmaras técnicas, nas plenárias de usuários e de trabalhadores, a “tomada de consciência” sobre a maioria das dificuldades relatadas por este trabalho.

Assim, por exemplo, percebem a diferença entre o “bem comum”, representado pelo controle social, que objetiva a defesa dos interesses dos cidadãos, e o “interesse comum”, representado pelo “controle pessoal”, que objetiva a defesa dos interesses particulares.

Dessa maneira, parecem caminhar, ainda que lentamente, no sentido de se tornarem cidadãos mais conscientes e preparados para o exercício do controle social. Nesse sentido, a participação dos conselheiros demonstra um claro direcionamento para



aquilo que alguns autores chamam de “cidadania ativa”, ou seja, um árduo processo de dedicação e aprendizagem, mas, que resulta na inclusão de novos sujeitos sociais.

Nesse contexto, constatamos uma importante atuação do CMSBH na discussão, acompanhamento, avaliação, fiscalização e deliberação da política municipal de saúde. No entanto, constatamos também que o CMS não é o ator principal no processo de tomada de decisões dessa política pública, cabendo a ele um papel coadjuvante.

A existência da participação, por mais fragilizada que essa se apresente, por si só, representa a divisão do poder. Dessa forma, detectamos um certo desconforto por parte da gestão ao necessitar compartilhar com a sociedade, via conselho de saúde, as decisões relativas ao ciclo das políticas de saúde.

Esse desconforto seria causado pela necessidade de convocar várias reuniões, muitas delas infrutíferas e exaustivas, pela demora em decidir, pela adoção de posicionamentos críticos, mas principalmente, por não vincularem a ideia da participação ao processo decisório.

Dessa forma, a atual gestão do SUS-BH tem demonstrado pouco interesse em participar do Conselho Municipal de Saúde, preferindo se ausentar desse fórum. Além disso, favorece o esvaziamento do CMS permitindo que o outro ramo de seu segmento, o segmento prestador, se ausente também.

Verificamos então, a existência de relações verticais com predomínio de relações de poder baseadas na hierarquia e na dependência. Desse modo, cabe à gestão a centralidade e o papel protagonista nas decisões sobre as políticas públicas de saúde.

Assim, a diminuição da distância entre Estado e sociedade não acontece. E a utopia democrática da co-gestão, no sentido da divisão do poder decisório, não se realiza.

Ao buscarmos um significado para o termo “Controle Social” junto aos conselheiros de saúde obtivemos como resposta a expressão “Participação da Sociedade” como parte de um discurso prevalente.

Entretanto, verificamos que o discurso apresentado por esses sujeitos coletivos não corresponde necessariamente à ação. Ou seja, apesar da maioria dos conselheiros de saúde entenderem a participação da sociedade como sinônimo de controle social, o que se observa é a grande ausência desses mesmos conselheiros no CMSBH.

Assim sendo, ao separarem o discurso da ação esses sujeitos coletivos deixam de ser sujeitos agentes, deixam de ser atores sociais, no sentido de atuarem nesse “espaço público privilegiado”, e desprezam a possibilidade de intervirem, via políticas públicas, na estrutura das relações sociais.

Como consequência essa arena pública, onde os diversos grupos de interesses deveriam estar presentes, disputando o atendimento à suas demandas através do exercício da cidadania e do controle social, encontra-se esvaziada.

Desse modo, a sociedade civil organizada se mostra desmobilizada. A promoção da cidadania como estratégia de mobilização social para se assegurar à saúde como direito parece não ser em si suficiente frente a um contexto geral de desorganização da sociedade civil. E nesse sentido se faz necessário a retomada da reforma sanitária, com a repolitização da saúde como estratégia para a democracia, visando à defesa intransigente dos princípios do SUS.

Concluimos, então, pela necessidade urgente de que o segmento gestor reveja sua postura participativa deixando de enxergar o Conselho Municipal de Saúde como um inimigo, pois afinal é a sociedade, com todas suas diferenças, quem ocupa os assentos desse conselho.

Que venha a gestão e ocupe suas cadeiras, sendo exemplo na retomada dos assentos vagos no CMS, fortalecendo assim, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte como legítima instituição do Estado brasileiro.

Por sua vez, ao buscarmos desvelar as representações sociais dos conselheiros de saúde de Belo Horizonte, sobre o tema Vigilância Sanitária, detectamos a existência de algumas matrizes discursivas predominantes.

A vigilância sanitária é entendida como órgão fiscalizador pertencente ao Estado, que realiza o controle das doenças, produtos e serviços colaborando na garantia da qualidade dos mesmos. Tem a responsabilidade de preservar a saúde e o bem estar, proporcionando uma vida saudável para os cidadãos. Os conselheiros percebem também, a natureza preventiva da vigilância sanitária e o seu pertencimento ao SUS.

Assim, concluimos que os conselheiros de saúde, ao se apropriarem dessas matrizes discursivas, demonstram conhecer a vigilância sanitária e a reconhecer sua importância para as práticas de Saúde Pública, inclusive a responsabilizando pela proteção da saúde da população.

Além disso, os conselheiros revelam um interesse em conhecer, discutir, acompanhar e fiscalizar o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária. Desse modo, evidencia-se a necessidade de se fomentar um permanente debate entre os segmentos da sociedade e a vigilância sanitária, devendo ir além de um encontro pontual.

E, dessa forma, os conselheiros demonstram também estarem aptos para participarem, através do exercício do controle social, do processo de formulação da Política Pública Municipal de Vigilância Sanitária, ainda que essa política (ou a falta dela) se concretize em apenas um instrumento de planejamento - o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária.

Nesse sentido, verificamos a existência de ruídos relacionados à Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, no que diz respeito ao número reduzido de trabalhadores e a falta de articulação entre o CMS e a vigilância sanitária, que poderia ser traduzida pela ausência da vigilância no conselho, ao mesmo tempo em que o conselho não acompanha e não fiscaliza o trabalho desenvolvido pela vigilância.

Esse círculo vicioso é agravado pela postura autoritária e centralizadora da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, ao reservar para seus gerentes a exclusividade na tomada de decisões relativa à feitura deste instrumento de planejamento.

Dessa forma, a Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, ao não envolver “outros atores” na elaboração do Plano Local de Ação, faz com que a participação e o controle social em vigilância sanitária continue a ser um discurso vazio, perpetuando a “proeminência” da política dos técnicos sobre a política dos cidadãos.

Nesse contexto, os conselheiros de saúde não reconhecem na apresentação do Plano Local de Ação os mecanismos que seriam próprios da participação e do controle social, mas apenas, a formalização de uma exigência legal. Dessa maneira, constatamos também, que o Plano Local de Ação proposto pelo PDVISA não consegue avançar alterando a lógica anterior, de adoção de arranjos voltados a legitimar o financiamento e o repasse de recursos.

Por fim, concluímos reafirmando a necessidade de se assegurar o direito constitucional da participação da sociedade na gestão pública. Somente o exercício pleno da cidadania, realizado através da participação dos cidadãos não só fiscalizando a aplicação de recursos, mas também formulando as políticas públicas, garantirá a finalidade precípua de que essas políticas atendam ao interesse público.

### 5.1 RECOMENDAÇÕES À ANVISA

- 1- Alterar a denominação de Plano Local de Ação de Vigilância Sanitária para Programação Anual de Vigilância Sanitária.
- 2- Estimular a participação dos trabalhadores de Vigilância Sanitária na elaboração do plano/programação.
- 3- Estimular a participação de Conselheiros de Saúde em alguma fase da elaboração do plano/programação.
- 4- Exigir que seja dada publicidade ao plano/programação, divulgando-o no respectivo *site* da prefeitura municipal.
- 5- Para aqueles municípios que não contarem com sites municipais, a ANVISA deverá dar publicidade a estes planos de ação no seu próprio *site* através do Núcleo de Assessoramento de Descentralização de Ações de Vigilância Sanitária.
- 6- Estabelecer que quando da aprovação do Plano/Programação Local de Ação, no Conselho Municipal de Saúde, seja feita também, uma avaliação das ações realizadas pela Vigilância Sanitária tendo como base o plano de ação do ano anterior. Assim, seria

dado um *feedback* aos conselheiros, disseminando o conhecimento e estimulando o interesse pelo campo de Vigilância Sanitária.

7- A ANVISA deve adotar uma tabela de pontuação para monitorar os critérios de elaboração do plano, incorporando as recomendações supra citadas, com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade dos planos de ação municipais. O resultado obtido pode, inclusive, servir de parâmetro para incremento financeiro extra aos municípios.

## 6 REFERÊNCIAS

Alvarez MC. Controle social: notas em torno de uma ação polêmica. São Paulo Perspect. 2004;18:168-76.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento base para elaboração do plano diretor de vigilância sanitária. Brasília (DF); 2006. [internet]. [acesso em 5 nov 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/apresentacao.htm>

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária. Brasília (DF); 2007a.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária: guia de orientações para a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária. Brasília (DF); 2007b. [internet]. [acesso em 2 nov 2009]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/Plano\\_de\\_acao\\_Guia\\_1.2\\_25062007.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/Plano_de_acao_Guia_1.2_25062007.pdf)

Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad Pesqui. 2002;(117):127-47.

Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev Latino Am Enfermagem. 2003;11(3):376-82.

Belo Horizonte. Lei nº 0, de 21 de março de 1990. Lei orgânica do município de Belo Horizonte [internet]. [acesso em 22 set 2009]. Disponível em: <http://bhz5.pbh.gov.br/legislacao.nsf/42d34f6e3014477e0325679f0041f8fa/1abf7fae53aeb5fd032567a100633dea?OpenDocument>

Belo Horizonte. Lei nº 5903, de 3 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. Belo Horizonte; 1991.

Belo Horizonte. Lei nº 7536, de 19 de junho de 1998. Altera a Lei nº 5903 que cria, na área da saúde, o Conselho Municipal, a Conferência Municipal, os Conselhos Distritais e as Comissões Locais. Diário Oficial do Município. 20 de jun de 1998.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, 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 de set 1990a;Seção 1:018055.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências Brasília (DF); 1990b. [internet]. [acesso em 6 jun 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/L8142.htm>

Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 de janeiro de 1999.

Brito RL. 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 de mestrado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p. 93-112.

CMSBH- Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. História das Conferências Municipais de Saúde. Belo Horizonte; 1999.

CONAVISA- Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. I Conferência Nacional de Vigilância: Relatório Final Sanitária. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001.

CNS- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 04 de agosto de 1992. Aprova o documento “Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” anexado à resolução. Diário Oficial da União. 15 de jan 1993.

Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(1):9-18.

Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumentos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Côrtes SMV. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. Educar. 2005;25:143-74.

Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 102-27.

Costa EA, Bonfim Jr A. O movimento de construção do Sistema de Vigilância Sanitária no país. Divulg Saúde Debate. 2001;(25):4-5.



Costa EA. Vigilância sanitária e proteção da saúde. In: Direito Sanitário e Saúde Pública. Coletânea de Textos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. v.1. p.189-217.

Costa EA. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime; 2004.

Costa EA. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Edufba; 2008. p. 77-90.

Dallari SG. O direito sanitário como campo fundamental para a vigilância sanitária. In: Faculdade de Saúde Pública. Vigilância Sanitária: textos e contextos. São Paulo: USP; 2004. p. 07-23.

Dallari SG. Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Edufba; 2008. p. 45-52.

De Seta MH, Silva JAA. A gestão em vigilância sanitária. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: caderno de textos. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001. p. 71-83.

Delgado M, Escorel S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. Saúde Debate 2008;(43):23-8.

Fleury S, Carvalho AI, Manotas N, Bloch R, Nevares S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. Rev Adm Pública. 1997;31(5):1-15

Fortes PAC. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira G, organizadoras. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 61-70.

Gohn MG. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília (DF): OPAS; 2003. p. 41-65.

Gomes, LJG. Belo Horizonte: a cidade descrita. Documentos de uma história urbana. Belo Horizonte. Anuário Estatístico de Belo Horizonte; 2000.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [base de dados na internet]. Brasília (DF); 2007 [acesso em: 26 out 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>

- Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2002. p. 17-44.
- Jovchelovitch S. Há simetria entre o comportamento da população e o dos políticos no Brasil. *Folha de S. Paulo*, 2009 dez 7; 1º Caderno:17 (col. 2).
- Labra ME. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 353-82
- Labra ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 176-203.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo [software de apoio a pesquisas qualiquantitativas, com base na teoria]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- Lobato LVC. Apresentação. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 7-12.
- Lucas SD, Campomizzi JB. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: Reis AT, Campos C, organizadores. *Sistema Único de Saúde em BH: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 51-79.
- Lucchese G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2001.
- Lucchese G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira G, organizadoras. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-47.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 2000.
- Monteiro MG, Fleury S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. *Saúde Debate* 2006;(30):219-33.
- MS- Ministério da Saúde- Secretaria Executiva. *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva- Instrumentos básicos*. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2007.

MS- Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial União. 23 dez 2009; Seção 23:12.

Moreira MR, Escorel S, Fernandes FMB, Delgado MM, Sucena LFM, Oliveira NA de. A democratização nos conselhos de saúde. Saúde Debate. 2006;30(73/4):205-18.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. In: Cad. Saúde Públ. 2004; (20)3:49-52.

Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003: p. 587-603.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Boas práticas de humanização na atenção e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2006.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2007. Belo Horizonte; 2008a [acesso em 27 out 2009] Disponível em [http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio\\_de\\_gestao\\_final\\_24-04-2008.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf)

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de vigilância em saúde e informação. Plano local de ação da vigilância sanitária de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA/BH; 2008b.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2008. Belo Horizonte; 2009a.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de vigilância em saúde e informação. Plano local de ação da vigilância sanitária de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA/BH; 2009b.

Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo, 9º ed. São Paulo: Malheiros, 1994.

Souza AMAF, Marques SB, Vignolia SR. Formação de recursos humanos para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma breve discussão sobre questões pedagógicas. In: Faculdade de Saúde Pública. Vigilância Sanitária: textos e contextos. São Paulo: USP; 2004. p. 35-8.

Souza C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. Sociologias. 2006;8(16): 20-45.

Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Públ.* 1993;9(3):300-08.

Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde Debate.* 2006;30(73/74):149-60.

Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizadora. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.* São Paulo: Paz e Terra; 2002.

Teixeira CF, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizadora. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma.* Salvador: Edufba; 2008. p. 149-90.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas; 2008.

Valla VV. Controle social ou controle público. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira G, organizadoras. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006: p. 49-60.

Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho D da F, Saraiva LES, Van Stralen TB de S, Belisário AS. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):621-32.

Víctoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.* Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

Vignola SR, Balbinot R. Participação da comunidade e controle social: desafios para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. In: Faculdade de Saúde Pública. *Vigilância Sanitária: textos e contextos.* São Paulo: USP; 2004. p. 46-9.

# ANEXOS

1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
2	Questionário das entrevistas
3	Quadro geral com as Expressões-Chave e Ideias Centrais

## 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I- Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania.

**a-JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O motivo que nos leva a estudar o assunto é a necessidade de se conhecer o pensamento e as experiências dos conselheiros de saúde sobre a vigilância sanitária e seu reflexo na elaboração das políticas municipais de vigilância sanitária.

A pesquisa se justifica pela necessidade de trazer o tema “vigilância sanitária” para o debate na roda do controle social do SUS-BH.

O objetivo desse projeto é descrever e analisar o conhecimento e a experiência vivida pelos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte em relação a este tema.

O procedimento de coleta de dados se dará da seguinte forma: vamos realizar uma entrevista dividida em duas partes. Na primeira parte, serão formuladas perguntas relacionadas ao perfil do conselheiro como sexo, idade e grau de instrução, dentre outras. Na segunda parte, serão cinco perguntas relacionadas ao controle social e a vigilância sanitária especificamente. A entrevista será gravada.

**b-DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS:** Existe a possibilidade de um desconforto mínimo para aqueles que se submeterem à entrevista, sendo que esse desconforto se justifica pelo benefício que a pesquisa trará ao contribuir para a compreensão das possibilidades da participação social na formulação das políticas de vigilância sanitária.

**c-ESCLARECIMENTOS SOBRE A METODOLOGIA:** Após serem registradas em gravador, as entrevistas serão transcritas para o papel. A pesquisadora irá então analisar o conteúdo de cada entrevista selecionando as ideias centrais

semelhantes agrupando-as. Depois, construirá com pedaços dos discursos individuais de cada grupo um discurso coletivo para cada modo de pensar.

**d-GARANTIA DE ESCLARECIMENTO E LIBERDADE DE RECUSA:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

**e-GARANTIA DE SIGILO:** A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

**f-FORMA DE ACOMPANHAMENTO:** Durante a execução do projeto o pesquisador estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários nos telefones: (31) 32238028 e (31) 96174266.

Em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos você também, poderá procurar pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, telefone (31) 3277-5309, Av. Afonso Pena 2336, 9º andar- Belo Horizonte.

**g-CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO:** A participação no estudo não acarreta custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira ou ajuda de custo.

II- Eu, \_\_\_\_\_ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas

dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão em participar da pesquisa se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora no telefone (31) 3223-8028 e (31) 9617-4266 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde telefone (31) 3277-5309.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**III-** Belo Horizonte,

---

Assinatura do Participante

Data

---

Assinatura do Pesquisador

Data

---



## **2- Questionário**

### **Perfil dos Conselheiros:**

Idade-	Sexo-	Grau de Instrução-
Entidade que representa-		Faz parte dessa entidade?-
Segmento-		Número de mandado-
Profissão-		

### **Perguntas:**

- 1- Controle Social, o que é isso para você?
  - 2-Se você tivesse que explicar para um novo conselheiro, o que é vigilância sanitária, de acordo com as normas e leis, o que você diria?
  - 3-Fale um pouco para a gente da sua experiência com a vigilância sanitária, enquanto conselheiro ou no dia a dia.
  - 4-Você conhece o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte? Fale um pouco sobre ele?
-

### 3- Quadro Geral com as Expressões-Chave e Ideias Centrais

#### 1- Controle Social: o que é isso para você?

Expressões Chave		Ideia Central	
Segmento U	Tá acompanhando os trabalhos do prefeito, dos vereadores... é tá controlando, tá atuando junto. Isso é que é o controle social.	É acompanhar e controlar o trabalho do prefeito e dos vereadores atuando junto com eles.	A
Segmento U	O controle pra mim... envolve toda a área da saúde, desde o usuário lá do posto de saúde,, como toda a população em geral... mesmo ele sendo usuário do posto ou não... porque o controle envolve todo o aspecto da sociedade, independente se é usuário ou não do SUS.	É o envolvimento de toda a sociedade com a saúde, independente de ser usuário ou não do SUS.	A
Segmento T	[...] é tá ligado a população e a gestão... a fazer aquilo que é melhor pra sociedade, né. Então as intervenções, os projetos, tudo aquilo que for relacionado com a saúde. Melhorar a qualidade de vida do povo, né. Através dos conselhos e da participação efetiva da população em todas as decisões que são tomadas não só dentro da prefeitura, no estado e no próprio país.	É a participação efetiva da população em todas as decisões tomadas pela gestão.	A
Segmento U	Acredito que o controle social é a gestão da saúde através das pessoas que participam do conselho garantindo à população uma saúde com qualidade.	È a gestão da saúde através das pessoas que participam do conselho.	A
Segmento G	Bom!... Controle social pra mim é um dos princípios do SUS, né! Dá necessidade da participação popular. Porque quando o SUS foi	A participação popular na gestão pública.	A

	<p>criado... a proposta do SUS é baseada em alguns princípios... seria a universalidade... a equidade... e o controle social... que é extremamente importante na minha avaliação, porque é muito importante a população participar de uma gestão... principalmente de uma gestão pública.</p>		
<p>Segmento U</p>	<p>[...] é uma maneira do povo estar com o poder público. Eu vou citar o caso do SUS... é a secretaria municipal, estadual e federal estar sentindo mais a necessidade de um povo... e um povo se organizando melhor para poder entender e discutir a questão... do controle social. Eu acho que é essa liberdade... da participação... de nós usuários, principalmente.</p>	<p>O controle social é uma maneira do povo estar com o poder público. É a liberdade de participação dos usuários.</p>	<p>A</p>
<p>Segmento U</p>	<p>O controle social pra mim é a participação do cidadão nas questões públicas que lhe diz respeito e a toda a comunidade. Ele envolvido com aquilo que tem no cotidiano, percebendo... olhando o que é seu direito e seus deveres.</p>	<p>O controle social é a participação do cidadão nas questões públicas.</p>	<p>A</p>
<p>Segmento G</p>	<p>Controle social é um movimento criado para dar suporte as ações de saúde. No caso do conselho municipal de saúde... das obrigações a serem executadas por cada município... esse papel no meu entendimento é o controle social. Significa a formação do usuário, do cidadão comum tá entendendo como se efetuam as ações de saúde no seu município.</p>	<p>O controle social significa a formação do usuário, do cidadão comum para entender como se efetuam as ações de saúde no seu município.</p>	<p>B</p>

Segmento G	Controle social pra mim é a participação popular... juntamente com as outras instâncias no planejamento das ações... é... no direcionamento, não na co-gestão.	Controle social é a participação popular no planejamento e direcionamento das ações. Não na co-gestão.	B
Segmento U	Controle social no meu entender é ter conhecimento dos programas oferecidos à população que mais necessita deles.	Controle social é a população ter conhecimento dos programas que são oferecidos.	B
Segmento U	[...] a gente ser solidário a qualquer tipo de ação... feita em ajudar o próximo. Na realidade, esse é nosso papel. A gente vem com essa intenção de fazer tudo para o bem do próximo e da nossa comunidade.	Ser solidário ao nosso próximo.	C
Segmento U	O que eu entendo é... pessoas que necessitam de cestas básicas... a gente corre atrás lá no bairro... pessoas morrem e não tem como enterrar... a gente corre atrás da prefeitura... na vizinhança a gente junta dinheiro para pagar o especial, então é mais a área social.	É ajudar as pessoas necessitadas.	C
Segmento T	Eu acho que é uma ajuda ao pessoal que depende do SUS. Pro pessoal que procura postos. Pro pessoal em geral. Nosso povo tá muito doente e carente... só que na hora do SUS eles não tem a assistência necessária.	É uma ajuda para o pessoal que depende do SUS.	C
Segmento U	No meu ver é a participação das pessoas, da sociedade civil fiscalizando o gasto público... porque apesar de tudo, sai dos nossos bolsos, através do pagamento dos impostos.	É a participação das pessoas, da sociedade civil fiscalizando o gasto público.	D

Segmento U	É!... controle social para mim é defender os direitos dos usuários em primeiro lugar. É fiscalizar as verbas... como é gasto as verbas públicas e cobrar um atendimento digno para os usuários.	1º ideia – Controle social é defender os direitos dos usuários fiscalizando as verbas públicas.	D
Segmento U	É!... tipo uma fiscalização, né... que deram para nós... o direito de saber o que acontece dentro do município... e até na nossa região. Principalmente nós que somos eleitos na região... a gente passa a ter controle sobre as finanças do município... o que é gasto com a saúde no município. Pra nós controle social é a participação mais ativa, né... do usuário, do trabalhador com o que acontece com o executivo.	Controle social é a participação mais ativa do usuário e do trabalhador fiscalizando o que é gasto com a saúde do município.	D
Segmento U	Controle social é você tá de olho, né! Nas instâncias que você tem como o conselho de saúde, conselho da mulher que eu faço parte... tanto nos gastos financeiros quanto nos serviços que são prestados à população. É fiscalizar a qualidade dos mesmos se estão sendo feitos de acordo com o que foi proposto.	É fiscalizar os gastos financeiros e a qualidade dos serviços prestados à população.	D
Segmento U	Eu acho que controle social é uma forma da gente conhecer e tomar parte. É participar daquilo que tá sendo aplicado em benefício da comunidade. O que tá acontecendo com aquele dinheiro, com aquela verba, né. Eu entendo que é fiscalizar... é você acompanhar o segmento daquela obra, daquele recurso destinado ao bem da comunidade e da sociedade.	Controle social é fiscalizar. É saber o que está acontecendo com aquele dinheiro, com aquela verba.	D

<p>Segmento P</p>	<p>[...] e a gente tem uma questão que é o poder social, que é o controle social, que são as organizações civis organizadas e que vai tá realmente acompanhando toda a execução. Desde o processo do que tá sendo legislado... colocado em lei... até o que tá sendo gasto, sendo investido. Então, o papel do controle social é extremamente importante no que diz respeito ao processo de fiscalização.</p>	<p>O papel do controle social é extremamente importante no que diz respeito ao processo de fiscalização. Do que está sendo legislado até o que está sendo gasto, sendo investido.</p>	<p>D</p>
<p>Segmento T</p>	<p>A participação da população, tanto usuário quanto trabalhador no controle dos gastos públicos com a saúde.</p>	<p>Participação da população no controle dos gastos públicos com a saúde.</p>	<p>D</p>
<p>Segmento T</p>	<p>Entendo também que o controle social não pode ser feito de maneira totalmente agressiva, de uma maneira abrupta. Eu acho que primeiro tem que ter um diálogo com a sociedade civil, representada pelo controle social, e com o governo na questão da gestão, porque o entendimento é que muitas vezes vem dirimir dúvidas principalmente na aprovação das contas do governo, na questão da avaliação dos planos.</p>	<p>2º ideia - Participação efetiva da sociedade organizada no governo sempre através do entendimento e do diálogo, principalmente na aprovação das contas e avaliação dos planos.</p>	<p>D</p>
<p>Segmento T</p>	<p>Controle social é um mecanismo democrático criado principalmente a partir da Constituição de 88 e que visa a possibilidade da participação social. Representantes da sociedade de uma maneira</p>	<p>2º ideia - Mecanismo democrático que visa a possibilidade da participação social na elaboração das políticas públicas e também no controle dos recursos públicos.</p>	<p>D</p>

	geral... na elaboração de políticas públicas e também no controle dos recursos públicos.		
Segmento U	É a efetiva participação... da sociedade civil organizada com suas entidades e organizações no controle do Estado.	1º ideia – É a efetiva participação da sociedade civil organizada no controle do Estado.	E
Segmento T	O controle realmente pela comunidade... pela sociedade de todos os entes públicos. Hoje nós temos um controle social um pouco mais avançado na área da saúde... bem limitado na área da educação e da assistência social. Na área financeira nós não temos nenhum. Então, eu acho que deveria avançar muito mais na área da saúde... ter um controle efetivo em todos os momentos, ser mais propositivo e não ser só pra aprovar as propostas que vem do governo.	O controle realmente exercido pela comunidade, pela sociedade de todos os entes públicos.	E
Segmento T	Pra mim significa a participação da sociedade... é dar o poder a sociedade e ajudar melhor na prestação de serviços para que ele possa utilizar, para que o outro possa utilizar desse serviço. Controle social é essa proatividade, né.	1º ideia – Significa dar o poder a sociedade.	E
Segmento P	O controle social contribui para efetivamente acontecer o SUS, né. Então, é a participação efetiva no controle do que é dito em lei e no que acontece na prática.	É a efetiva participação no controle do que diz a lei e no que acontece na prática.	E

Segmento G	A estratégia dos conselhos, falando especificamente da saúde, a estratégia dos conselhos municipais, distritais e locais. Pra mim, são menos uma estratégia de controle sobre o poder executivo, sobre o Estado e mais uma perspectiva de construção conjunta, de diálogo permanente. Então, é uma estratégia de construção de política pública, é uma estratégia de construção de Estado, onde se parte da concepção de que tanto o Estado quanto a política são para serem construídos juntos com o cidadão.	É uma estratégia de construção de política pública a partir da concepção de que tanto o Estado quanto a política pública são para serem construídos juntos com o cidadão.	F
Segmento U	É um novo modelo tá, uma vez que a gente tem hoje instituído o executivo e o legislativo, e o controle social vem como um outro poder dentro do Estado na formação de políticas públicas.	2º ideia – O controle social é um outro poder dentro do Estado na formulação de políticas públicas.	F
Segmento P	É um mecanismo da sociedade, que de uma forma democrática e organizada verifica a política pública de saúde e... social.	Mecanismo da sociedade que verifica a política pública de saúde.	F
Segmento P	No seu aspecto organizativo, ele traz não só o pleito da sociedade, mas a legitimidade da participação social na formulação e implementação de políticas públicas.	1º ideia – A legitimidade da participação social na formulação e implementação das políticas públicas	F
Segmento T	O controle social pra mim é a forma de você tá exercendo a cidadania. Porque o controle social é a participação da sociedade... no meu caso, nas políticas de saúde pública.	1º ideia – Controle social é a participação da sociedade nas políticas de saúde pública.	F



Segmento T	Controle social é um mecanismo democrático criado principalmente a partir da Constituição de 88 e que visa a possibilidade da participação social. Representantes da sociedade de uma maneira geral... na elaboração de políticas públicas e também no controle dos recursos públicos.	1º ideia – Mecanismo democrático que visa a possibilidade da participação social na elaboração de políticas públicas.	F
Segmento G	Bem!... controle social é uma forma em que vários atores sociais, articuladamente, buscam participar da formulação, da fiscalização e da regulação do processo das políticas públicas.	É a participação articulada de vários atores sociais na formulação e fiscalização das políticas públicas.	F
Segmento T	A sociedade organizada passou a ter uma participação efetiva no governo. Políticas formuladas dentro da gestão, elas se submetem à participação popular através de entidades organizadas. Então, nesse ponto de vista, o controle social vem para resgatar um compromisso de ser fiscalizador de uma política que vá ao encontro dos anseios da população.	1º ideia – O controle social vem resgatar um compromisso de ser fiscalizador de uma política que vá ao encontro dos anseios da população.	F
Segmento P	O controle social é inicialmente... um reconhecimento de uma luta histórica para a conformação do que conhecemos hoje como sistema de saúde. Em primeira linha, o controle social é o avanço inequívoco do SUS.	2º ideia - O controle social é o reconhecimento de uma luta histórica para a conformação do SUS.	G

Segmento T	[...] de repente você tem controle social visando tudo que é de bom para o coletivo. Enquanto participando do controle social eu tô querendo dar de mim um pouco para poder mudar o perfil do coletivo na saúde pública, na educação.	2º ideia – Participar do controle social é contribuir para mudar o perfil da coletividade.	G
Segmento T	[...] porque ser conselheiro de qualquer coisa já envolve aquele lado de voluntariado num é... voluntário é aquele que desenvolve qualquer atividade de forma gratuita, sem interesse maior. Então, a primeira coisa que nós tínhamos que fazer... até nós como multiplicadores porque quando a gente começa enumerar todas as atribuições que regem um conselheiro as pessoas caem logo num desânimo... certo... cansam rápido... não tem envolvimento... não chegam a se envolver.	Controle social é o exercício do voluntariado.	G
Segmento U	Controle social é fazer algo que sirva à sociedade.	Controle social é fazer algo para a sociedade.	G
Segmento T	Pra mim é a efetivação da reforma sanitária. Quando a saúde se preocupava com produção e a pessoa era uma peça de produção... surgiu a reforma sanitária... pra que? Pra que o centro que justifica a existência do Estado passa a ser a vida.	É a efetivação da reforma sanitária.	G

<p>Segmento U</p>	<p>Pra mim.... controle social é... quando a gente faz um trabalho em prol da comunidade. Pra mim controle social é um todo... na educação... na moradia... no transporte... tem que ter controle social. Porque é através do controle social que vai saber quais são as dificuldades lá trás... lá em baixo... lá na pontinha... tentando fazer um trabalho em conjunto... pra denunciar aquele que nem tá sabendo que tem direito, nem tá sabendo como funciona.</p>	<p>Controle social é um trabalho em prol daqueles que desconhecem seus direitos.</p>	<p>G</p>
<p>Segmento U</p>	<p>A saúde é um dever do Estado, né! Então, o controle social é lutar por um direito de todo em primeiro lugar.</p>	<p>2º ideia – Controle social é lutar por um direito de todos.</p>	<p>G</p>
<p>Segmento U</p>	<p>A gente tem que manter o controle social pra exercer nossa cidadania e defender nossos direitos.</p>	<p>2º ideia - É o exercício da nossa cidadania em defesa dos nossos direitos.</p>	<p>G</p>

---

**2- Se você tivesse que explicar para um novo conselheiro, o que é vigilância sanitária, de acordo com as normas e leis, o que você diria?**

Expressões Chave		Ideia Central	
Segmento T	Eu diria a ele que é uma norma de viver... primeiro a higiene em casa, com a própria saúde dele, com o próprio organismo dele. Então, eu acho que a vigilância sanitária em si é... como se diz, um modo de viver, de agir e de trabalhar.	A vigilância sanitária em si é, como se diz, um modo de viver de agir e de trabalhar.	A
Segmento U	Eu acho que é uma parceria... para o bem-estar da população. Todos nós dependemos da vigilância sanitária.	1º ideia- Eu diria que é uma parceria para o bem estar da população. Todos nós dependemos da vigilância sanitária.	A
Segmento U	Eu diria a ele que vigilância é tornar as pessoas mais informadas, no sentido de cuidar melhor das coisas que estão presentes no dia a dia.	Eu diria a ele que vigilância é tornar as pessoas mais informadas, no sentido de cuidar melhor das coisas que estão presentes no dia a dia.	A
Segmento U	Resumidamente, que a vigilância sanitária é um conjunto de normas e estruturas que busca trabalhar a vigilância nas questões de saúde e higiene daquilo que a gente consome, daquilo que a gente usa, preservando a saúde e o bem estar.	A vigilância sanitária é um conjunto de normas e estruturas que busca trabalhar a vigilância nas questões da saúde e do bem estar.	A
Segmento U	Olha!... eu diria que é a gente chegar e utilizar de conhecimento para que a gente promova uma boa qualidade de vida em termos de saúde... pra população... pra gente	Eu diria que é ter conhecimento para que a gente promova uma boa qualidade de vida em termos de saúde para a população, para nossa	A

	promover cada vez mais... uma vida saudável pra nossa comunidade e sociedade.	comunidade e sociedade.	
Segmento T	[...] mesmo que controlando tudo que for possível na qualidade de vida enquanto que vigilante mesmo, né... vigilante para que possamos tar cuidando da vida... eu acho que tem que haver o controle social, inclusive da agência de vigilância sanitária, onde é que ela esteja... onde é que ela possa estar efetuando seu trabalho de maneira promissora... em prol da vida.	2º ideia – A vigilância sanitária trabalha em prol da vida.	A
Segmento G	[...] eu vejo a vigilância sanitária como uma das coisas extremamente importantes, porque você vai tentar... não submeter a determinadas situações... que venha a provocar em você algum problema de doença, né. E a pessoa tem que entender que quando o fiscal sanitário tá ali trabalhando, ele tá trabalhando em defesa da saúde, em defesa da vida.	1º ideia – E a pessoa tem que entender que quando o fiscal sanitário está ali trabalhando, ele está trabalhando em defesa da saúde, em defesa da vida.	A
Segmento U	Na realidade, eu diria o seguinte... que é um trabalho muito complexo... que a gente com pouco conhecimento que tem... a gente percebe... que é muito difícil... pra exercer esse tipo de trabalho que é a vigilância sanitária.	1º ideia – Eu diria que é um trabalho muito complexo, que a gente com pouco conhecimento que tem percebe que é muito difícil pra exercer esse tipo de trabalho.	B
Segmento U	Eu diria que é de profunda importância a vigilância sanitária... ela influi em tudo... desde o boteco até o alimento que consumimos. É	Eu diria que é de alta complexidade a vigilância sanitária.	B

	de alta complexidade... a vigilância sanitária.		
Segmento T	[...] eu ia tá colocando pra ele que a vigilância são todas as questões que de alguma forma vão tá relacionadas a sua saúde. O pão que você come, a água e o leite que você bebe.	O pão que você come, a água e o leite que você bebe. São todas as questões que de alguma forma vão estar relacionadas com a saúde.	C
Segmento P	As pessoas acham que é só aquele processo de fiscalização punitivo e na verdade não é... a vigilância sanitária tem um papel importantíssimo na qualidade da oferta, tanto do serviço, quanto dos produtos, porque a vigilância é muito maior... às vezes a gente tem essa visão da saúde, ela só como fiscalizadora dos serviços hospitalares e na verdade ela é muito mais ampla que isso. Então, tudo que a gente come... tudo que é qualidade dos produtos ofertados à população de maneira geral a vigilância sanitária tem seu papel dentro desse processo.	A vigilância sanitária tem um papel importantíssimo na qualidade da oferta, tanto do serviço quanto dos produtos.	C
Segmento U	Então, a vigilância sanitária... ela contribui para o bem estar da gente controlando a proliferação de microorganismos e a contaminação por bactérias.	2º ideia- A vigilância sanitária contribui para o bem estar da gente controlando a proliferação de microorganismos e a contaminação por bactérias.	C
Segmento T	Bom!... não é muito meu ramo... o que eu sei de vigilância sanitária é o acompanhamento... é vigiar.. a ocorrência das doenças... de tudo que pode acarretar de doenças no ser humano...	Vigilância sanitária é o acompanhamento, é vigiar a ocorrência de doenças no ser humano.	C

Segmento T	Existem as municipais que visam o controle de... principalmente de doenças é... transmissíveis, né... e também, o controle de produtos... alimentos... e condição sanitária de venda de produto e toda uma gama de trabalho nessa linha, acho que seria isso.	Visa o controle de doenças transmissíveis e também, o controle de produtos, alimentos e a condição sanitária de venda de produto.	C
Segmento U	Eu entendo a vigilância sanitária como o órgão vigilante com relação às epidemias... é tipo dengue... controle dessas epidemias, né... dentro do município, dentro do estado e que tem que ser uma coisa assim... que é séria... igual tá chegando agora essa nova gripe... que é uma coisa tem que tar atento... que tem que ter estratégia para combater... é um trabalho muito atuante... não pode parar, tem que tar sempre vigilante.	Eu entendo a vigilância sanitária como o órgão vigilante em relação às epidemias.	C
Segmento U	O que é vigilância sanitária... se for na nossa língua, porque o nosso linguajar não é técnico... é tudo aquilo que a gente consome na nossa casa... que é mais o lado da alimentação nossa.	Vigilância sanitária é tudo aquilo que a gente consome na nossa casa, mais o lado da alimentação.	C
Segmento U	Então, é o controle do remédio do medicamento. Tudo que for passar para a secretaria.... eu acho que tudo passa pela ANVISA... ANVISA não é isso?	É o controle do remédio, do medicamento.	C
Segmento G	Diria que a vigilância sanitária é um instrumento importantíssimo para a manutenção da saúde da população. Então, vigilância	1º ideia – Diria que a vigilância sanitária é um órgão que faz a avaliação, a fiscalização e a autorização de produtos.	C

	sanitária no meu entendimento é o órgão pilar, né, da saúde. Ela faz a avaliação, a fiscalização, a autorização de circulação de produtos, de alimentos e medicamentos que vai ter impacto na saúde da população.		
Segmento T	Bom!... de acordo com as normas e leis fica meio difícil... mas eu diria que é uma parte do SUS... que garante aos usuários que ele tenha medicamentos de boa qualidade... com qualidade adequada... dosagem, né, e garantia de qualidade no poder ativo da substância... no vencimento certo... com acondicionamento perfeito e, que as pessoas que servissem tivessem uma boa saúde para estar ali servindo... de maneira adequada... vestuário adequado, né!	2º ideia- Que é parte integrante do SUS e que garante aos usuários que ele tenha produtos e serviços de boa qualidade.	C
Segmento G	Bom!... eu diria que a vigilância sanitária é uma gerência que tá dentro da estrutura dos distritos sanitários, da secretaria com finalidade de fazer a vigilância na cidade daqueles estabelecimentos que oferecem risco para a saúde, seja uma instituição de longa permanência, um restaurante, um bar, escolas... qualquer instituição que possa trazer risco à saúde da nossa população.	É uma gerência que vai fazer a vigilância dos estabelecimentos que oferecem risco à saúde da população.	C
Segmento G	Eu diria que a vigilância é um serviço público que visa buscar o cumprimento da legislação no que	Eu diria que a vigilância sanitária é um serviço que visa buscar o cumprimento da	C



	tange as inúmeras condições da vida do cidadão... onde está envolvida a vida do cidadão desde as condições sanitárias de adequada higiene e adequada efetivação das normas técnicas. No que tange a consultórios, a farmácias, a bares, restaurantes.	legislação no que tange a inúmeras condições de vida do cidadão.	
Segmento T	Desde que eu estou aqui no conselho fala-se muito pouco em vigilância sanitária... a gente houve falar e já tem um conhecimento porque a gente já trabalha na área da saúde, de vigilância epidemiológica. Mas, sanitária é muito pouco. Eu não teria muito o que falar pra ele. Aqui dentro do conselho praticamente não se houve falar de vigilância sanitária.	Eu não teria muito o que falar pra ele. Aqui dentro do conselho praticamente não se houve falar de vigilância sanitária	D
Segmento U	Bom!... eu não tenho muito conhecimento sobre vigilância sanitária. Fiz um curso, mas um curso de um dia não deu pra apanhar todas as questões de vigilância sanitária. Eu quero fazer uma sugestão pra a próxima reunião do conselho municipal, distrital e mesmo local... que tenha a participação da vigilância pra esclarecer a todos nós o que é vigilância sanitária realmente e como funciona.	Eu não tenho muito conhecimento sobre vigilância sanitária. Fiz um curso, mas um curso de um dia, não deu para apanhar todas as questões da vigilância sanitária.	D
Segmento T	Eu tenho muito pouco conhecimento a respeito da vigilância sanitária... não por uma questão de desinformação, mas por uma questão de as vezes a vigilância sanitária... parece que	1º ideia - Eu tenho muito pouco conhecimento a respeito da vigilância sanitária. Não por uma questão de desinformação, mas porque a vigilância sanitária se coloca sempre	D

	ela se coloca sempre dentro de uma grande instância chamada agência. Parece que a vigilância sanitária e as agências gozam de uma certa autonomia.	dentro de uma grande instância chamada agência.	
Segmento T	Que é parte importante do SUS. [...] ela arrecada dados importantíssimos para o planejamento da saúde, né... através de suas ações. É um importante braço de políticas do sistema de saúde. Pode intervir com uma ação conjunta da epidemiologia... da saúde do trabalhador... principalmente, da ação de saúde do trabalhador que são importantes a vigilância sanitária hoje assumir.	1º ideia – Que é parte importante do SUS. Arrecada dados importantíssimos para o planejamento da saúde sendo um importante braço de políticas do sistema de saúde.	E
Segmento U	[...] porque a partir da hora que eu tô pagando pra ter um SUS melhor... quando a gente fala pagando... são os impostos... porque hoje nós sabemos que o SUS é para todos... mas são os impostos que nós pagamos... e eu chego num lugar e vejo um lugar precário... uma falta de estrutura, né... aquela estrutura toda derrubada... e a gente sabendo que o dinheiro está sendo investido ali... e a gente fechar os olhos, né... sabendo que nós temos um órgão que é a vigilância sanitária que trabalha para todos!	2º ideia – Hoje nós sabemos que o SUS é para todos. E nós temos um órgão que é a vigilância sanitária que trabalha para todos.	E
Segmento T	Bom!... de acordo com as normas e leis fica meio difícil... mas eu diria que é uma parte do SUS.	1º ideia – Eu diria que é uma parte do SUS.	E

Segmento G	[...] eu tenho dito inclusive... que todos nós somos usuários do SUS, principalmente em função da vigilância sanitária.	2º ideia – Eu tenho dito que todos nós somos usuários do SUS, principalmente em função da vigilância sanitária.	E
Segmento G	Acho que é preciso ter uma visão geral... não se trata simplesmente de uma atividade de inspeção. Acho que a grande confusão é a visão reducionista que ocorre e que virá uma atividade de inspeção sanitária e não de vigilância sanitária. A vigilância sanitária pressupõe uma pró-atividade, uma vigilância, um olhar atento, que vai além da inspeção periódica, de concessão de alvará e de autorização de funcionamento.	2º ideia – A vigilância sanitária pressupõe uma pró-atividade, uma vigilância, um olhar atento, que vai além da inspeção periódica, de concessão de alvará, de autorização de funcionamento.	F
Segmento T	[...] então é importantíssimo pra haver uma inversão de modelo menos curativo, né, pra mais... promoção e prevenção, a vigilância sanitária é uma das almas desse processo.	A vigilância sanitária é uma das almas desse processo de inversão do modelo, menos curativo para mais promoção e prevenção.	F
Segmento U	Bom!... a vigilância sanitária ela é um pouco ampla, né... ela é tudo aquilo que a gente faz no dia a dia. O papel da vigilância sanitária é justamente prevenir... prevenir e trabalhar na prevenção para que a gente tenha uma vida decente com saúde.	O papel da vigilância sanitária é justamente trabalhar na prevenção para que a gente tenha uma vida decente com saúde.	F
	[...] essa lógica da saúde ela é importante porque até pra separar saúde de doença... que é aquela	2º ideia – Nós temos que lembrar que você tem que trabalhar a saúde para não	

Segmento G	visão que a gente tinha... que o povo tem muito mais voltada para a doença... de cura... nós temos que lembrar que você tem que trabalhar a saúde para não adoecer...	adoecer.	F
Segmento P	[...] a vigilância sanitária traz elementos poderosíssimos para a promoção da saúde e em muito conflui com o caráter finalístico do controle social tendo em vista que esse também, via educação em saúde realiza a promoção da saúde.	A vigilância traz elementos poderosíssimos no aspecto da promoção da saúde.	F
Segmento T	Hoje em dia... a primeira coisa... quem quer se estabelecer em qualquer ramo quer ganhar... aí começa uma atuação do poder público... uma atuação enérgica. O poder público... vigilante... o próprio termo já diz tudo... é aquele poder... juntamente a outros órgãos com aquela proposta de fiscalizar, de controlar.	Poder público vigilante com proposta de fiscalizar, de controlar.	G
Segmento G	[...] a atividade de vigilância sanitária, ela decorre dessa autoridade, desse cuidado, dessa responsabilidade com a saúde pública em todas as acepções e que chega intervindo no espaço não só da organização do cuidado de saúde, mas também, no espaço da atividade privada, econômica ou não, naquilo que pode potencialmente gerar riscos a saúde.	1º ideia – A atividade de vigilância sanitária decorre desse cuidado, dessa responsabilidade com a saúde pública.	G
Segmento U	Informaria a ele que é simplesmente uma fiscalização... de toda a área... não importa qual	Informaria que é simplesmente uma fiscalização	G

	seja a área que seja fiscalizada... e isso aí se chama vigilância.		
Segmento U	Ah!... isso aí é meio complicado.... tem muitas... a vigilância, por exemplo fiscaliza, né... como é que fala...ah!... muito complicado, eu não sei nem explicar.	A vigilância, por exemplo, fiscaliza.	G
Segmento U	[...] a gente que tem... que vive o dia a dia na realidade nossa, a gente percebe uma série de coisas que a gente tem que intervir... trazendo esses problemas junto ao conselho municipal... inclusive pra a vigilância sanitária, apresentando os problemas que a gente sente e vê na cidade.	Órgão responsável pela intervenção nos problemas que a gente sente e vê pela cidade.	G
Segmento U	Oh!... eu diria assim numa visão da vigilância sanitária... como dizer gente? Que ela abrange todos os aspectos de fiscalização. A vigilância sanitária está em todos os locais, em todos os momentos... eu diria que ali tem a presença da vigilância sanitária até antes da gente.	A vigilância sanitária abrange todos os aspectos de fiscalização. Ela está em todos os locais, em todos os momentos.	G
Segmento U	Uai!... eu diria assim... eu tô indo num lugar e chego lá e vejo que aquele lugar não está adequado com aquele equipamento, com o tratamento com o usuário... ou também com aquele trabalhador. Então, eu verifico que ali tá faltando a vigilância sanitária, não tá tendo o rigor... seguindo as regras que tem que seguir. Aí a gente procura a vigilância sanitária porque ela é o órgão que tem que	1º ideia - O conselheiro tem que saber a importância da parceria que o conselho tem que ter com a vigilância sanitária. Eu acho que o conselho sem a vigilância sanitária não é nada porque ela é um dos órgãos que nos ajudam na fiscalização.	G

	<p>fazer o trabalho, né! E como sei que a vigilância sanitária também trabalha em prol do controle social, ela vai até lá e vai verificar, vai registrar... vai entrar com a multa... alguma coisa ela vai fazer. Então, o conselheiro tem que saber a importância da parceria que o conselho tem que ter com a vigilância sanitária. Eu acho que o conselho sem a vigilância sanitária não é nada porque ela é um dos órgãos que nos ajudam na fiscalização.</p>		
Segmento U	<p>[...] então vigilância sanitária é muuuita coisa que a gente tem que olhar... porque muita coisa de errado acontece. Porque a vigilância, infelizmente, não tem condições de fazer uma fiscalização como deveria ser feita... número de funcionários... ela não tem condições, a gente sabe disso. Então, nós consumidores é que devemos olhar o que tá errado e denunciar.</p>	<p>Que a vigilância é um órgão fiscalizador sem condições de fazer uma fiscalização como deveria ser feita.</p>	G
Segmento U	<p>Na minha prática a vigilância é um órgão competente pra fiscalizar as ações, né. Pelo menos na prática que eu tenho em empresa privada, né... a vigilância tem todo esse trabalho de fiscalizar e ver o que está errado pra haver correções nos locais.</p>	<p>Da minha prática pessoal que a vigilância é um órgão competente pra fiscalizar.</p>	G
Segmento P	<p>[...] eu penso que a vigilância ela tá muito ligada ao controle social porque o controle social ele vê a lei... ele tem que fazer acontecer na prática o que está escrito, né, e a vigilância sanitária de alguma</p>	<p>A vigilância sanitária é um órgão fiscalizador que tem como objetivo final o interesse do usuário.</p>	G

	forma ela vem fazer esta interseção também, porque ela chega pra dizer, olha isto tá certo, isto tá errado... vamos adequar porque é melhor pra o usuário. Eu acho que a vigilância e o controle social visam no final o interesse do usuário.		
Segmento P	[...] órgão independente na sua gestão com o objetivo da fiscalização das condições de prestadores e de serviço ligados à saúde pública.	Órgão independente na sua gestão com objetivo de fiscalizar as condições dos prestadores e de serviços ligados à saúde pública.	G

**3- Fale um pouco para a gente sobre sua experiência com a vigilância sanitária, enquanto conselheiro ou no dia a dia.**

Expressões Chave		Idéia Central	
Segmento U	Bom!... como conselheiro a gente já conseguiu algumas atividades junto a vigilância sanitária, tá... cursos de capacitação... cursos de capacitação pra inclusive explicar qual o papel da vigilância pra gente.	1º ideia- Como conselheiro a gente já conseguiu algumas atividades junto a vigilância sanitária. Cursos de capacitação para inclusive explicar qual é o papel da vigilância.	A
Segmento U	Como conselheira, eu participei de um seminário sobre vigilância sanitária... que foi muito bom... eu absorvi pra mim... pra ser explicado na minha residência e ... algum estabelecimento que vou alimentar, que eu vejo que não tá legal... eu procuro pelo gerente e falo... olha!... existe a vigilância sanitária... nos podemos contactar... não pra te punir, mas pra te orientar.	Como conselheira, eu participei de um seminário sobre vigilância sanitária que foi muito bom, eu absorvi pra mim.	A

Segmento T	Nós tivemos um curso, né... com a vigilância nesse ano... forneceram pra gente todo o material... e sempre que a gente solicita eles comparecem com presteza.	1ª ideia – Nós tivemos um curso com a vigilância nesse ano e sempre que a gente solicita eles comparecem com presteza.	A
Segmento T	Enquanto conselheiro nós tivemos algumas participações... houve inclusive um curso... eu do curso só participei de uma reunião, e teve outras em que a questão da vigilância sanitária tava envolvida.	1º ideia- Enquanto conselheiro já tivemos algumas participações. Houve inclusive um curso.	A
Segmento P	Bom!... enquanto conselheira a gente teve um contato com a vigilância do município no ano passado, porque houve um curso de capacitação para conselheiros. Nós participamos e foi extremamente positivo a troca de experiências... até pra gente conhecer um pouco o outro lado, porque a gente sempre conhece o nosso lado, com relação a atuação da vigilância. Então, é uma forma de a gente tá percebendo a vigilância... esse processo todo, esse sistema todo, foi muito legal.	1º ideia – Enquanto conselheira participamos de um curso de capacitação para conselheiros no ano passado. Foi extremamente positiva a troca de experiências.	A
Segmento T	Eu acho importantíssimo o trabalho da vigilância... qual medicamento pode ser usado, até quando pode ser usado... como deve ser passado a informação através da bula. A vigilância sanitária tem um campo de atuação muito grande... tem que cuidar da questão dos consultórios... como é que estão esses consultórios... eu tô falando mais no que diz respeito a questão da saúde... do ponto de vista dos ambulatórios... dos bancos de	1º ideia – Eu acho que o trabalho da vigilância sanitária é muito amplo. Ele se confunde com a própria experiência de vida das pessoas.	B



	<p>sangue... do controle das vacinas. Uma coisa que chama muita atenção hoje é, por exemplo, os salões de beleza, né! Os salões de beleza, até que ponto o trabalho da vigilância sanitária tem entrado... como tá a qualidade daquele trabalho que é feito lá... do ponto de vista da assepsia... dos cortes de unhas... das massagens, das massagistas.</p>		
Segmento U	<p>E como foi dito anteriormente, por ser muito ampla, a vigilância sanitária pode interditar tanto um açougue, que vende carne estragada como um hospital que não cumpre com as regras mínimas de higiene e prevenção.</p>	<p>2º ideia- Por ser muito ampla, a vigilância sanitária pode interditar tanto um açougue, que vende carne estragada como um hospital que não cumpre com as regras mínimas de higiene e prevenção</p>	B
Segmento U	<p>Bom!... dentro da área de conselheiro... a gente fiscaliza comércio, estabelecimentos hospitalares e postos de saúde, como vigilância sanitária e como conselheiro, tá... então, a gente observa o que é prejudicial pra família, pro povo, pra população... e a partir do momento que se torna prejudicial... aí a gente entra na fiscalização.</p>	<p>Na área de conselheiro a gente fiscaliza comércio, estabelecimentos hospitalares e postos de saúde. Como vigilância sanitária e como conselheiro.</p>	C
Segmento U	<p>Eu vim ter contato direto com a vigilância sanitária foi aqui no conselho... e foi aqui que eu descobri o papel da vigilância sanitária... coisa que eu nem imaginava que a vigilância sanitária pudesse passar e fiscalizar eu vim aprender aqui.</p>	<p>1º ideia – Foi aqui no conselho que eu descobri o papel da vigilância sanitária. Coisa que eu nem imaginava que a vigilância sanitária pudesse passar e fiscalizar eu vim aprender aqui.</p>	C

Segmento T	E no conselho só em reunião... a gerente da vigilância colocando as ações da vigilância sanitária... das ações, das limitações, né.	2º ideia – E no conselho só em reunião. A gerente da vigilância sanitária colocando as ações e limitações da vigilância sanitária.	C
Segmento U	Enquanto conselheiro a gente sempre tenta estabelecer parcerias com os profissionais, buscando apoiar, estar perto, chamando pra dar palestras, para nos esclarecer... abrindo espaço dentro do conselho para que eles venham participar e fazer esclarecimentos do seu trabalho.	1º ideia – Enquanto conselheiro, a gente sempre tenta estabelecer parcerias com os profissionais, buscando apoiar, estar perto, chamando para dar palestras para nos esclarecer.	C
Segmento T	[...] essa entidade chamada vigilância sanitária, esse ator social... ele não pode se eximir de um controle social. Ele tem que passar, por exemplo, pelo crivo do conselho municipal de saúde... para que a gente possa tá olhando e contribuindo para o aprimoramento desse tipo de trabalho... e até contribuindo para que recursos possam ser alocados para a vigilância sanitária.	2º ideia - Essa entidade chamada vigilância sanitária, esse ator social tem que passar pelo crivo do conselho municipal de saúde. Para que a gente possa esta olhando e até contribuindo para o aprimoramento desse tipo de trabalho.	C
Segmento P	Enquanto conselheiro só quando surge algum tema... que as discussões vem a plenário, mas só em pontos específicos e não a nível acadêmico, ou seja, de esclarecimentos mais amplos... o que eu acho até seria mais importante.	Enquanto conselheiro só quando surge algum tema específico é que as discussões vem a plenário.	C

Segmento P	<p>A minha experiência foi quando eu estava na gerência administrativa de um hospital psiquiátrico em Belo Horizonte. Eu acho que duas questões me chamaram a atenção. Eu sentia muita dificuldade do fiscal ir ao hospital... eu pedia e diziam não... não tem jeito... e quando o fiscal chegava era muito mais pra chamar a atenção do hospital... pra ferrar... pra multar do que uma forma educativa. Eu acho que deveria ter um contato maior dos fiscais da vigilância com o dia a dia da instituição, pra ser mais educativo, do que chegar para multar.</p>	<p>1º ideia- Eu sentia muita dificuldade do fiscal ir ao hospital. Eu pedia e quando o fiscal chegava ele utilizava uma forma muito mais punitiva do que uma forma educativa.</p>	D
Segmento T	<p>Na minha primeira gestão no conselho municipal, nós provocamos uma briga porque tínhamos um contingente pequeníssimo de vigilantes sanitários, de agentes da vigilância sanitária... uma briga com o nosso secretário de saúde pra fazer uma admissão. Então, foi uma luta muito dura sabe, muito demorada... a gente trabalhou com todos os sindicatos... com todas as entidades que eram a fim aquele problema. Conquistamos a duras penas uma admissão de um contingente dentro da vigilância sanitária e depois daquilo mudou até a concepção... uma visão um pouco arcaica, que vigilância sanitária só dá gasto... e não investimento pro próprio município.</p>	<p>Nós provocamos uma briga no conselho porque tínhamos um contingente pequeníssimo de vigilantes sanitários.</p>	D
	<p>[...] a nossa experiência dentro da associação... principalmente no interior, que a gente tem uma</p>	<p>2º ideia – A nossa experiência com a vigilância é muitas vezes ter que lidar com a falta de</p>	

Segmento P	<p>demanda maior com relação aos hospitais, é a falta de preparo do profissional da vigilância sanitária em tá atuando, muitas das vezes a falta de sensibilidade do profissional... que a gente sabe que é pra seguir a lei, mas que muitas vezes detalhes miúdos que poderiam ser relevados ou adequados conforme a gente tem vários hospitais centenários... com uma estrutura antiga, não foi construído pra ser um hospital propriamente dito... então, que as adequações tem que ser feitas de forma que o atendimento possa ser ofertado com qualidade, não necessariamente se um ralo tem que tá ali ou tem que tá lá... a porta tem que abrir pra dentro ou tem que abrir pra fora... e que as vezes não leva há lugar nenhum só cria um mal estar entre os prestadores e a vigilância sanitária. Essa é a nossa visão a nossa percepção da relação dos prestadores com a vigilância sanitária. A gente senta conversa tecnicamente... mas, ainda tem uma resistência muito grande da vigilância.</p>	preparo e sensibilidade dos profissionais.	D
Segmento G	<p>A gente debateu bastante a questão da vigilância sanitária!... Eu vou contar um fato... que as vezes as pessoas trabalham em cima de um código sanitário... e as vezes não ampliam esse debate e fica assim cheio de compartimentozinho, né. Eu acho que a questão sanitária ultrapassa até o texto da lei... as vezes..., muito mais bom senso, por exemplo, eu vi uma ação da vigilância sanitária em uma escolinha. A vigilância sanitária</p>	Eu acho que a questão sanitária ultrapassa até o texto da lei, às vezes, é muito mais bom senso.	D

	<p>chegou e notificou porque a pessoa tava lavando as mamadeiras com água que não era quente... e naquele momento ela questionou, só que naquele hotelzinho tinha autoclave... lavava com água fria, mas jogava os recipientes na autoclave... que obviamente a autoclave substitui muito melhor a questão da água quente... e a pessoa foi notificada para colocar água quente.</p>		
Segmento U	<p>A obrigação nossa... do controle social é tá acompanhando a vigilância sanitária, porque eu vou te falar uma coisa... a gente vê tanta coisa jogada, supermercados, lojas, hospitais... tudo isso aí é parte da vigilância sanitária, a gente tem que tá ajudando acompanhar... e procurar melhorar... porque tem muita coisa pra mudar, tem muita coisa pra melhorar na vigilância sanitária que ainda deixa a desejar... no mais é acompanhar de perto o trabalho deles... se tá sendo de acordo com que a população precisa... de acordo com a nossa saúde.</p>	<p>A obrigação nossa, do controle social, é acompanhar de perto o trabalho deles para verificar se está de acordo com o que a população precisa.</p>	D
Segmento G	<p>Enquanto cidadão, diariamente a gente vê, acho que é porque a gente tá atento. Se tem algumas áreas que nós tivemos um desenvolvimento homogêneo e isso se dá muito pelo aprimoramento institucional e pela profissionalização... a vigilância sanitária é uma dessas áreas. Então, é uma área que de fato a gente tem, enquanto país, um avanço muito claro em benefício da população.</p>	<p>2º ideia – Então, é uma área que a gente tem, enquanto país, um avanço muito claro em benefício da população.</p>	E

Segmento U	[...] e outro aspecto interessante da vigilância sanitária... que muitas vezes a gente fala... em determinados momentos e a gente escuta muito falar... ah!... eu não uso SUS... mas indiretamente usa! Porque a vigilância sanitária igual eu falei antes... é aquele ser oculto.	2º ideia – A gente fala e a gente escuta muito falar. Ah!...eu não uso o SUS, mas indiretamente usa, porque a vigilância sanitária é aquele ser oculto.	E
Segmento T	[...] eu não sei até que ponto também a vigilância sanitária enquanto entidade ela poderia estar atuando junto com o direito do consumidor. Pra que se fortalecesse muito mais as instâncias dizendo: olha esse tipo de trabalho tem que ser mais focado em determinados campos... para que haja uma maior qualidade de vida, que é o que nós esperamos que seja conferido para todas as pessoas... qualidade de vida... a vigilância sanitária tem um papel fundamental nesse ponto.	3º ideia – Para que haja uma maior qualidade de vida, que é o que nós esperamos que seja conferido pra toda as pessoas. A vigilância sanitária tem um papel fundamental nesse ponto.	E
Segmento T	Bom!... eu sou de uma cidade muito pequena onde a vigilância sanitária não é ligada a saúde. Ela é ligada a prefeitura... então, a vigilância sanitária só atuava quem era contra o prefeito... então, eu acho essa mudança importante, que o SUS traz hoje, essa noção de vigilância sanitária ligada à saúde.	Eu acho importante essa mudança que o SUS traz hoje, essa noção de a vigilância sanitária ligada a saúde.	E
Segmento P	[...] eu acho que a vigilância sanitária traz o caráter universal, né... do Sistema Único de Saúde... tendo em vista que já há alguma literatura abordando aí a famosa população coberta pelo SUS. No	Eu acho que a vigilância sanitária traz o caráter universal do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que já há alguma literatura abordando aí a famosa população coberta	E

	<p>aspecto assistencial é até interessante para o planejamento... né, dos serviços de saúde, mas o SUS não se resume apenas a esses números cobertos pelos seus aparelhos assistenciais... o SUS é universal. E a promoção e a vigilância traz esse caráter universal.</p>	<p>pelo SUS.</p>	
<p>Segmento U</p>	<p>Olha!... eu tenho visto que aqui em Belo Horizonte nós temos uma vigilância sanitária muito boa! Nos lugares que eu vim a conhecer não tem assim uma estrutura, não tem saneamento básico, não tem nada... é tudo precário... e parece que lá, os governos fecham os olhos e não tão nem aí... aqui não... aqui a gente tem o trabalho da vigilância sanitária.</p>	<p>1º ideia- Nos lugares que eu conheci, não tem uma estrutura, não tem saneamento básico, não tem nada. E parece que lá, os governos fecham os olhos e não tão nem aí... aqui não... aqui a gente tem o trabalho da vigilância sanitária.</p>	<p>F</p>
<p>Segmento U</p>	<p>Vigilância sanitária que é no sentido de vigiar, de participar e dar sequência em benefício da comunidade, entendeu! Porque no meu entender, nós vivemos no dia a dia dentro de situações desagradáveis, por exemplo, vivemos aí esta importação da situação que está ocorrendo no mundo... então, nós temos que estar sempre atentos a higiene.</p>	<p>Nós vivemos no dia a dia dentro de situações desagradáveis, vivemos aí esta importação da situação que está ocorrendo no mundo (H1N1).</p>	<p>F</p>
<p>Segmento U</p>	<p>Enquanto conselheira eu não tenho muito, nê... eu tô começando agora. No dia a dia, eu posso falar da vigilância sanitária enquanto... é a gente tá atuando na prevenção mesmo de DSTs, que a gente faz um trabalho de prevenção que a gente tenta sensibilizar as pessoas.</p>	<p>No dia a dia o que eu posso falar da vigilância sanitária é que a gente está atuando na prevenção da dengue e de DST. É mais um trabalho de prevenção que a gente tenta sensibilizar as pessoas.</p>	<p>F</p>

Segmento U	Enquanto cidadão a gente tenta chamar a atenção para coisas que a gente vê por aí que afetam a saúde do cidadão de modo geral... acionando órgãos de defesa.	2º ideia – Enquanto cidadão a gente tenta chamar a atenção para coisas que a gente vê que afetam a saúde do cidadão.	F
Segmento U	Tive em consertar esgotos... eu já fui com a vigilância sanitária até dentro de vilas. Tivemos uma conscientização... o povo aceitou legal... o agente da vigilância entrou, conversou... foi interessante porque o pessoal entendeu que o fiscal não tá ali para multar, ele tá ali pra orientar... e as pessoas pra ser orientadas... visa muito o conhecimento. Por isso que eu volto a falar que tem haver esse entrosamento com as comissões locais, distritais e municipal... tem que haver esse entrosamento com a vigilância sanitária. Porque as pessoas precisam de explicações, porque não conhecem... acham que o fiscal vai lá pra multar. Tiramos porcos dentro de vilas com a vigilância sanitária... essa é a experiência que eu tenho... que eu vivi ela.	O agente da vigilância sanitária entrou e conversou. Foi interessante porque o pessoal entendeu que o fiscal não está ali para multar, ele está ali para orientar.	G
Segmento U	Olha!... eu no dia a dia numa experiência pregressa à minha atividade como conselheira... na área da saúde ambiental, a gente procurava instruir, em um projeto no município de Nova Lima, com jovens escoteiros. A gente falava de agente químico, com relação ao consumo de água, que tipo de prejuízo aquilo poderia trazer para a comunidade... então, a gente ensinava os ciclos, a gente levava o pessoal da universidade pra fazer	Numa experiência pregressa à minha atividade como conselheira, na área da saúde ambiental, a gente procurava instruir jovens escoteiros em relação ao consumo de água.	G



	palestras.		
Segmento G	<p>[...] hoje a gente tem uma atividade que eu acho fundamental e que muitas vezes... não são todas as pessoas que tem essa visão da vigilância sanitária, apesar que eu acho que tá mudando... é que a gente faz cursos de boas práticas de manipulação... vai ter um evento na feira, vai ter uma feira todo sábado... o que a gente faz... a gente reúne antes do evento acontecer com os profissionais que vão estar no evento, nesse comércio pra previamente orientá-los. Como conservar os alimentos, como deve ser a manipulação, a forma de se vestir, não usar acessórios... com isso a gente tem obtido uma melhoria no serviço prestado à população, que às vezes não tem consciência... mas que às vezes, a gente evita o risco de uma intoxicação alimentar! Eu acho que isso é uma contribuição muito importante da vigilância sanitária como fator preventivo.</p>	<p>A gente faz cursos de boas praticas de manipulação. Vai ter um evento na feira, vai ter uma feira todo sábado, então a gente reúne antes para preventivamente orientá-los.</p>	G
Segmento G	<p>De fato, a atividade da vigilância ela vem progressivamente sendo refinada, profissionalizada, qualificada! A criação da ANVISA teve um papel fundamental nesse processo, mas tá ficando uma lacuna e... é polêmico isso... Precisamos aprimorar com a apropriação sistêmica do ponto de vista da política de saúde, da estratégia da política de saúde que o sistema de vigilância tem a</p>	<p>1º ideia - Precisamos aprimorar com apropriação sistêmica do ponto de vista da política de saúde, da estratégia da política de saúde que o sistema de vigilância tem a oportunidade de gerar.</p>	H

	<p>oportunidade de gerar. Olhando o debate na tripartite, olhando o debate na CIB, não é que ela esteja à parte... dentro da construção da política pública de saúde numa perspectiva de conter agravos, de promover saúde, de gerenciar o risco sanitário, o risco epidemiológico, num dado território numa dada população. Eu acho que a política pública de saúde ainda se apropria pouco daquilo que a vigilância sanitária, e eu acho que o movimento está correto de evolução de vigilância sanitária para vigilância em saúde, tá corretíssimo, o movimento institucional também é nesse sentido. São dois movimentos institucionais muito concretos: um é agência e outro é a secretaria de vigilância. Agora, esse casamento essa interface, é natural que seja assim, nós todos ainda estamos aprendendo, todos... profissionais, gestores há um amadurecimento institucional também, de modo a potencializar. Eu acho que ainda temos muito que aprimorar a política numa perspectiva de aprimorar sistematicamente os benefícios e as ferramentas que a vigilância pode propiciar.</p>		
<p>Segmento U</p>	<p>[...] e tem também a atenção que eles dão as denúncias e eu acho importantíssimo... quando a gente faz uma denúncia pra vigilância sanitária, a gente vê que imediatamente o lugar tá sendo verificado... se é aquilo mesmo que foi informado.</p>	<p>2º ideia – Tem também a atenção que a vigilância sanitária dá ao atendimento as denúncias, eu acho importantíssimo.</p>	<p>I</p>

Segmento T	[...] recentemente tive morando no bairro Guarani... uma fábrica, uma coisa... um galpão que tinha na rua onde eu morava que fazia um depósito de ossos... restos de ossos... restos de ossos de açougue que eu denunciei e a vigilância acabou com esse problema... do mal cheiro e mosquitos em função do depósitos ossos.	1º ideia – Eu denunciei e realmente, a ação da vigilância acabou com o problema do mal cheiro e mosquitos em função do depósitos de osso.	I
Segmento U	É, tem um supermercado próximo da minha casa que tava vendendo alimentos vencidos... aí nós cobramos da vigilância sanitária a investigação... o que tava acontecendo com esse supermercado... o armazenamento de alimentos dentro do supermercado.	Um supermercado próximo da minha casa estava vendendo alimentos vencidos e nós cobramos da vigilância sanitária uma investigação.	I
Segmento U	Eu venho de uma empresa que atua na área hospitalar, mexe com alimentação, e o que nós sabemos da minha prática é que quando a vigilância chega na empresa nós temos que ter um caderno onde são anotados o que o profissional da vigilância avaliou. A empresa tem que ter controle microbiológico, tem que ter contrato com uma empresa pra fazer esse controle da alimentação. Tem que ter o controle de saúde dos trabalhadores que manipulam a alimentação... tem que ter controle, por exemplo, de higienização... porque os trabalhadores tem que ter treinamento de higienização e de manipulação de alimentos. Então, a vigilância é importante porque	A vigilância é importante para assegurar que a produção de alimentos seja feita dentro dos padrões estabelecidos e com qualidade.	J

	aquele alimento que tá sendo produzido, tá chegando lá na frente, na ponta, com qualidade e sendo produzido dentro dos padrões estabelecidos.		
Segmento U	No dia a dia a vigilância sanitária está presente na minha regional. Está presente em todos os eventos, que a gente tem evento de nível mais elevado. A vigilância tá lá... fiscalizando, olhando pra ver se tá tudo ok.	No dia a dia a vigilância sanitária está presente na minha regional, fiscalizando, olhando para ver se está tudo ok.	J
Segmento T	Então, a gente tem uma relação boa, que sempre que a gente chama... eles nos atendem... inclusive como profissional de urgência. Nós precisamos da vigilância sanitária pra olhar a alimentação das unidade de urgência CERSAM e SAMU. Eles foram vigilantes pegaram amostras e fizeram os exames, deram um laudo negativo para empresa e ela foi credenciada.	2º ideia – A gente tem uma boa relação, sempre que a gente chama, eles no atendem.	J
Segmento P	Evidentemente, no dia a dia ela está desde quando acordo até a hora que vou dormir. Acordo e vou tomar café e lá estão todos os alimentos inspecionados [...] Então, no dia a dia vamos dizer... estou consumindo o produto, o serviço melhor dizendo... o serviço da vigilância sanitária.	1º ideia – No dia a dia vamos dizer que estou consumindo, o produto, o serviço melhor dizendo, o serviço da vigilância sanitária.	J
Segmento G	A experiência interessante é você freqüentar os locais e ver um selo da vigilância sanitária. Por exemplo, os açougues... eu reparo	A experiência interessante é você freqüentar os locais e ver a vigilância sanitária propiciando uma segurança maior para o	J

	<p>mais, são selos que medem, né a qualidade daquele estabelecimento. Dessa maneira, em tese, propiciando uma segurança maior pro cidadão e pro consumidor que vai usufruir dos produtos daquele estabelecimentos.</p>	<p>cidadão e para o consumidor que vai usufruir dos produtos daquele estabelecimento.</p>	
Segmento T	<p>A gente tem uma experiência na odontologia com o diretor do sindicato nosso... ele acionou a vigilância sanitária... e realmente a gente teve muitos ganhos... porque a vigilância sanitária foi e apontou vários tipos de erros que estavam acontecendo... de fatores que podiam levar ao adoecimento e a própria transmissão direta quanto cruzada... e a gente teve ganho com a vigilância... não foi uma coisa punitiva... foi uma coisa de orientação... eu vejo a vigilância sanitária muito com esse papel de orientar... pra melhoria no controle de infecções.</p>	<p>Eu vejo a vigilância muito com esse papel de orientar para a melhoria do controle de infecções.</p>	K
Segmento U	<p>[...] por exemplo, os espaços nos hospitais de um leito para outro... pelo menos nos CTIs... muitas vezes em alguns CTIs eles colocam acima do normal, do número de pacientes... diminui o espaço... isso aí é infecção hospitalar que pode acontece... então, a experiência que eu tenho com vigilância sanitária é mais nesse sentido de hospitais, porque eu sou conselheiro de hospital.</p>	<p>A experiência que eu tenho com a vigilância sanitária é mais no sentido de hospitais.</p>	K
Segmento P	<p>[...] não tem que arrumar tudo porque as coisas tem que estar nos seus lugares, porque isso significa qualidade na assistência. Se você</p>	<p>2º Ideia- No final, o papel do fiscal é multar sim, porque eu enquanto cidadã, se for no hospital e tiver coisas fora da</p>	K

	<p>tem uma lixeira de forma inadequada você tem que colocar ela de forma adequada, não é porque o fiscal tá indo, é porque aquilo é bom para o usuário e para os profissionais de saúde. Se você tem um... <i>descarpak</i> fora do lugar ou jogando seringa, né... nos lugares inadequados. Eu acho que nós temos essa consciência... o papel do fiscal ele tem que ser mais educativo... no primeiro momento, agora no final o papel do fiscal é multar sim, porque eu enquanto cidadã, se for no hospital e tiver coisas fora da norma, com certeza vou ser prejudicada. Então, eu penso assim... se eu vou ao hospital eu gostaria de dar pra aquele usuário do meu serviço o que eu gostaria de receber.</p>	<p>norma com certeza vou ser prejudicada. Então eu penso assim, eu gostaria de dar para aquele usuário do meu serviço o que eu gostaria de receber se eu fosse ao hospital.</p>	
Segmento T	<p>[...] qualidade de laboratórios... são questões ligadas a vigilância sanitária que impactam no meu trabalho. Um laboratório de Sabará, com um anestésico que tava infectado... eu mesmo já tinha trabalhado com anestésico desse laboratório. Um negócio meio complicado do ponto de vista pessoal, profissional... você tá... num ambiente em que esse risco exista... um laboratório ter contaminação de produto!</p>	<p>2º ideia – São questões ligadas a vigilância sanitária que impactam no meu trabalho. Um negócio meio complicado um laboratório farmacêutico ter contaminação de produto.</p>	L
Segmento U	<p>[...] às vezes ia tantas vacinas para um estado... aí ficava dependendo da ANVISA, entendeu... acho que é controle técnico que fala. Enquanto não sai as assinaturas... eles não podiam liberar as vacinas pros municípios.</p>	<p>As vacinas só eram liberadas após passarem pelo controle técnico da ANVISA.</p>	L

Segmento G	Bom!... a minha experiência com a vigilância sanitária é nesse sentido... de tá consumindo produtos que sejam inspecionados, que sejam autorizados e de qualquer maneira, que sejam acompanhados pela vigilância sanitária.	A minha experiência com a vigilância sanitária é nesse sentido de estar consumindo produtos que sejam inspecionados, que sejam autorizados pela vigilância sanitária.	L
Segmento U	Ah!... como eu disse, né... é muito complexo esse trabalho. A gente vem de um experiência de periferia que a gente vive lá... a gente percebe que na realidade o trabalho é mesmo difícil.	A experiência que a gente tem é a de periferia e a gente percebe que na realidade o trabalho é mesmo difícil.	M
Segmento T	Como conselheira eu não posso dizer tanto porque eu sou entidade. E como entidade, eu não posso enfrentar a coisa de frente, porque eu não sou sozinha é uma entidade que eu tô representando! Então, tem que ter muita cautela.	É uma entidade que eu tô representando, então tem que ter muita cautela.	M
Segmento T	Não há!	Não há!	M

#### 4- Você conhece o Plano de Ação Local da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte?

Expressões Chave		Ideia Central	
Segmento P	Não!	Desconhece o plano.	A
Segmento P	Não!	Desconhece o plano.	A

Segmento P	Não!	Desconhece o plano.	A
Segmento P	Não!	Desconhece o plano.	A
Segmento T	Não!	Desconhece o plano.	A
Segmento T	Não conheço. Certos colegas, de forma muito superficial, discutem a vigilância sanitária... o conselho tinha que fiscalizar, de acompanhar todo o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária. Nós convocamos a gerente da vigilância sanitária pra fazer uma exposição a cerca de todo o trabalho desenvolvido... mas, ficou um pouco aquém da nossa visão de 5 anos atrás... parece até que as leis cercearam... de maneira bastante acentuada um papel mais ativo do desempenho dela (vigilância sanitária) aqui no município.	Não conheço. Certos colegas, de forma muito superficial, discutem a vigilância sanitária. O conselho tinha que fiscalizar, de acompanhar todo o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária.	A
Segmento T	Não sei qual é o plano local não.	Desconhece o plano.	A
Segmento T	Nunca foi passado pelo conselho.	Desconhece o plano.	A
Segmento T	Não... não conheço!	Desconhece o plano.	A
Segmento U	Só papel... no dia a dia eu desconheço.	No dia a dia eu desconheço.	A
Segmento U	Olha... eu cheguei a fazer um curso da vigilância sanitária, mas eu não vou dizer que conheço porque na realidade eu não conheço. A gente fez um curso muito rápido a respeito... mas a gente deveria ter outros encontros pra gente discutir mais coisas a respeito da vigilância, pra gente ficar mais	Eu cheguei a fazer um curso da vigilância sanitária, mas eu não vou dizer que conheço porque na realidade eu não conheço.	A



	inteirado e dar satisfação... é muito importante no meu modo de pensar.		
Segmento U	Não. Não... eu conheço o plano de metas da DST/AIDS.	Desconhece o plano.	A
Segmento U	Não... não conheço não.	Desconhece o plano.	A
Segmento U	Não... muito pouco... é focado no plano mesmo, na sua íntegra eu não conheço.	Não. Focado no plano mesmo na sua íntegra eu não conheço.	A
Segmento U	Não... não.	Desconhece o plano.	A
Segmento G	Não!	Desconhece o plano.	A
Segmento U	Definir com detalhes, não. Nós já tivemos contato com estas questões, com os profissionais, palestras e esclarecimentos sobre a questão.	Definir com detalhes, não.	B
Segmento U	Oh!... Eu fiz um curso de vigilância sanitária, agora eu não sei se ele tá incluído no meio tá, eu fiz o curso aqui dentro da secretaria mesmo.	Eu fiz um curso de vigilância sanitária, agora eu não sei se ele está incluído no meio.	B
Segmento U	Ah!... a gente conhece alguns porque o plano de ação é isso aí, né... é exterminar tudo que venha a trazer problema pra as pessoas, pra gente, pra população, pra cidade.	Conheço alguns, porque o plano de ação é isso aí, é exterminar tudo que venha a trazer problema para as pessoas, para a população e para a cidade.	B
Segmento U	Olha!... na realidade, pra te ser sincera é... a gente... eu, por exemplo, não conheço total.	Na realidade, pra te ser sincera, eu não	B

		conheço total.	
Segmento U	Mais ou menos... totalmente não. Eu particularmente... vejo o quadro profissional da vigilância sanitária muito pequeno para uma cidade populosa como Belo Horizonte. Eu acho o quadro muito pequeno para estar em vários locais que necessitaria estar olhando... verificando as condições, enfim... todos os lugares que deveria estar presente pelo menos uma vez por mês... então, eu não vejo uma vigilância satisfatória.	Totalmente não. Eu, particularmente, vejo o quadro profissional da vigilância sanitária muito pequeno para uma cidade populosa como Belo Horizonte. Então, eu não vejo uma vigilância satisfatória.	B
Segmento T	Bom!... eu não estou recordando. Eu estou sempre presente nas reuniões e tudo, mas agora, não estou recordando.	Eu não estou recordando.	B
Segmento T	Não conheço o plano e gostaria de conhecer e acho que deveria vir para o conselho. Se ele já veio eu não participei, eu não vi. Não quero com isso desqualificar o plano... porque eu não vi o plano. Acho que deveria vir para o Conselho Municipal de Saúde pra que a gente pudesse tá estudando... aprendendo com esse plano e que pudesse tá contribuindo com alguma proposta do ponto de vista de tá... qualificando melhor e as vezes até tá aprendendo com ele.	Não conheço o plano e gostaria de conhecer. Acho que ele deveria vir para o conselho. Se ele já veio eu não participei, eu não vi.	C
Segmento T	Por alto. Não tenho o conhecimento que gostaria.	Não tenho o conhecimento que eu gostaria.	C
Segmento T	[...] começamos a direcionar a mudança da concepção de vigilância sanitária para vigilância em saúde... isso é fundamental... mas, a forma de atuação, como está hoje... quão potencializado e embasado... o marco legal da vigilância sanitária, isso eu não tive a	Como está a forma de atuação hoje, quão potencializado e embasado, isso eu não tive a oportunidade ou tempo para me	C

	oportunidade ou tempo para me especializar tanto assim.	especializar tanto assim.	
Segmento U	Olha!... eu conheço pouco... eu gostaria mesmo de conhece os planos da vigilância sanitária. Eu trabalho com a comunidade, com o distrito... eu tô mais perto do problema do usuário, então eu gostaria de conhecer o plano... porque a vigilância sanitária era tratada como uma delegacia e hoje está aberta! Eu gostaria de saber realmente quais são os planos da vigilância sanitária... é uma proposta.	Eu gostaria de conhece o plano, quais são os planos da vigilância sanitária. Porque a vigilância sanitária era tratada como uma delegacia e hoje ela está aberta. Então, eu gostaria de saber quais são os planos.	C
Segmento U	Olha!... pra falar a verdade... eu não conheço e gostaria muito de conhecer... não conheço.	Para falar a verdade eu não conheço, e gostaria muito de conhecer.	C
Segmento U	Eu ainda estou meio perdida porque eu era conselheira distrital... depois que a gente vai aprendendo ainda tem muito que aprender... e eu quero aprender.	Depois que a gente vai aprendendo, ainda tem muito que aprender e eu quero aprender.	C
Segmento G	Eu já sei que existe! Comentei assim com um... com outro... é um plano que não conheço detalhadamente, mas eu acho que a coisa é extremamente dinâmica... que a cada momento ele tem que ser adaptado de acordo com a especificidade local... de ação e tudo... eu não posso dizer para você assim item por item... mas eu acho que esse plano de ação é necessário.	Já sei que existe, mas não conheço detalhadamente.	D
	Ele foi explicado pra nós aqui no conselho... mas tecnicamente. Nós não tivemos acesso a este plano... esse tipo de vigilância local. A vigilância sanitária pra nós, por exemplo, esse tempo todo que eu faço parte do conselho...	Ele foi explicado no conselho, mas tecnicamente. Nós não tivemos acesso a esse plano, esse tipo de	

Segmento U	foi explicado uma vez pra nós e como é uma coisa que... nós falhamos muito nesse lado... porque a gente fala da saúde não como prevenção... a gente discute muito a saúde... como um remédio... e sempre que a gente discute a saúde nesse conselho... a gente leva muito pro lado da ação, uma coisa que já aconteceu... a gente não faz a prevenção.	vigilância local.	D
Segmento G	Conheço! Mas faço até uma crítica... podemos aprimorar! A vigilância tá apartada do SUS? Não! Não está! Assim como o direito à saúde é algo para ser construído e conquistado diariamente, eu vejo que a vigilância em saúde e a vigilância sanitária, se não tivermos essa preocupação cotidiana e uma ação cotidiana de entrelaçamento dos objetivos é muito fácil cair na situação da inspeção, do inspetor sanitário, que tem lá sua rotina de... uma centena de estabelecimentos para semanalmente, quinzenalmente visitar. Se nós não tivermos cuidado... é fácil os planos e as rotinas levarem a uma atividade de execução, resumindo-se a questão da inspetoria, da inspeção sanitária e perdermos o caráter estratégico de construção conjunta dos objetivos de uma política pública, ou seja, do gerenciamento dos riscos num dado território numa dada população. E passa pelo contínuo processo de profissionalização, pelo dimensionamento das equipes [...].	Conheço e faço até uma crítica. Se nós não tivermos cuidado é fácil os planos e as rotinas levarem a uma atividade de execução perdendo o caráter estratégico da construção conjunta dos objetivos de uma política pública.	E
Segmento G	Conheço mas ele é enorme, né. Não sei todos os detalhes. Eu gosto muito do controle da qualidade do serviço das padarias. Do Siságua que é da análise de água, a selagem dos açougues que não tá de forma regularizada e que a gente tem que revitalizar... porque deu uma qualidade significativa para os estabelecimentos, a operação verão de vistoria nos clubes, outra que acho fundamental é a abordagem... a vistoria	Conheço, mas ele é enorme. Não sei todos os detalhes. Gosto muito do controle da qualidade do serviço das padarias. Do Siságua que é da análise de água, a selagem dos açougues, a vistoria das	E

	mesmo das instituições de longa permanência e das escolas... que as vezes a gente tem um olhar pra fora e agora também, começando a ter um olhar pra nossas próprias municipais.	instituições de longa permanência e das escolas.	
Segmento G	Sim. O aspecto que chamou a atenção é que a vigilância sanitária no seu plano de ações é... inclusive eu acompanhei a aprovação no conselho municipal de saúde nesse ano. Ele trata de percentuais, de metas a serem atingidas... obviamente que existe uma prioridade nas ações que são de maior risco... que impactam maior risco para a população, como bloco cirúrgico, leitos de CTI. Outros de menor impacto... como consultórios médicos, consultórios odontológicos teriam uma supervisão... vamos dizer assim da vigilância, não na sua totalidade mas numa parte amostral.	Eu entendo as metas da vigilância, o plano de ação, no sentido do que é prioridade teria que ter uma avaliação de 100% e aquilo dependendo do grau de risco poderia ter uma avaliação por amostragem.	E
Segmento U	Bom!... ele foi apresentado aqui no conselho, tá. Eu li ele. Foi apresentado pra nós e aprovado... o plano 2009 foi aprovado recentemente pelo conselho municipal de saúde. A única coisa que eu fiquei um pouco preocupado foi o tamanho de Belo Horizonte e o tamanho da vigilância sanitária, entendeu... a falta de pessoas, de recursos humanos na área da vigilância. O número pequeno de fiscais e um número grande de estabelecimentos... é uma coisa que me assustou um pouco. Há uma sobrecarga de trabalho pra as pessoas fazer... a gente vai tentar adequar, né... Belo Horizonte é uma cidade de grande porte... pode ser que a gente consiga.	Ele foi apresentado pra nós e aprovado. A única coisa que eu fiquei preocupado foi o tamanho de Belo Horizonte e o tamanho que é a vigilância sanitária. A falta de pessoas, de recursos humanos na área da vigilância. Há uma sobrecarga de trabalho para as pessoas fazerem.	E
Segmento U	Sim. Tomei conhecimento pela câmara técnica de avaliação. Um dos aspectos que me chamou muito a atenção no plano é a questão dos asilos... que há uns tempos atrás a gente	Sim. Tomei conhecimento pela câmara técnica de avaliação. Um dos	E

	<p>vê muita questão na mídia e vê alguns problemas e hoje eu vejo que a vigilância sanitária atingiu 100% das casas de repouso de idosos. Eu achei interessantíssimo, uma coisa que eu nem imaginaria que a vigilância sanitária estaria presente.</p>	<p>aspectos que me chamou muito a atenção foi a questão dos asilos. Hoje, eu vejo que a vigilância sanitária atingiu 100% das casas de repouso de idosos. Uma coisa que eu nem imaginaria que a vigilância estaria presente.</p>	
--	--	--	--