



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
ANGELA MARIA LEITE GOMES**

**AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA
MUNICIPAL DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ**

**FORTALEZA-CEARÁ
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
ANGELA MARIA LEITE GOMES**

**AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA
MUNICIPAL DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Planejamento e
Políticas Públicas da Universidade Estadual
do Ceará como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Planejamento e Políticas Públicas. Área de
concentração: Políticas de Saúde.**

Orientadora: Liduína Farias Almeida da Costa

**FORTALEZA-CEARÁ
2007**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS
PÚBLICAS

**TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação das Políticas das Ações de
Vigilância Sanitária nos Municípios de Gestão Plena do Sistema
Municipal de Saúde no Estado do Ceará**

AUTORA: ANGELA MARIA LEITE GOMES

Defesa em: ____ / ____ / ____

Conceito obtido:

Nota obtida:

Banca Examinadora

Liduína Farias Almeida da Costa

Doutora em Sociologia

Francisco Horácio da Silva Frota

Doutor em Sociologia

João Tadeu de Andrade

Doutor em Antropologia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais “in memoriam”.
Em especial a minha mãe, D. Francisca Leite
Gomes, mulher forte, que me ensinou a prosseguir,
sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por segurar na minha mão e me conduzir sempre neste caminho da vida.

A minha querida irmã Cláudia Helena Leite Gomes, obrigada pelo exemplo de luta em busca de um ideal.

A minha amada filha Alita Leite Claus e ao meu querido genro Luciano Moreira Colaço, pelas presenças constantes no meu caminhar.

Ao meu amigo José Lewton de Carvalho Monteiro pelo incentivo, melhor expressando, pelo “empurrão” diário, que me fez concluir este trabalho.

Aos colegas, amigos e amigas da Vigilância Sanitária do Estado, pela ajuda, compreensão e permanente carinho.

Ao amigo e mestre Norival Ferreira dos Santos pela decisiva participação no processo de construção deste trabalho.

A Maria das Graças Pinto Arruda pela ajuda e incentivo nas horas de desânimos e decepções, neste período do mestrado.

Ao Cícero Paulo da Silva Moura, pela inestimável ajuda na organização e trabalho de digitação.

A Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira, minha Coordenadora na Vigilância Sanitária do Estado, por ter acreditado e investido em mim.

Aos colegas das CERES, pela ajuda incontestável de facilitadores da pesquisa de campo.

Aos Secretários de Saúde, Coordenadores de VISA e Conselheiros Municipais de Saúde pela disponibilidade de contribuir para realização deste trabalho.

A minha mestra e orientadora Dra. Liduina Farias Almeida da Costa, por quem tenho profunda admiração, pelo seu modo simples de ser competente, de ser grande.

“Feliz é aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – Vigilância Sanitária, Políticas Públicas de Saúde e Cidadania .	12
CAPÍTULO 2 – Aspectos Político-Institucionais, Gestão e Controle Social em Vigilância Sanitária	21
2.1. Conformação Político-Institucional da Vigilância Sanitária – dos anos 70 à atualidade	21
2.2. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – nova estrutura da vigilância sanitária federal	26
2.3. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Como Política Nacional de Vigilância Sanitária	28
2.4. A Gestão em Vigilância Sanitária: o processo evolutivo da regulação	32
2.5. O Planejamento em Vigilância Sanitária	41
2.6. O Controle Social	43
CAPÍTULO 3 – A Construção da Vigilância Sanitária no Estado do Ceará	45
3.1. A Vigilância Sanitária do Ceará: aspectos históricos	45
3.2. A Reforma Pelon	47
3.3 A Vigilância Sanitária do Ceará: perspectivas atuais no estado e municípios ...	62
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	70
4.1 Percurso Metodológico	70
4.2. O Perfil do Profissional de Vigilância Sanitária	78
4.3 Aspectos da Infra-estrutura de Vigilância Sanitária nos Municípios Pesquisados	80
4.4 Aspectos da Gestão de Vigilância Sanitária nos 12 Municípios Pesquisados ...	81
4.5 Olhares Sobre a Vigilância Sanitária: Gestores, Coordenadores e Conselheiros	84
4.5.1 O olhar dos Gestores e Coordenadores	84
A capacitação	84
A importância da VISA para Proteção e Promoção da Saúde	86
O Processo de Descentralização	87

O Financiamento de Vigilância Sanitária	90
A Avaliação em Vigilância Sanitária	94
4.5.2 O Olhar dos Conselheiros Municipais de Saúde	96
A importância da VISA para Proteção e Promoção da Saúde	96
Conhecimento dos Conselheiros sobre a Vigilância Sanitária e Políticas Públicas de Saúde	98
5. Considerações Finais e Recomendações	109

Referências Bibliográficas

Bibliografia

ANEXO I – Relação das Ações de Vigilância Sanitária Constantes da Portaria 18/99/SAS/MS

ANEXO II – Roteiro de Entrevistas com os Secretários de Saúde e Coordenadores de Vigilância Sanitária

ANEXO III – Roteiro de Entrevistas com os Conselheiros Municipais de Saúde

ANEXO IV – Ficha de Identificação dos Municípios

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAGECE	-	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CE	-	Ceará
CERES	-	Células Regionais de Saúde
CF	-	Constituição Federal
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONVISA	-	Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
DEVIS	-	Departamento de Vigilância Sanitária do Estado
DOC	-	Documento
DTAs -	-	Doenças Transmitidas por Alimentos
FDA	-	Food and Drug Administration
GM	-	Gabinete do Ministro
IAPI	-	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPs	-	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INVISA	-	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
LACEN	-	Laboratório Central de Saúde Pública
LOS	-	Lei Orgânica da Saúde
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	-	Norma Operacional Básica
NUVIS	-	Núcleo de Vigilância Sanitária
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PAB	-	Piso Assistencial Básico
PBVS	-	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDVISA	-	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PDVS	-	Programa Desconcentrado de Vigilância Sanitária
PPI	-	Programação Pactuada Integrada
PSF	-	Programa de Saúde da Família

SAS	-	Secretaria de Atenção à Saúde
SESA	-	Secretaria Estadual de Saúde
SINAVISA	-	Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária
SISVISA	-	Sistema de Informação de Vigilância Sanitária
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	-	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SVS	-	Secretaria de Vigilância Sanitária
TAM	-	Termo de Ajuste e Metas
TFVS	-	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
USP	-	Universidade Federal de São de Paulo
VISA	-	Vigilância Sanitária

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1	- Certificado de Habilitação Profissional de Parteiras Práticas – Ano 1930	.....	49
Figura 2	- Certificado de Habilitação de Profissional Cirurgiões Dentistas – Ano 1938	.....	50
Figura 3	- Certificado de Habilitação Profissional Médico – Ano 1938	.....	51
Figura 4	- Relatório de Inspeção nos Matadouros de Fortaleza – Ano 1953	.....	52
Figura 5	- Relatório de Investigação de Surto Alimentar – Ano 1953	.....	53
Figura 6	- Registro do Cadastro de 1.067 Farmácias Comerciais – Ano 1973	.....	54
Quadro 1	- Número de Municípios com PPI, no Estado do Ceará – Período – 2004/2006	.....	65
Quadro 2	- Informantes Principais da Pesquisa. Total Geral = 35	.....	72
Quadro 3	- Municípios Pesquisados por Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará	.....	74
Figura 7	- Mapa do Estado do Ceará com as Macrorregiões de Saúde	.....	75
Quadro 4	- Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, com Respectivas Células Regionais de Saúde.	.....	76
Quadro 5	- Demonstrativo dos Técnicos de VISA Municipais, por categoria profissional – 2007	.....	78
Quadro 6	- Aspectos da Estrutura dos Serviços de Vigilância Sanitária Municipais - 2007	.....	81
Quadro 7	- Aspectos da Gestão de Vigilância Sanitária nos Municípios - 2007	.....	82
Gráfico 1	- Conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores de VISA relacionados às Políticas Públicas de Saúde	.....	85

Gráfico 2	- Conhecimento dos Secretários e Coordenadores sobre a área de VISA	.....	85
Gráfico 3	- A importância da VISA para proteção e promoção da saúde	.....	86
Gráfico 4	- A descentralização das ações de VISA	.....	87
Gráfico 5	- Conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores de VISA como ação de Saúde Pública	.....	87
Gráfico 6	- Conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores sobre a Política de Financiamento de VISA	.....	90
Gráfico 7	- Aspectos relacionados aos recursos financeiros para a área de VISA	.....	91
Gráfico 8	- Autonomia Administrativa dos Coordenadores de VISA	.....	93
Gráfico 9	- Aspecto do conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores relacionado à questão da Gestão de VISA	.....	93
Gráfico 10	- Aspectos sobre o processo de avaliação em VISA	.....	95
Gráfico 11	- A importância da VISA para proteção e promoção da saúde	.....	96
Gráfico 12	- Conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde sobre o Subsistema de VISA	.....	98
Gráfico 13	- Aspecto relacionado à questão do poder de decisão dos Conselheiros Municipais de Saúde e do efetivo controle social	.....	100
Gráfico 14	- Participação dos Conselheiros Municipais de Saúde em eventos de VISA	.....	102
Gráfico 15	- A influência dos Conselheiros Municipais de Saúde sobre as questões de VISA	.....	103
Gráfico 16	- A inclusão da VISA nas pautas dos Conselhos Municipais de Saúde	.....	104
Gráfico 17	- Conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde relacionado as políticas institucionais de VISA (Entraves)	.....	106

RESUMO

Este trabalho apresenta uma avaliação qualitativa das ações de Vigilância Sanitária nos municípios do Estado do Ceará, habilitados no SUS, na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Destacamos a fragilidade institucional da área, no contexto das Políticas Públicas de Saúde, tendo como recorte 12 municípios do Estado. O trabalho tem como questão central às ações e serviços de vigilância sanitária nos municípios, relacionadas ao processo de municipalização da saúde. Com avaliação do nível de conhecimento dos Secretários de Saúde, Coordenadores de Vigilância Sanitária e Conselheiros Municipais de Saúde sobre o campo de VISA, realizada através de 35 entrevistas com esses atores, que desempenham papéis relevantes ao cumprimento constitucional da execução das ações de VISA. Consideramos também aspectos da infra-estrutura dos serviços nos municípios pesquisados. Em razão dos propósitos da pesquisa, ela tem caráter descritivo e analítico, pela forma como foram expostos os capítulos e como se chegou ao processo conclusivo. Os resultados expressam que as VISAS dos municípios estudados são fragilizadas, com pouca capacidade operativa, com profissionais necessitando de capacitação, temerosos ao enfrentamento dos problemas sanitários locais. A pouca governabilidade e poder dos gestores, constitui-se entrave político para a maioria das autoridades locais, marcadas pelo pouco investimento, por todos os níveis de governo e pela ausência do pacto de gestão e de uma política de financiamento para a área. Foi possível mostrar, empiricamente que a VISA nos municípios é um processo político-institucional com deficiências que apontam para sua fragilidade como suporte à concretização da proteção e promoção da saúde da população, um direito constitucional e um dever do Estado. A pesquisa permitiu ainda, com aporte teórico, evidenciar que o Estado do Ceará não se diferencia do país, em referência à questão da Gestão das Ações de Vigilância Sanitária e das Políticas Públicas de Saúde.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; municipalização, gestão municipal, avaliação de políticas públicas; avaliação de políticas de saúde.

INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária, como a forma mais complexa da existência da Saúde Pública (Costa e Rozenfeld, 2000), pode ser compreendida, como um conjunto de ações eminentemente técnicas, com objetivo de proteção e promoção da saúde, constituindo-se dever do Estado e direito inalienável do cidadão. Sua prática, de modo geral, está vinculada à fiscalização (Costa, 2000), o que restringe a compreensão de suas diversas ações, conferindo matizes de redução ao âmbito do controle sanitário ao excluírem seus integrantes de informação e educação sanitária, (Piovesan, 2002).

A Constituição Federal de 1988 disciplinou as atividades do Estado, com o propósito de garantir o direito à saúde para todos. Em seu art. 23, II, definiu as competências comuns de todos os níveis de governo.

Assim, o cuidado com a saúde é tarefa comum de todos, à União foi atribuída à competência de estabelecer normas gerais e aos Estados e Municípios a suplementação das mesmas. Para garantir que as atividades do atendimento à saúde da população e, portanto, do seu cuidado, partissem das necessidades expressas na esfera municipal, a Constituição Federal determinou a competência do Município para prestar serviços de atendimento da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

Percebemos assim, que na questão da saúde, as competências e atribuições, a Constituição Federal vigente não isentou nenhuma instância de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde, sendo, portanto, responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, através das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no conjunto denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), ficou estabelecido à regulamentação legal, de todas as ações de saúde, no território nacional.

A Lei Orgânica da Saúde colabora na definição do direito à saúde, estrutura o Sistema Único de Saúde, tornando claros seus objetivos e suas atribuições, as diretrizes que devem orientar sua organização, direção e gestão, a forma como estão sendo distribuídas as tarefas entre os níveis de governo e a forma da participação da comunidade na gestão do sistema.

Dentre os objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidas no art. 6º, I, a, incluem-se a execução das ações de Vigilância Sanitária.

A progressiva responsabilização da gestão municipal com relação à saúde dos habitantes é o cerne do processo de descentralização da área. O poder de decisão na área da saúde, quando exercido por autoridades administrativas que se encontram próximas da realidade local, proporcionam melhores condições de adequar a oferta de serviços às reais demandas da população e contribuir para uma vigilância sanitária mais efetiva.

A Vigilância Sanitária, concebida como um campo da saúde coletiva, é indissociável das ações que integram as políticas de saúde. Dessa forma, a atribuição legal da Vigilância Sanitária diz respeito aos processos de regulação do risco sanitário, não devendo se restringir apenas a uma perspectiva fiscalizatória e sim de ampliação de ações, que incorporem às práticas de proteção, aquelas de promoção da saúde.

Para Teixeira (2000), a institucionalização dos programas de erradicação e controle e a implantação da Vigilância à Saúde, no Brasil, implicaram, do ponto de vista político-institucional, na organização centralizada (federal) de órgãos e departamentos responsáveis pelas campanhas e programas. Ao mesmo tempo, cristalizava-se uma distinção entre Vigilância Epidemiológica, voltada para o controle de casos e contatos, e a Vigilância Sanitária, voltada para o controle de ambientes, produtos e serviços. Embora se possa considerar que do ponto de vista técnico-operacional há especificidades que justificam a existência dessas vigilâncias, não se justifica a sua institucionalização como órgãos separados, particularmente no âmbito municipal. Isto gerou, inclusive a reflexão sobre os limites e possibilidades de

integração institucional das vigilâncias, para que se avance na implementação do Sistema de Vigilância à Saúde.

Na atualidade, a elaboração de propostas de operacionalização da Vigilância à Saúde, tem como eixo central o processo de municipalização da gestão do sistema, incluindo, entre outros, assumir e consolidar o conjunto de ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária.

No entanto para Lucchese (2006), o processo de incorporação das ações de Vigilância Sanitária pelos municípios não deve reproduzir sua cultura atual. Principalmente nesse nível de governo, não tem sentido uma estruturação dos serviços de Vigilância Sanitária de forma fragmentada e desarticulada dos outros serviços, especialmente de outras formas de proteção à saúde. Mesmo com suas diferentes interpretações, e concepção de vigilância à saúde, no nível municipal, parece oferecer avanços conceituais, metodológicos e instrumentais que poderiam contribuir para a reorganização do modelo de serviços que, atualmente, constitui o principal desafio dos sistemas municipais de saúde.

Sabemos, no entanto, que o processo de descentralização brasileiro, tem como característica marcante, avanços e retrocessos dependentes das questões políticas e administrativas, características sócio-econômica e cultural dos estados e municípios do país.

Os resultados como aponta Gerschman (2004), são extremamente contraditórios. Em alguns municípios, o tipo de inovação gerencial incorporada representa um claro avanço no processo de descentralização e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, através de iniciativas da própria gestão municipal, que vão além das diretrizes federais e estaduais, injetando recursos orçamentários próprios na implementação da política de saúde. Em outros se observa a implementação de programas e experiências formuladas exclusivamente no nível federal como uma maneira de receber recursos externos.

O processo de descentralização das políticas sociais é caracterizado por desigualdades de toda ordem, no ritmo da formulação e decisão entre as distintas políticas setoriais, no interior de uma mesma idéia política, desigualdades entre o ritmo e os resultados da implementação e, sobretudo, na qualidade dos serviços prestados. Como já afirmava Arretche (1997), a própria indução e condução do processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil, necessita de fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais.

A descentralização da área da saúde tem sido conduzida, principalmente, pela emissão de Normas e Portarias, por parte do Ministério da Saúde, nelas incluídas as ações de vigilância sanitária, embora com abordagem superficial, como demonstrado mais adiante.

Na área específica de vigilância sanitária Da Seta e Silva (2001), registram que para os municípios a descentralização das ações de vigilância sanitária se dá mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB (que congrega estados e municípios). Uma causa de dificuldade no âmbito da CIB é a tentativa de vinculação da responsabilidade de execução das ações de vigilância sanitária a serem descentralizadas, segundo sua hierarquia, às modalidades de gestão. Outra, é que nem sempre há correspondência entre a capacidade de gestão na qual o município se encontra habilitado pelas Normas Operacionais.

A Vigilância Sanitária no contexto administrativo dos estados e municípios é de maneira geral, fragilizada, com tênue governabilidade (Siqueira, 2001). Ficando impossibilitada de exercer sua função de proteção e promoção da saúde da população. Apesar dos preceitos constitucionais considerarem relevância pública a execução das ações de fiscalização e controle, objetivando a redução das doenças e outros agravos à saúde (Art. 196, CF).

Como aponta Lucchese (2006), “a vigilância sanitária pode contribuir para superação do antigo padrão de ação governamental no campo da saúde, acusado de ineficiente, perdulário e fraudulento”.

No entanto até recentemente a área da vigilância sanitária não era enxergada como práticas de saúde e não fazia parte de sua agenda política, sendo entendida como área de permanente conflito de interesses políticos e econômicos, principalmente nos municípios onde sofre maiores interferências que a limitam. Consideramos que somente a partir de 2001, com a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, a área tem conseguido maior visibilidade e, de modo circunstancial ser inserida no contexto do SUS.

Alguns autores, como Costa (1999, 2001), Siqueira (2001), Piosevan (2002), Teixeira (2005), Lucchese (2000 e 2006), Da Seta e Silva (2006), têm detectado no contexto da saúde pública brasileira, que as ações de vigilância sanitária são incipientes e de maneira geral, cartoriais, contribuindo de forma ineficiente para o processo de vigilância à saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Necessário destacar que a maioria dos gestores municipais prioriza a execução das ações relacionadas à assistência médica, modelo hegemônico das políticas de saúde vigentes, colocando em plano secundário o conjunto de ações do âmbito da proteção e promoção da saúde, nelas incluídas as ações de vigilância sanitária.

Essa prioridade, consoante Costa (2001), expressa o pensamento sanitário dominante que se mantém apegado ao atendimento à doença, tendo a assistência médica como remédio, e revela também a negação de assistência a grande parte da população que ainda tem de lutar para conquistar esse direito. A ausência da vigilância sanitária estaria revelando esse modo de pensar e agir em saúde, que não incorpora os fatores de risco e os determinantes dos modos de adoecer e morrer.

A fragilidade da área de Vigilância Sanitária tem vários determinantes, dentre os quais, as medidas tomadas em relação a problemas pontuais, a descoordenação das ações sanitárias, desvinculadas das demais ações de saúde, a falta de homogeneidade da atuação governamental no território nacional, paralelamente à ausência, de uma especificidade segundo as características e

realidades regionais e locais, demonstrando a ausência de uma política nacional de Vigilância Sanitária realista e efetiva. Essas características das políticas e ações de controle sanitário podem ser atribuídas, principalmente a debilidade das funções do Estado brasileiro, no que se refere à Saúde Pública (Piovesan, 2002).

Para a Vigilância Sanitária alcançar seu efetivo papel e ser reconhecida como de importância no contexto das políticas públicas de saúde, deverá estabelecer uma forte parceria com a sociedade. Na percepção de Costa (2001) tanto como perspectiva do exercício pleno de sua missão, a proteção e promoção da saúde, significando melhoria da qualidade de vida, como para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS foi regulada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a instituição, em cada esfera de governo, da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo é órgão colegiado, integrado por representantes de governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários e deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, da esfera política correspondente (Lei 8.142/90, art 1º, §2º).

Concordamos com o registro de Dallari (2000), “de que as mudanças sociais não derivam apenas da criação constitucional dos mecanismos que as possibilitam, mas, principalmente, do uso de tais instrumentos”.

A análise empírica segundo os Conselhos Municipais das Áreas Sociais, demonstra que ainda é necessário superar muitas barreiras para que os conselhos de saúde efetivem seu papel, corroborando as tensões entre a dimensão formal e legal de atuação. De fato, não se pode desconsiderar que os mecanismos de acompanhamento dos conselhos, da execução das políticas, são ainda frágeis e a capacidade de intervir no rumo das políticas nos municípios ainda é bastante

limitada, dependente de condições sociais, políticas e institucionais ainda não totalmente exploradas e identificadas.

Gerschman (2004), aponta como causa da frágil atuação dos Conselhos de Saúde locais, além da insuficiente formação dos conselheiros, a falta de uma experiência histórica sustentada na mobilização e organização sócio-política da sociedade, os conselhos locais de saúde, ainda que possuam uma existência legítima, não dispõem de instrumentos políticos e técnicos capazes de transformar a lei em princípios executáveis para viabilização de demandas sociais.

O objetivo deste trabalho foi, através de uma pesquisa qualitativa, avaliar fatores que possam interferir no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará, habilitados no Sistema Único de Saúde, no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Como objetivos secundários destacamos: (1) avaliar o nível de conhecimento dos Secretários de Saúde, Coordenadores de Vigilância Sanitária e Conselheiros Municipais de Saúde, sobre o campo da Vigilância Sanitária; (2) avaliar a infra-estrutura dos Serviços de Vigilância Sanitária nos municípios pesquisados.

Os 184 municípios que constituem o Estado do Ceará estão habilitados no Sistema Único de Saúde – SUS, no Modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, com competência legal de:

1. Executar ações de Vigilância Sanitária de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI) acordada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
2. Nomear profissionais para atuarem na Área de Vigilância Sanitária de acordo com a necessidade da demanda local;
3. Promover a capacitação dos profissionais para atuarem na área;
4. Manter uma estrutura básica para o serviço de Vigilância Sanitária;
5. Alimentar o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária (SISVISA e SINAVISA);
6. Estabelecer fluxo de informação com cronograma operacional;

7. Estabelecer sistema de acompanhamento, avaliação e controle das ações de vigilância sanitária executadas.

Nossa atuação na área nos conduziu a indagações, como: Qual a situação atual dos municípios no processo de descentralização de vigilância sanitária no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS? Existem fatores que possam interferir nesse processo de descentralização? Qual o entendimento dos gestores da saúde, coordenadores de vigilâncias sanitárias e conselheiros municipais de saúde, sobre o campo de vigilância sanitária? Como estão organizados os serviços quanto à infraestrutura, o processo de trabalho e o resultado das ações de vigilância sanitária?

Estes conjuntos de indagações sinalizaram no sentido da questão central da pesquisa: as ações e serviços de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará, relacionadas ao processo de municipalização da saúde, considerando os aspectos da infra-estrutura e o nível de conhecimento dos Gestores da Saúde, Coordenadores de Vigilância Sanitária e Conselheiros Municipais de Saúde sobre o campo de Vigilância Sanitária.

Alguns pressupostos orientaram o desenvolvimento da pesquisa que deu origem a esta dissertação, tais como:

1. A preocupante fragilidade e incipiência no processo de construção das ações e serviços de vigilância sanitária municipais, em relação ao enfrentamento dos problemas sanitários locais, responsabilidade inalienável do Estado.

2. Os fatores que interferem na efetividade das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde do Estado do Ceará na sua maioria se devem ao desconhecimento dos gestores, coordenadores de vigilância sanitária e conselheiros municipais do campo de atuação de vigilância sanitária.

3. Promover a constante melhoria da qualidade da prestação de serviços quer pela inovação, quer pela atuação de seus recursos humanos, quer pela renovação de seus processos de trabalho, constitui-se no maior desafio para a

administração pública municipal, principalmente na sua função regulatória na qual a vigilância sanitária tem papel preponderante.

4. A função gerencial no setor público muitas vezes é exercida sem que o profissional passe por um processo preparatório que possibilite assumir a complexa tarefa de realizar as ações de vigilância sanitária. Somado ao desconhecimento das ações podemos incluir a deficiência encontrada na infra-estrutura de vigilância sanitária, seja pela falta de recursos materiais ou financeiros.

5. A não avaliação do processo de trabalho realizado por esses atores e falta de conhecimento dos conselheiros municipais de saúde do campo de atuação da vigilância sanitária são fatores que podem comprometer a execução das ações de vigilância sanitária.

Como justificativa foi fundamental a consideração de três critérios: a inexistência de um estudo que abordasse o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará; a relevância pública das ações e serviços de vigilância sanitária (art. 197, CF) e a importância da identificação de fatores que interferem nas ações de vigilância sanitária, tendo em vista a escassez de pesquisas relacionadas ao tema e a perspectiva de proposições para a melhoria dessas ações e serviços.

O universo foi composto de 12 municípios, localizados nas três Macrorregiões de Saúde, e escolhidos pelo critério populacional, considerando-se três níveis – até 50 mil habitantes, de 50 a 100 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes.

A amostra foi constituída de 11 Secretários de Saúde, 12 Coordenadores de Vigilância Sanitária e 12 Conselheiros Municipais de Saúde.

Em razão dos propósitos da pesquisa ela teve caráter descritivo e analítico, tal como se expressa pela forma como foram expostos os capítulos da dissertação e como se chegou ao processo conclusivo, a partir da descrição do que

foi realizado e da análise do material coletado através dos instrumentos de trabalho: documentos históricos e oficiais, entrevistas e diário de campo.

Com a abordagem no Capítulo 1, Vigilância Sanitária, Políticas Públicas de Saúde e Cidadania, pretendemos estabelecer um marco referencial teórico, com contribuição de alguns autores para a compreensão das dificuldades à inserção da vigilância sanitária nas políticas públicas de saúde. Destacamos entre eles: Berlinguer (1987), Bodstein (2000), Cohn (2006), Gerschman (2004), Ivo (2002), Lenir Santos (2003). Lucchese (2006), Silva (2001), Souto (2004).

No capítulo 2, pretendemos explicitar os Aspectos Político-Institucionais, Gestão e Controle Social em Vigilância Sanitária e como tais aspectos interferem nas diretrizes políticas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, considerado a Política Nacional de Vigilância Sanitária.

Abordamos também o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para contextualizar o reordenamento das políticas públicas de saúde, e para o entendimento situacional de vigilância sanitária, quanto ação de Estado.

O capítulo 3 constituiu-se de uma descrição histórica conjuntural da Vigilância Sanitária no Estado do Ceará, do seu papel político-institucional no desenvolvimento das ações de proteção e promoção à saúde e, do processo organizativo no estado e municípios.

No capítulo 4 descrevemos o percurso metodológico, a análise e interpretação dos resultados e a conclusão do trabalho, procurando mostrar a situação das ações e serviços de vigilância sanitária e as repercussões no processo de municipalização da saúde.

Buscamos, portanto, contribuir para a contextualização da vigilância sanitária no cenário das políticas públicas de saúde, priorizando a vigilância sanitária do Estado do Ceará, para compreensão de sua atuação focal nas resoluções dos problemas sanitários nos municípios, "lócus" institucional de execução das ações e serviços, como responsabilidades sanitária e de gestão.

Na percepção de que a realidade social, política e econômica é complexa e dinâmica e, como destaca Silva (1992), “não se pode perder de vista o movimento incessante e contraditório da realidade, na singularidade dos contextos espaciais e temporais”, que diretamente influem de modo a favorecer ou emperrar as perspectivas de avanços da área de Vigilância Sanitária e do próprio Sistema Único de Saúde – SUS que, como bem explicitou um dos entrevistados *“a Vigilância Sanitária é um dos pilares da construção da cidadania”*.

Nas considerações finais, expomos a situação atual das Vigilâncias Sanitárias destacando a necessidade de uma maior atenção à área, de forma integrada com as três instâncias de governo e, fazemos algumas recomendações que consideramos oportunas, para o enfrentamento dos desafios da implantação e implementação das ações e serviços de Vigilância Sanitária nos municípios do Estado do Ceará.

Capítulo 1: Vigilância Sanitária, Políticas Públicas de Saúde e Cidadania

A Política Pública de Saúde do Brasil está inscrita na Constituição Federal, Capítulo da Seguridade Social, nos artigos 196 a 200 da Seção II da Saúde e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O conceito de Políticas Públicas é na percepção de D'Avila (2001), extremamente necessário, para o entendimento do próprio espaço de atuação do objeto levantado, isto é, as políticas públicas de saúde. No caso da abordagem sobre políticas públicas de saúde, a autora reforça que existe uma enorme pluralidade de modelos conceituais, além do fato de se caracterizar ainda, o espaço da política social dentro das políticas públicas.

A autora cita diversos conceitos, entre os quais o de Lemieux (1994), que define políticas públicas como tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades. Entendendo um problema público aquele que interfere, de alguma maneira, na repartição dos meios, entre os atores sociais e, coletividade, em sentido amplo, podendo referir-se ao Estado nacional ou as instâncias subnacionais de governo (esfera regional ou municipal) ou até mesmo uma instituição.

Souto (2004), abordando as políticas públicas para compreensão das políticas de vigilância sanitária, registra os estudos elaborados por dois pesquisadores americanos Oszlak e O'Donnell (1984), que referem alguns enfoques que contribuem para o estudo, das políticas públicas, na América Latina, no qual a preocupação central é a transformação do Estado e sua relação com a sociedade civil. Os autores identificam que existem três formas distintas de explicar os motivos da instituição de uma política pública. A primeira é o Estado passivo às demandas

sociais; a segunda é o Estado definindo as políticas e essas sendo passivamente aceitas. E a terceira, as demandas são determinadas em função das duas anteriores. Partindo dessas questões identificadas propuseram um desenho para o estudo das políticas estatais, considerando segundo o conceito de políticas sociais¹. Assim estabeleceram que para elaboração dessas políticas deverá se levar em conta: que as políticas seriam acordos de um processo social relativo a um tema em questão, que adquiriu significado; que as questões definidas pelos autores são entendidas como assuntos e esses, entendidos como necessidades, socialmente gerados; que o surgimento de uma questão se dá quando o Estado começa a responder as perguntas que a sociedade, ou parte dela, faz e, que o Estado começa a tomar posição quando procura resolver os problemas postos.

Silva (2001), para entendimento das políticas públicas, no contexto da municipalização da saúde, considerou o conceito proposto por Salazar-Vargas (1995) de que “políticas públicas é o conjunto de sucessivas respostas do Estado diante de situações consideradas problemáticas”.

Considerou ainda, importante a compreensão de que independente do conceito que se adote para políticas públicas, elas dizem respeito ao processo que se relaciona com a tomada de decisões pelo Estado. E que essas decisões são dirigidas a toda sociedade, que deve, acatar o que foi decidido. Isto é, as autoridades políticas, por meio do uso do poder de que dispõem, conseguem que as decisões sejam acatadas como valores, que atingem a todos. Sendo essa última característica a que diferencia das demais políticas.

Ao abordar vigilância sanitária no contexto das políticas de saúde, pretendemos levantar alguns determinantes de sua fragilidade, ao longo da história da própria saúde pública do país. Podemos começar chamando a atenção para duas características conceituais de vigilância sanitária, que se confrontam fortemente com o modelo estruturante do Estado neoliberal brasileiro da atualidade:

¹ Uma definição de política social dado por Ozslak e O'Donnell (1984 apud Souto, 1996), como “conjunto de ações e omissões que manifestam uma determinada modalidade de intervenção do Estado em relação com uma questão que seja de interesse de outros atores na sociedade civil”.

- I) Vigilância Sanitária como ação de fortalecimento da cidadania e da democracia;
- II) Arena de permanente tensão e conflito, com ações que delimitam os interesses privados em favorecimento dos interesses e direitos coletivos.

Para Bodstein (2000), “o processo de cidadania é o fio condutor do conflito moderno. Sem a reinvenção constante da autonomia humana, é impossível aprofundar e ampliar os direitos na sociedade atual”.

Dessa maneira é necessário o entendimento do conceito de cidadania, que segundo Marshall, um dos mais famosos pensadores do tema:

Não se resume à posse de determinado conjunto de direitos, que varia de sociedade para sociedade de acordo com diferenças concretas. Antes ela (cidadania) implica possuir os mesmos direitos, na esfera civil, da política e do social (Marshall, 1967:63, Apud Bodstein, 2001:74).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS, pela Lei 8.080, de 16 de setembro de 1990, no seu art. 6º, I, a, estão estabelecidas as ações de vigilância sanitária, como de Estado, constituindo-se num 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.

Assim entendida, podemos afirmar ser a vigilância sanitária um dos braços executivos que, estruturam e operacionizam o Sistema Único de Saúde - SUS, na busca da concretude do direito universal à saúde.

Lucchese (2006), afirma: “a importância da vigilância sanitária como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos e das relações sociais”. Complementa, explicitando que sua natureza exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional e a mediação dos setores da sociedade, por meio de canais de participação permanentes.

Para abordagem das políticas de saúde e a organização das ações e serviços de saúde, compreendemos o envolvimento de variáveis que dependem dos aspectos sociais, econômicos, políticos e de governo. Além de consideradas a dimensão do exercício do poder, e a dimensão dos interesses nas propostas organizativas e eleição de prioridades para a área.

Na percepção de Amélia Cohn (2006), para o enfoque das políticas de saúde, se faz necessário a clareza da existência de duas vertentes: uma que privilegia a organização dos serviços e dos sistemas de saúde, e outra que dar ênfase aos impactos das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde e a satisfação de suas necessidades básicas. Focando sempre a necessidade dessas políticas de saúde se sustentarem nos preceitos constitucionais de saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

É necessário, portanto, perceber que não estão separadas – cidadania e democracia. Ainda, citando Bodstein, (2000), “a democracia projeta, uma sociedade idealmente igualitária, no sentido de que, apesar das diferenças e desigualdades acentuadas entre as classes, propõe uma base comum, com os mesmos direitos”.

Com o Estado de orientação neoliberal, entretanto, a democracia tornou-se tão desnordeada quanto as restantes produções da era da globalização (mundialização do capital), tornando-se cada vez mais esvaziada de representatividade.

No Brasil que, atravessou longos períodos autoritários, o desempenho da democracia, na década de 90, tem deixado um forte ranço de ineficiência no exercício dos cargos e também profundas desigualdades sociais relacionadas aos cortes importantes em política sociais. Assim, os projetos políticos montados no final dos anos 80, especialmente na área da saúde, apoiados na noção de direito universal, tiveram na década de 90, um cenário de implementação profundamente adverso.

Para Ivo (2002), dentre os fatores identificados, referentes à questão das relações sociais e políticas, tem relevância, a nova ordem socioeconômica desigual quanto à distribuição de renda e de bens públicos. Dentre esses fatores ainda atuam o caráter patrimonialista, entendido como o uso privado das coisas públicas, permeado por relações clientelistas, que se alteram e se complementam com o círculo burocrático. O volume da pobreza, como fenômeno social e político qualificador de um projeto de desenvolvimento excludente. A redução do Estado, na política do Estado mínimo, acompanhado de um momento de desconcentração e descentralização das políticas em termo de desenvolvimento local, com maior responsabilidade e autonomia da sociedade civil na condução das políticas.

Gerschman (2004), afirma que no início, do novo século, com a continuidade das políticas neoliberais, constatam-se resultados funestos em termos de desigualdades sociais, aumento da pobreza, violência urbana incontrolável, criminalidade ligadas ao tráfico de drogas, crescimento da corrupção nas forças policiais e nas altas esferas de governo. Em relação a saúde, recrudescimento de doenças tais como tuberculose, hanseníase, malária, cólera e várias epidemias, como a dengue.

Na área específica da vigilância sanitária o ressurgimento, como exemplos, de produtos sem registros, falsificados e ou clandestinos (medicamentos, suplementos alimentares, águas envasadas, saneantes e cosméticos), ineficiência das ações de fiscalização e controle e, diminuição e descrédito, de uma forma geral, da autoridade pública e do aparelho jurídico-legal, que longe de promover uma igualdade de tratamento, acabam reproduzindo a desigualdade e beneficiando, via de regra, segmentos com maior poder.

Bodstein (2000), alerta, “que numa sociedade de forte hierarquização, como a brasileira, onde ainda é bastante gritante a presença de um contingente considerável de população excluída na cidadania, são inúmeras as dificuldades para se avançar na representação da igualdade e na construção da esfera pública. O Estado parece incapaz de implementar, fiscalizar e punir, de fazer a lei ser cumprida e acatada”.

Onde prevalece, em quase todas as instâncias da sociedade, com honrosas exceções, o “*jeitinho brasileiro*”, com tentativas de burla da lei ou cumpri-la pela “*metade*”.

“Na vigilância sanitária com as mais diversas formas de manifestações de força do poder econômico, evidenciando-se na construção do sistema normativo, na cultura-institucional de pouca ação reguladora do poder público contra abusos do poder econômico, uma tradição do país” (Costa, 1999).

Concordamos com a afirmação de Bodstein (2000):

o Estado brasileiro possui baixa eficiência e eficácia, com capacidade quase nula de “**enforcement**”, isto é, de fazer com que suas decisões sejam implementadas e acatadas, de evitar a impunidade dos infratores. Nesse sentido, o Estado deixa de ser o “**lôcus**” da autoridade e o pólo aglutinador do consenso e da solidariedade. E não cumpre seu papel fundamental de zelar pelos interesses públicos e pela administração da justiça social (Bodstein, 2000:90).

O conceito ampliado de saúde, inscrito no artigo 196 da Constituição Federal, demanda um avanço no plano da consciência sanitária de todos os segmentos sociais por intermédio da valorização da qualidade das relações, bem como dos produtos, processos, ambientes e serviços, (Lucchese, 2001).

Lenir Santos (2003), reforça a competência do comando do artigo 196 da Constituição Federal, de que o Estado deve adotar políticas públicas que induzam o desenvolvimento social e econômico, reduzam a desigualdade, eliminem os fatores que negativamente afetem a saúde da população, aumentando o risco de doenças. A segunda parte do artigo 196, com redação mais concreta determina que o Estado garanta ao cidadão ações e serviços de saúde que possam prevenir, promover e recuperar a saúde.

A Constituição, ao determinar que as políticas públicas no campo econômico e social devem apontar para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, com repercussão, ainda que indireta, na saúde do indivíduo e da coletividade, alterou substancialmente o conceito de saúde. Saúde não tem apenas o significado de equilíbrio orgânico, mas é o resultado da qualidade de vida de um povo, e das políticas adotadas pelo Estado.

Para melhoria da qualidade de vida da população, percebemos a urgente necessidade da implementação de ações e serviços de saúde, responsabilidade do Estado, de forma intersetorial e interinstitucional, que favoreçam a integralidade da atenção à saúde, com o objetivo precípua de eliminar e ou diminuir o risco permanente a que se encontra exposta a sociedade, dentro do modelo do Estado globalizado e excludente.

No contexto do processo da redemocratização do Brasil, já afirmava o pesquisador italiano, Giovanni Berlinguer (1987), que não poderíamos resolver os problemas de saúde pública mediante a simples expansão de uma organização, de métodos, de intervenções, que foram criados e aprovados para combater outras doenças, outros inimigos, e por isso inadequados diante da mudança da patologia.

As instituições sanitárias devem ser funcionais para o enfrentamento dos novos objetivos. A consequência principal é a necessidade de intervir, de maneira deliberada e programada, para mudar as relações sociais, isto é, não basta modificar à relação direta entre homem e natureza, entre o homem e os agentes patógenos existentes na natureza. Quando a causa reside nas atividades e condições criadas pelo homem, são estas atividades e estas condições que precisamos controlar e modificar.

Ainda citando Berlinguer (1987), a outra consequência é que a saúde, justamente por que exige uma mudança das condições de vida, isto é, uma remoção das causas insalubres criadas pelo homem, exige democracia, comporta a participação direta da comunidade. A terceira consequência é a necessidade de ligar de maneira muito estreita a terapia à prevenção das doenças, pois hoje existe, tanto no nível institucional, como no operativo, a mais completa separação.

Sendo o campo da vigilância sanitária eminentemente preventivo e suas ações tendo o propósito de implementar concepções a respeito da qualidade das relações dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços, concordamos com as colocações de Lucchesi (2001), que entende ter essa área potencial tanto para reverter o antigo e hegemônico modelo assistencial de saúde, quanto para alimentar e enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania no país, o qual se deve refletir na saúde, e na qualidade de vida dos cidadãos.

Entretanto, percebemos as conseqüentes incertezas de avanços quanto à construção e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, pela caracterização da quebra marcante do caráter da integralidade das ações de proteção e promoção da saúde da população, incluídas as ações de Vigilância Sanitária, e o descompasso à consecução do direito universal à saúde.

Consequência inerente à forma pela qual o Estado brasileiro vem implementado suas políticas de saúde, ao longo da história da Saúde Pública,

caracterizada pela fragmentação na formulação e pela pouca priorização das ações de proteção e promoção da saúde.

O campo da vigilância sanitária parte integrante do conjunto de ações que compõem as políticas de saúde, não podemos, portanto, percebê-lo inserido efetivamente no Sistema Único de Saúde - SUS, sem a estruturação de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária com diretriz e capacidade de fortalecer a área, especialmente no que concerne à mediação dos problemas sanitários prevalentes, que possibilitem reais mudanças no cenário da saúde do país.

Capítulo 2: Aspectos Político-Institucionais, Gestão e Controle Social em Vigilância Sanitária

2.1 – Conformação Político-Institucional da Vigilância Sanitária – dos anos 70 à atualidade

A base jurídica institucional relacionada à área de Vigilância Sanitária, na atualidade, teve sua conformação estabelecida nos anos 70, com a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, em 1976. Porém não foi incorporado o conceito de sistema, tendo sido apenas instituído as competências para os níveis federal e estadual.

Como consequência, nos anos 70, o processo de articulação e integração do nível federal com os estados, se deu de forma lenta, verticalizada e assimétrica. O repasse dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, através de convênios, para as secretarias da saúde estaduais não contemplou as necessidades organizacionais das vigilâncias sanitárias.

Como relata Costa (2000), nos anos 70 a Organização Mundial da Saúde (OMS) influenciou o Brasil, no sentido de adotar medidas de regulamentação, quando emitiu resoluções de controle sobre as condições higiênicas da cadeia e manipulação de alimentos, e, sobre os efeitos, na saúde, das técnicas modernas de industrialização de alimentos, inclusive de resíduos, aditivos e contaminantes.

Esse período foi importante no processo de formulação da legislação sanitária brasileira, com edição de leis e decretos, tais como: Lei nº 5.991/73, que regulamentou o comércio de medicamentos, Lei nº 6.360/76, referente às áreas de medicamentos, cosméticos, saneantes e correlatos, Lei nº 6.368/76, voltada para o controle das substâncias tóxicas e entorpecentes, controle esse efetuado com participação da Polícia Federal. Seguida da sanção da Lei nº 6.437/77, que atualizou as disposições administrativas, caracterizando as infrações sanitárias e respectivas penalidades do processo administrativo, da aplicação de auto de infração, da

notificação de produtos, da apreensão de amostras, do cancelamento de registros de produtos, da interdição temporária ou definitiva de estabelecimentos e produtos, dentre outros.

Foi um período de extrema importância com o movimento que criou a moderna Vigilância Sanitária, no Brasil e, como bem explicitou Vecina Neto (2005), “foi um movimento de transformação da sociedade brasileira, importante sob vários aspectos, em que pesem a mordaza e a repressão da revolução”.

Com a agudização da crise política e econômica, em fins da década de 70, Souto (2004), explica que, o Estado lançava mão de discursos sociais como uma das últimas estratégias para dar legitimidade ao seu modelo econômico e político. Esse processo chamado de “distensão política” correspondeu, na saúde, a mudanças de ordem institucional e política, que permitiram a formação de movimentos populares de saúde e também o embrião do movimento sanitário.

Apesar de todos os avanços e do processo de articulação entre os níveis de governo federal e estadual, a área de vigilância sanitária, não acompanhou o crescimento do parque produtivo nacional, ficando defasada na sua estrutura organizacional, fiscalizatória e de controle, estabelecendo-se um modelo, na percepção de Lucchese (2006) “marcadamente cartorial”.

Nos anos 70, a maioria dos municípios nem sequer dispunham de Secretarias de Saúde e, as competências na área não estavam ainda definidas.

Na década de 80, durante parte do governo Sarney, foram alcançadas conquistas que favoreceram uma maior organização social, a formação de partidos políticos e centrais sindicais. Esse processo de mudanças de natureza política teve reflexos positivos na área da saúde. O movimento sanitário penetrou na sociedade civil e avançou nas instituições (Souto, 2004).

Apesar da crise econômica da década de 80, no âmbito da política, o período é caracterizado pela transição do regime autoritário para a democracia.

Na área de Vigilância Sanitária, iniciou-se um processo de maior articulação entre os estados, que culminou com a realização do Encontro de Goiânia, em abril de 1985, constituindo-se um marco, com a elaboração do documento reivindicatório conhecido como “Carta de Goiânia”, solicitando a reforma imediata da Política Nacional de Vigilância Sanitária, a criação de um Sistema e a reorganização dos serviços, em todas as esferas de governo. Participaram apenas nove estados, Goiás, Distrito Federal, Pará, Paraná, Maranhão, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo.

Como consequência foi elaborado o Documento Básico sobre uma Política Democrática e Nacional de Vigilância Sanitária, sendo definido como objeto essencial da vigilância sanitária, de acordo com Costa (1999), “a proteção da saúde da população, ao caracterizar o campo de abrangência da vigilância sanitária, o documento destaca suas inter-relações com o sistema produtivo, com a circulação de bens, mercadorias e serviços que são fontes potenciais de riscos e que transformam em demanda para os próprios serviços de saúde”.

Outro fato importante para Souto (2004), está relacionado à realização do Seminário Nacional de Vigilância Sanitária, em 1985, que colocou a Vigilância Sanitária em evidência e teve como principais deliberações, incluir o tema na 8ª Conferência Nacional de Saúde, prevista para novembro de 1986, salientando sua importância na Política Nacional de Saúde; reafirmar o caminho da descentralização das ações; estabelecer um sistema de informações em Vigilância Sanitária, promover ampla revisão da legislação; dispor de órgãos de divulgação sobre questões de vigilância sanitária para os consumidores e a população.

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi promovida pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, tendo como objetivo definir o papel da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Nesse período o campo de vigilância sanitária é revelado para a própria área da saúde, e contribuindo à visualização de sua importância como componente

das políticas públicas com a missão de promover a melhoria da qualidade de vida da população.

Como consequência de diagnóstico que evidenciou a insuficiência operativa do nível federal, foi iniciada a reestruturação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, transformando-a em Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS, que pelas múltiplas conexões com o sistema produtivo e a sua competência regulatória, sempre foi arena de conflitos e demandas políticas, sendo considerada problema para o Ministério da Saúde.

A necessidade de alguns desses reordenamentos normativos com maiores exigências para o exercício de atividades que permitem a circulação no mercado de produtos sob regime de Vigilância Sanitária, na visão de Costa (1999), tem suas origens em medidas desregulamentadoras da década passada, quando o governo que ocupava o aparelho de Estado postou-se ao lado do segmento produtivo, ignorando interesses sanitários legítimos.

Somente no início da década de 90, começou a ser vislumbrada a possibilidade de organizar as ações de vigilância sanitária em um sistema nacional.

Com a emissão da Lei 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde, a área de vigilância sanitária foi inserida no contexto das Políticas Públicas de Saúde e definidas suas competências nas três instâncias de governo, não conseguindo especificamente na área de vigilância sanitária, efetivar as práticas intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equanânime da proteção, promoção e recuperação da saúde da população.

Concordamos com Vecina Neto (2005), que apesar da vigilância sanitária ser responsável por cerca de 25% do PIB nacional, nunca se constituiu “monoliticamente” (grifo meu) uma ação de Estado, embora esteja explicitada na Constituição Federal.

Os anos 90 foram marcados pelo enfrentamento pela Secretaria de Vigilância Sanitária, de grandes problemas sanitários, como a questão célere dos

medicamentos falsificados², que agravou a crise institucional e, como esclarece Costa (1999) “desengavetando-se idéias que vinham conformando a constituição de uma autarquia para condução dos negócios de Vigilância Sanitária no país”.

Na gestão do ministro Adib Jatene, com o agravamento da crise da Secretaria de Vigilância Sanitária, foi discutido no Conselho Nacional de Saúde a criação de uma agência reguladora, seguindo o modelo do FDA (Food and Drug Administration) americana, com autonomia financeira e administrativa, com objetivo precípuo de agilizar a administração e alterar o caráter burocrático-cartorial.

Para Piovesan (2002), o percurso da instância federal da Vigilância Sanitária foi marcado por carências e impedimentos técnicos e políticos os quais, em boa medida, por muito tempo tolheram a sua ação e retroalimentaram a justificativa de sua inoperância. Da mesma forma, eventos ou crises no âmbito da Vigilância Sanitária raramente resultaram em resposta política de governo.

Sem uma ampla discussão com a sociedade brasileira sobre a configuração de um sistema com integração no SUS, o governo encaminhou a Medida Provisória nº 1.791, de 13 de janeiro de 1999 tendo sido promulgada pelo Congresso Nacional como Lei nº 9.872, em 27 de janeiro de 1999.

A Lei nº 9.872/99 dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, definindo sua estrutura organizacional, competências, modelo de gestão e dá outras providências.

² Em julho de 1998 vem a público o “caso Schering” de mulheres vítimas de gravidez indesejável, decorrente do consumo de “anticoncepcionais de farinha”. Amplamente divulgado na imprensa, o fato, segundo a empresa, teria sido conseqüência do roubo de 644 mil cartelas que foram fabricadas com amido para teste de nova máquina de embalagem, revelando o pouco caso da indústria farmacêutica em relação à saúde da população, também por não comunicar a ocorrência imediatamente ao Ministério da Saúde (Costa, 1999:370).

2.2 – A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – nova estrutura da vigilância sanitária federal

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária atendeu às diretrizes do Plano de Reforma do Aparelho do Estado. É uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. Constituindo-se a primeira agência reguladora na área da saúde.

A criação de agências reguladoras está inserida numa mudança ideológica de Administração Pública. Como explicita Dallari (2001), contraditoriamente, apesar de incluírem em sua denominação o termo “reguladores”, são uma das conseqüências do movimento de “desregulação” que caracterizou o neoliberalismo contemporâneo. Buscando conformar o Estado na execução de atividades que não podem ser delegadas e que, por isso, lhe são exclusivas, e deixar ou devolver para o âmbito de sociedade todas as atividades nas quais suas organizações tiveram interesse e capacidade de realização.

Para Dallari (2001), é imperioso notar que a autonomia concedida a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA pela lei de sua criação, disciplinada no seu regulamento (Decreto Federal nº 3.029/99) e no contrato de gestão (assinado em 29 de agosto de 1999, com prazo de vigência de três anos) não a exime da obrigação de respeitar as diretrizes estabelecidas para todo o Sistema Público de Saúde.

De acordo com o Art 6º da Lei nº 9.872/99, a ANVISA, tem por finalidade institucional promover, a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos e, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Tendo como competência, coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, dentre outros: o tabaco e seus derivados, radioisótopos para diagnóstico “in vivo”, radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia; imunobiológicos e suas substâncias ativas, equipamentos e material médico-hospitalar, odontológico e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial por imagem; executar Programas Nacionais, como do Sangue e Hemoderivados, Alimentos, Medicamentos, Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; fiscalização de propaganda e publicidade de produtos sob regime de vigilância sanitária, concessão de autorização de funcionamento de empresas; registro de produtos; certificado de boas práticas de fabricação, promover e manter um sistema de informação contínuo e permanente com as demais ações de saúde.

A administração da Agência é regida por um contrato de gestão (Art. 19), negociado entre o seu Diretor-Presidente e o Ministério da Saúde, ouvido previamente os ministros de Estado da Fazenda e do Planejamento e Orçamento e da Administração Federal e Reforma do Estado. O contrato de gestão é o instrumento de avaliação da atuação administrativa da autarquia e de seu desempenho, com validade de três anos. A avaliação da Agência é realizada por uma comissão instituída pelo Ministério da Saúde.

Na análise de Vecina Neto (2005), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária configurou uma enorme inovação e um grande avanço na história da Vigilância Sanitária no Brasil e, mesmo com os seus problemas e as melhorias pelas quais certamente ainda terá que passar, a Agência já trouxe grandes avanços para a nação. Basta comparar sua trajetória com tudo o que houve antes, na área de Vigilância Sanitária, neste País ainda em construção.

Apesar do entendimento do autor, de que em nenhum outro país do mundo ocorre uma concentração de atividades em um único órgão (saúde do trabalhador, ambiental, produtos e serviços). Pensamento coincidente com a visão de Costa (1999), de que a Vigilância Sanitária engloba vários objetos e partilha

competências com órgãos e instituições de distintos setores também envolvidos com atividades de controle sanitário.

O grande desafio para a Vigilância Sanitária ainda é de construir o Sistema Nacional, pois um País que tem o modelo federativo que o Brasil tem, onde os diferentes níveis do governo não têm hierarquia entre si, esta construção constitui-se numa dificuldade a ser enfrentada em articulação com todas as esferas de governo.

2.3 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Como Política Nacional de Vigilância Sanitária

Transcorridos quase duas décadas de institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, a sua implementação e implantação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização das ações e serviços de saúde (Doc MS, 2006).

No entanto, a área de Vigilância Sanitária ainda enfrenta o processo de construção de uma Política Nacional que possibilite sua efetiva estruturação, entendendo-se ser uma tarefa política que requer um esforço de articulação em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Dallari (2001) o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, é uma decorrência lógica da obrigação do Estado executar ações e prestar serviços destinados a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. De fato, a organização sistêmica se adequa à forma federativa do Estado Brasileiro, e, melhor ainda ao federalismo de colaboração no qual elaborar a legislação de proteção e defesa da saúde é competência concorrente da União e dos Estados e suplementar dos Municípios, e cuidar da saúde é competência comum.

A edição da Lei Federal nº 9.782/99, definindo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, portanto, conseqüência lógica aos mandamentos constitucionais e legais organiza o sistema de saúde do Brasil. É necessário observar que, enquanto organiza o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, essa lei tem característica de lei nacional. A lei reservou, assim, para 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 de fronteiras, e todas as atividades executivas em situações especiais de risco à saúde.

A realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária em novembro de 2001, constituiu-se um marco referencial importante para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS como a política para a área.

No seu relatório final ficou deliberado que a condução do Sistema seja fortalecida no processo da gestão autônoma nas três esferas de governo, com direção única, integrando o planejamento das ações de forma que os órgãos municipal, estadual e federal de Vigilância Sanitária se articulem para uma atuação em conjunto, visando à saúde e o bem-estar da população (Doc CONVISA, 2001).

Para a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS faz-se necessário o estabelecimento claro das competências de cada nível de governo com participação da sociedade, dos profissionais que atuam na área de Vigilância Sanitária e Conselhos de Saúde, devendo os mesmos incorporar ainda questões sanitárias locais e regionais de proteção e promoção da saúde.

No entanto para Lima (2001), sem a construção do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, fica impossível, consolidar o Sistema Nacional, com base em informações sobre cadastros de empresas, características e adequações do processo produtivo, sobre os produtos e serviços com diferentes graus de

complexidades, sobre as análises laboratoriais, realizadas, para o controle de produtos.

Portanto, somente com um sistema de informações confiável será possível estabelecer mais seletividade nas ações de vigilância sanitária de forma a agir efetivamente sobre, aquelas que signifiquem maior risco sanitário, assim como construir indicadores que permitam mensurar a repercussão dessas ações.

O Sistema de Informação também dará maior visibilidade para garantir o acesso do setor produtivo às informações de seu interesse sobre o risco e a qualidade dos produtos e serviços postos à sua disposição, pois somente assim poderá garantir o controle social sobre as atividades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Em relação à concepção e operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS, foi entendido que existe uma dissociação entre a execução das políticas de vigilância sanitária e as demais políticas de saúde. Uma vez que as ações de Vigilância Sanitária são inerentes ao Estado, não podendo, portanto, ser delegadas, isto é, terceirizadas.

Como estratégia para a consolidação do sistema, ficou deliberado a necessidade da elaboração de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA, consubstanciando um processo de planejamento integrado e ascendente das ações de Vigilância Sanitária nas distintas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, considerando as realidades locais e privilegiando as questões sanitárias que ofereçam maior risco para a saúde da população.

Recentemente aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 367, de 14 de fevereiro de 2007 e homologado pelo Ministério da Saúde, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA apresenta um papel político estratégico e pedagógico, na medida em que se configura como um instrumento de

reafirmação da Vigilância Sanitária no campo da Saúde Pública, trabalhado a partir do ano de 2006, dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Plano pretende conferir maior visibilidade e incremento do poder de ação à vigilância sanitária, buscando ressaltar os compromissos e as grandes metas da vigilância sanitária junto à sociedade, explicitando a sua função como instrumento de gestão e de transformação e como documento definidor das diretrizes estratégicas para a área.

Devendo ser reconhecida à diversidade e heterogeneidade do país e as especificidades e necessidades locais e regionais, em relação às questões sanitárias, níveis de estruturação das vigilâncias sanitárias nas diversas esferas de governo, especialmente nos municípios.

Esse Plano tem sido implementado por meio de uma dinâmica que, considera a participação das três esferas de governo na sua elaboração e os conteúdos abordados no Plano Nacional de Saúde, instrumento norteador do pacto pela saúde no Brasil, sem desconsiderar o processo de discussão e revisão como oportunidade de pautar a Vigilância Sanitária na Agenda da Saúde (Doc. – PDVISA Ce, 2006).

Como bem chama a atenção Lucchese (2006), o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, apesar de formalmente instituído pela Lei nº 9.782/99, sofre de uma completa carência de estruturação legal, administrativa e doutrinária. A relação da União com os estados é crítica para o sistema e merece debate e revisão, inclusive em termos de repartição do trabalho, como também as relações entre os três níveis de governo com a sociedade.

Ainda citando Lucchese (2006), o momento atual de vigilância sanitária, no Brasil, mostra um processo de reestruturação percorrendo todas as partes

componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; reformulação do nível federal, com a criação e estruturação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e o seu contrato de gestão com o Ministério da Saúde; reaparelhamento e reestruturação dos órgãos estaduais, fundamentados nos recursos e objetivos do termo de adesão e metas; criação de estruturas legais e operacionais para a execução das ações de vigilância sanitária no nível municipal.

Sem um plano diretor estratégico para sua implementação, a política formulada pelos gestores reduz-se, principalmente, a negociar e definir transferências de recursos, que não contemplam as necessidades de implantação e implementação da Vigilância Sanitária nos municípios.

Percebemos assim, que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária constitui-se ainda, um processo em construção que precisa maior celeridade para possibilitar a efetiva inserção da Vigilância Sanitária no contexto das Políticas Públicas de Saúde e contribuir, para a concretude do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.4 – A Gestão em Vigilância Sanitária: o processo evolutivo da regulação

Para Dallari, (2000), “o cerne dos princípios que dão sustentação ao campo de atuação da vigilância sanitária, firma-se nos artigos 196 e 200 da Constituição Federal de 1988”, quando define a área como um componente do conceito atual de saúde vinculando sua obtenção as políticas sociais e econômicas e ao acesso as ações e serviços destinados, não só a recuperação, mas também à sua promoção e proteção. Não esquecendo ser uma área de relevância pública e dever de Estado, portanto, responsabilidade de gestão em todos os níveis de governo.

Nesse contexto, o debate político-institucional, teve como eixo central, o processo da descentralização para implementação das mudanças políticas da área da saúde.

A efetivação dessa diretriz, regulamentada pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, vem se dando de forma gradual por meio de uma estratégia que privilegia a negociação e pactuação entre as esferas de governo.

No Brasil, o processo de descentralização da saúde não contemplou de maneira uniforme todos os segmentos que compõe o Sistema Único de Saúde – SUS e tem sido marcado por avanços e retrocessos, uma vez que a diretriz envolve diversos aspectos de âmbito político e administrativo, interligados a diferentes realidades quanto às características sócio-econômicas dos estados e municípios do país.

O processo de construção do SUS vem sendo marcado pela elaboração de instrumentos legais e normativos, tendo como base a racionalização da forma de financiamento e gestão dos sistemas e serviços estaduais, municipais de saúde, como proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativo do Estado (Teixeira, Paim, 2002).

Assim a descentralização da área da saúde tem sido conduzida, principalmente por meio da edição sucessiva de Normas e Portarias, por parte do Ministério da Saúde. Na expectativa de organização desse processo, foram editadas, entre 1991 e 2002, quatro Normas Operacionais Básicas: a NOB – SUS 01/1991, a NOB–SUS 01/1992, a NOB – SUS 01/1993 e a NOB–SUS 01/1996 e duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS/2001 e NOAS/2002.

A NOB-SUS 01/1993, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, através da Portaria MS nº 545, de 20 de

maio de 1993, disciplinou os procedimentos reguladores da implementação de descentralização das ações e serviços de saúde no país.

A partir da edição da NOB-SUS 01/1993, esse documento passa a ser identificado como um instrumento político relevante. Não apenas por corresponder à síntese de negociações e pactos entre os três níveis de gestores do SUS mas, principalmente, por respeitar a estratégia de descentralização discutida, e aprovada nas Conferências Nacionais de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (Patrícia Lucchese, 2000).

A área de vigilância sanitária recebeu um tratamento extremamente superficial na NOB – SUS 01/93, para Lucchese (2000), “isso se deu pela imaturidade sobre a descentralização nessa área e da inexistência de propostas estruturadas naquele momento”.

Sem definições mais precisas sobre as características das ações básicas de vigilância sanitária, atribuídas aos municípios e ao estados, refletiram em conseqüente ausência de um projeto de descentralização para essa área. Apesar da NOB – SUS 1/93, mencionar o financiamento para a descentralização das ações de vigilância sanitária e do estabelecimento de 90 dias para definição, o prazo proposto não foi considerado.

Não se pode deixar de pensar em financiamento para a área de Vigilância Sanitária, sem que ele seja pautado pelo princípio da equidade, ou seja, dando mais a quem mais necessita e não apenas se pautar no financiamento per capita.

Devemos pensar também que ao se estimar o custo das ações de vigilância sanitária, constitui-se numa dificuldade, tendo em vista que cada estado e município do país possuem especificidades e diferenças que devem ser levadas em consideração não apenas para alocação de recursos, mas também para o desenho da política de descentralização e para a proposta do elenco de atividades possíveis de serem realizadas em cada local.

No contexto da NOB-SUS 1/93, a vigilância sanitária não adquiriu centralidade na agenda política de descentralização, possivelmente por não ter apresentado uma proposta, clara de reorganização da gestão, como também por não ter sido indicado novas possibilidades de financiamento, no âmbito desta Norma Operacional Básica.

Podemos afirmar que a NOB – SUS 01/96, de uma forma geral, avançou em relação à anterior e, para a área de vigilância sanitária, prevê a necessidade de sua reorientação e implementação e o redimensionamento das atividades relacionadas a vigilância sanitária de portos e aeroportos; do sistema das redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade e dos sistemas de informações sobre a produção de serviços e insumos críticos. E, de forma ainda tímida, e pouco precisa, prever mecanismos de financiamentos para o custeio das ações de vigilância sanitária.

Assim, no item 13 da NOB – SUS 01/96, são configurados o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podendo ser executados de duas modalidades, Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos. Para a Transferência Regular e Automática dos recursos federais, adotando três instrumentos operacionais:

1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), que consiste em repasse de um montante financeiro destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas de vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal, com cálculo a partir de um valor per capita nacional, multiplicado pela população de cada município. O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único, base de cálculo deste Piso, são definidos em negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério da Saúde, previamente aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS);

2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (INVISA) – consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária do estado, a serem transferidos, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério da Saúde, previamente aprovados no CNS, esse recurso nunca foi implantado;

3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos são operacionalizados através de dois instrumentos: (1) O Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), consiste no pagamento direto, às Secretarias Estaduais (SESA) e Municipais de Saúde (SMS), de serviços de competência exclusiva do órgão competente do Ministério da Saúde, com base na recuperação de procedimentos definidos em portaria do órgão competente, após negociação na, CIT; (2) A Remuneração de Alta e Média Complexidade em Vigilância Sanitária, consiste no pagamento direto as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, pela execução de ações de alta e média complexidade, de competência estadual e municipal, também após definição da ANVISA e aprovados pela CIT.

A Portaria 1.882/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997, extinguiu o PBVS e criou um novo incentivo ao incremento das ações básicas de vigilância sanitária, definidas como “ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária”, e as atividades de educação em vigilância sanitária (Artigo 5º parágrafo 4º); tendo sido incorporado à parte variável do Piso Assistencial Básico (PAB).

O PAB, estabelecido pela NOB – SUS 01/96, consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos de atenção básica. A Portaria 1.888/97 – GM/MS, que regulamenta, também, o PAB e sua composição em duas partes: uma fixa, destinada à assistência básica e uma variável, relativa a *incentivos* (grifo meu) para o desenvolvimento de ações de

Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica, Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser agregados.

A Portaria 2.283/GM/MS, de 10 de março de 1998, estabeleceu o valor, per capita/ano, deste novo incentivo, PAB variável, em R\$ 0,25 centavos para cada município brasileiro.

De acordo com documento do Ministério da Saúde, ao final do ano 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB – SUS 01/96 atingiu mais de 99% do total dos municípios do país.

Para alguns autores, essa alta adesão ao processo de municipalização da política de saúde, está relacionada à captura de recursos financeiros, percebida pela heterogeneidade dos 5.560 municípios, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), dos quais a maioria tem menos de 20 mil habitantes. A reduzida capacidade de arrecadação desses municípios faz com que eles sejam dependentes dos repasses financeiros federais, para o financiamento de seus sistemas locais de saúde. Apesar do preceito constitucional estabelecer que o financiamento da saúde é responsabilidade conjunta das três esferas de governo.

Com a existência de municípios, no Brasil, pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, estabeleceu-se à medida que o processo de descentralização prossegue, um conjunto de problemas e obstáculos, para consolidação do SUS.

Como consequência mais uma norma é emitida, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS–SUS/2001) com a finalidade de ampliar as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização da gestão do sistema. (DOC/NOAS/MS, 2001).

No ano seguinte, outra norma a NOAS/2002 atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB–SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais. Para a área de vigilância sanitária, os municípios com requisito à NOAS/2002, devem assumir a execução das ações básicas da área, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), se a habilitação for na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. E execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Outra modalidade de captação de recursos federal para estados e municípios foi inaugurada com a transferência fundo a fundo, pela ANVISA, através do convênio, denominado Termo de Ajuste e Metas (TAM). Foi criada uma dependência em relação aos recursos repassados, e como, se reportam Da Seta e Silva, (2006), “o que era fonte complementar tornou-se de fato, fonte substitutiva”.

A política de alocação de recursos para transferência aos estados e municípios é fundamental para a melhoria da capacidade de gestão da área de vigilância sanitária. Percebemos, no entanto, que as discussões não abordam a questão do financiamento, estando restritas apenas ao repasse dos recursos pelo nível federal.

Afinal, uma maior discussão, possibilitaria fortalecer a integralidade das ações de proteção e promoção da saúde e, a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que necessita de serviços atuantes nos três níveis de governo, especialmente nos municípios.

Concordamos com as posições de Da Seta e Silva (2006), “a gestão em vigilância sanitária é um tema recente na agenda dos profissionais que dela se ocupam, que urge profissionalizar a discussão sobre que modelo de vigilância se pretende, para as necessidades sociais e, por fim, como financiá-lo, visto tratar-se de uma ação tipicamente de Estado e de caráter coletivo”.

Acreditamos que o processo de construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA, em discussão coordenada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária com participação dos municípios e estados, possibilite uma definição desse modelo.

Faz-se necessário, ressaltar o novo Pacto pela Saúde em 2006, aprovado pela Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelecendo mudanças operacionais no Sistema Único de Saúde, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

No Pacto de Gestão, não são percebidas mudanças referentes aos valores dos recursos para a área de Vigilância Sanitária, incorporada à Vigilância à Saúde, devendo sua implantação ocorrer por todo ano de 2007.

A descentralização da gestão de vigilância sanitária, para resultar em maior impacto na agenda política do SUS, precisa definir claramente as responsabilidades sobre o espaço e local da ação. Significando que citadas responsabilidades necessitam ultrapassar o campo das intenções normativas e migrarem para o estabelecimento do pacto, cujo alcance deve ter permanente avaliação, através de processos que viabilizem o controle social, envolvendo além do próprio Sistema, o Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde (Da Seta e Silva, 2006).

Isso implica uma tentativa de aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do SUS, uma vez que o município passou, de fato, a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Assim os municípios vêm-se diante do desafio de reorientar o conjunto de ações e serviços desenvolvidos no sistema municipal de saúde, entre eles assumir e consolidar a vigilância sanitária.

Na proposta de Teixeira (2002) é necessário, adotar a concepção ampliada de vigilância da saúde, objetivando a transformação do modelo de atenção à saúde em nível municipal, para que isso aconteça implica, em primeiro lugar, avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades localizadas no território dos municípios. Em segundo, implica investir na articulação intersetorial, na reorganização e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde. No âmbito municipal, especificamente, o desafio maior é envolver os secretários de saúde e prefeitos municipais em um movimento nacional de reorientação do modelo de atenção à saúde, que se fundamente e se desdobre em ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, bem como no fortalecimento das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental, ao lado da reorganização da atenção básica e da regulação da assistência de média e alta complexidade.

Concordamos com as colocações de Bodstein (2000) “que considera necessário aliar, também, uma maior capacidade técnico-gerencial à vontade política, compromisso social e respeito ao poder público”. Tornando-se necessário chamar atenção para o aspecto ético-político que envolve o exercício da autoridade política, o papel do profissional, especialmente na área de vigilância sanitária, e tornar cada vez mais importante a introdução de uma ética de responsabilidade. Essa ética se define não só pela preocupação em adequar meios e fins, mas também pela busca da eficácia, ou seja, pela procura dos meios mais adequados aos objetivos pretendidos.

Na visão de Costa (2001) “os procedimentos de vigilância sanitária devem ser rigorosamente cuidadosos, pois se encontram, em jogo a credibilidade da autoridade sanitária”.

Ainda na visão de Teixeira (2005):

as ações de vigilância em saúde são desenvolvidas de modo incipiente pelo maioria das equipes, mesmo estando diante de uma concepção restrita: limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores e doenças infecciosas e parasitárias, por exemplo), sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água,

alimentos, saneantes, medicamentos e outros) ou epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero e mama, ou limitada ainda, às ações específicas da atenção a problemas de saúde mental (Teixeira, 2005:465).

2.5 – Planejamento em Vigilância Sanitária

Como bem colocou Costa (1999), o modelo institucional da vigilância sanitária desenvolvido no país, isolado das demais ações de saúde e pouco permeável aos movimentos sociais, vem mantendo-se calcado no *poder administrativo de polícia*, perceptível na ação fiscalizatória mesmo insuficientemente exercida. Isto produziu um viés que se manifesta na redução da vigilância sanitária, expressando-se na assimilação dessas práticas limitadas à fiscalização e ou a função normatizadora. Tal redução acaba traduzindo-se em certa rejeição a esse aspecto da função pública e em simplificação do longo processo histórico de construção do seu objeto.

Organizar as ações e serviços de vigilância sanitária na perspectiva da implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária pressupõe pensar um plano de ação, cobrança do pacto de gestão do Sistema Único de Saúde, considerando a integralidade, a universalidade, a intersetorialidade, a descentralização, além do gerenciamento do risco sanitário e do controle social. Deve ainda, compor o processo de planejamento e pactuação de forma integrada, nas três instâncias de governo.

Nessa perspectiva pensar o planejamento na área de Vigilância Sanitária constitui-se uma situação de grande complexidade, especialmente se considerada a coexistência de diversos problemas de saúde da população, problemas decorrentes das atividades sujeitas ao controle da vigilância sanitária, problemas de reorganização e financiamento e problemas de capacidade gerencial.

Apesar dos avanços através do uso do instrumento da pactuação e da utilização de metodologias de planejamento, “é possível constatar que a Vigilância

Sanitária ainda não construiu uma cultura de planejamento em estreita relação com os objetos organizacionais” (DOC.GT/PDVISA).

É de extrema importância que o planejamento seja um instrumento efetivo de gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, agregando aspectos relativos à qualidade das ações executadas, que possam ser considerados como indicadores intermediários das características políticas-institucionais e organizacionais.

Percebemos que no Brasil, tal proposta tem um certo grau de dificuldade, principalmente se considerado as distintas realidades no sistema de saúde, as diferentes culturas institucionais, a resistência à integração, as dificuldades técnicas e administrativas, entre outras, que deverão ser enfrentadas, permitindo assim, equacionar os processos de trabalho às realidades locais com resultados que impactem na melhoria da qualidade de vida da população.

No entanto essas dificuldades podem ser mais bem compreendidas se considerada a baixa capacidade de regulação e controle do poder público, nas três esferas de governo. Percebemos também que para se alcançar alguma probabilidade de êxito, é necessário aumentar a governabilidade do Estado sobre as complexas e múltiplas variáveis intervenientes.

No modelo neoliberal, no entanto, como afirma Ivo (2002), a governabilidade do Estado vem sendo fragilizada, com a transferência das políticas sociais, para a sociedade civil.

Nas questões relacionadas diretamente a atuação da Vigilância Sanitária sobre essas variáveis, se faz necessário aumentar, também o “poder”, que é escasso, e como dizem Sá e Pepe (2000) “indispensável para a produção de mudanças na realidade social”.

2.6 – O Controle Social

Concordamos com as colocações de alguns autores, como Dallari (2000), Costa (2001), de que para dar sustentação e visibilidade, a área de Vigilância Sanitária deve manter uma forte articulação e integração com a sociedade.

A Constituição Federal, de 1988, reconhece que o “direito à saúde” deve ser garantido e criou mecanismos privilegiados para proteção dos mesmos. Especialmente em relação à saúde, criou as Conferências de Saúde com representação dos vários segmentos da sociedade, para avaliar e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis complementares (Dallari, 2000).

Outro mecanismo são os Conselhos de Saúde, que tem o mesmo objetivo de garantir o “direito à saúde”, através da participação da comunidade.

A Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentou a criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo. Ainda estabeleceu que os Conselhos de Saúde, tem caráter permanente, são órgãos colegiados e deliberativos, integrado por segmentos da sociedade.

Na área específica de Vigilância Sanitária, especialmente os Conselhos Municipais de Saúde, tem obrigações gerais de formular estratégias para a política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, definir as instâncias e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações de saúde.

Para Dallari (2000) “os Conselhos de Saúde privilegiam as questões apenas ligadas à atenção médico-hospitalar prestado às pessoas. Outros temas como Vigilância Sanitária, raramente entram na pauta, a não ser em caso de escândalos”.

Ainda na visão de Dallari (2000), cabe a Vigilância Sanitária, promover ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da população mediante

estratégias de sensibilização e capacitação dos conselheiros e dos gestores, divulgação de informações por intermédio da mídia, de rádios comunitários e outros meios disponíveis, promoção de palestras, campanhas de esclarecimentos sobre a função de proteção e promoção da saúde na área de vigilância sanitária, inclusive ressaltando que esta área é parte integrante do SUS.

No entanto, percebemos uma grande e incontestável dificuldade, com base nas colocações de Amélia Cohn (2005):

um traço marcante e fundamental do movimento sanitário brasileiro como processo político é reconhecidamente a presença vigorosa dos movimentos sociais de apoio às propostas do SUS. No entanto, a realidade social contemporânea vem sendo marcada por uma crescente “crise de identidade” dos movimentos sociais, pelo enfraquecimento de sua capacidade de organização e mobilização política, tendo como consequência uma relativa, embora acentuada, desmobilização social em relação às questões de saúde (Amélia Cohn, 2005:399).

Percebemos ainda, como necessidade premente à articulação entre os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal e a sociedade, objetivando subsidiar a formulação de propostas para a efetivação do controle social, especialmente relacionada às questões de vigilância sanitária.

Capítulo 3: A Construção da Vigilância Sanitária no Estado do Ceará

3.1. A Vigilância Sanitária no Ceará: aspectos históricos

Na história da Saúde Pública, no Ceará podemos perceber segundo Barbosa (1994) que “com a implementação da República Velha, devido ao seu caráter federativo, ocorre uma significativa descentralização administrativa. As políticas sanitárias passam a ser responsabilidade dos governos dos estados. Observando-se que no Ceará houve pouco desenvolvimento de práticas sanitárias, com investimentos mínimos, quase inexistentes” (Barbosa, 1994).

O embrião da futura polícia sanitária do Ceará, foi a criação da Diretoria Geral de Higiene, através do Decreto nº 1.643, de 8 de novembro de 1918 constituída por um grupo de fiscais, que fazem vistorias nos bares e restaurantes da cidade.

No ano de 1919, é celebrado convênio com a União, sendo criado os Serviços de Saneamento Rural, através do qual o governo federal transfere recursos aos estados para desenvolverem ações de saúde, principalmente o combate às endemias.

Um aspecto peculiar da saúde pública do Ceará, no período da República Velha, é que as práticas sanitárias em voga, no sul do país, chegavam ao estado por iniciativas individuais ou da própria comunidade. A participação do governo tem o caráter complementar e secundário, contribuindo, algumas vezes, para prejudicar estas iniciativas. Como exemplo, pode-se citar a ação de Rodolfo Teófilo no combate a varíola, erradicando a doença no estado, por mais de dez anos, contando apenas com seu esforço pessoal e a ajuda da população.

Para Neto (2001), Rodolfo Teófilo foi mais que testemunha ocular da história da Saúde Pública do Ceará. Na verdade esteve na linha de frente de todos os episódios que Fortaleza viveu na passagem do século XIX para o século XX, as epidemias de cólera, varíola e febre amarela.

Outro marco importante para a saúde pública do Ceará, foi à fundação do Centro Médico Cearense, em 1913, significando a Consolidação da Assistência Médica prestada por profissionais formados pelas universidades brasileiras e, ao mesmo tempo, criando um fórum de debates sobre os problemas de saúde específicos da região (Barbosa, 1994).

Ainda no registro de Barbosa (1994), a criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1920, marcou o início da implementação de práticas sanitárias modernas com o patrocínio dos poderes públicos no estado, bem como motivou a formação de profissionais médicos interessados por saúde pública. Outro aspecto importante foi à criação dos primeiros postos de saúde para prestação de serviços permanentes à população.

Com a Revolução de 30, instala-se no país a Era Vargas, conseqüência histórica da grande crise financeira internacional de 1929, que oportunizou o deslocamento do poder das forças políticas oligárquicas que dirigiram o país durante a Velha República.

No campo da saúde pública, o processo de centralização se consubstancia com a criação do Ministério da Educação e Saúde (Mendes, 1995).

Na percepção de Barbosa (1994), especificamente no Ceará, passa a ser implementada pelos poderes públicos uma mais efetiva política de saúde. Surge dentro do contexto das novas relações capitalistas os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, os quais a partir de 1938, com a criação do IAPI, incorporam a assistência médica dentro da estrutura previdenciária. No Ceará, o surgimento dos

IAPs, e os convênios com entidades privadas propiciou o desenvolvimento de uma rede de serviços privados e conveniados, antes sem condições econômicas de existência. E assim surgiu: o Sanatório de Messejana, em 1933; a Casa de Saúde São Raimundo, em 1935; e a Casa de Saúde São Pedro, no mesmo ano. Para o Ceará no campo da saúde pública, a primeira mudança, após a Revolução de 30, foi a criação, pelo Decreto nº 78, de 5 de janeiro de 1931, do Serviço Sanitário do Estado, que não alterou quase nada no modelo de assistência à saúde. Só em 1933, na administração Carneiro de Mendonça vão ocorrer mudanças profundas na saúde pública do estado, com a criação da Diretoria de Saúde Pública, sendo convidado para dirigi-la o médico sanitarista Amilcar Barbosa Pelon.

Com a criação da Diretoria Da Saúde Pública, na observação de Alencar e Silva (1994), a saúde pública do Ceará, passou de uma repartição reduzida, quase que exclusivamente, aos limites da capital, que além da chefia e serviço da Polícia Sanitária, contava com o Vacinogênio Rodolfo Teófilo, o Dispensário Oswaldo Cruz, o Posto da Prainha e o rudimentar laboratório, a um tipo de organização bem mais avançada capaz de atender às solicitações da técnica e estendida a ponto de cobrir, embora indiretamente, toda a área estadual.

3.2 A Reforma Pelon

Marco referencial na saúde pública do estado do Ceará, a Reforma Pelon, em 1933, pode ser entendida como um conjunto de transformações. Sendo a primeira à criação da Diretoria de Saúde Pública. Houve um significativo avanço na atenção à saúde, que na compreensão de Barbosa (1994): “essa melhoria está ligada ao interesse do Estado em preservar a mão-de-obra de reserva das regiões menos desenvolvidas, garantindo através dos fluxos migratórios, força de trabalho para industrialização”.

Sua principal característica é a divisão das cidades e municípios em cinco Distritos Sanitários.

Caracteriza também, essa época a participação do Estado no financiamento tanto no nível federal como pela participação obrigatória dos municípios de criarem fundo para saúde pública.

Consoante Barbosa (1994):

para a área de vigilância sanitária a reforma organizou um serviço de inspeção médico-escolar e o rigoroso sistema de vigilância sanitária baseado na atuação da polícia sanitária. No entanto, apesar dos avanços com a distritalização, a criação do sanitarista de carreira em tempo integral e dedicação exclusiva [...] e uma vigilância sanitária e epidemiológica eficiente, com o tempo, foram perdendo força e se descaracterizando, cedendo lugar a uma medicina curativa desenvolvida por grupos privados de saúde (Barbosa, 1994:109, 112).

Pesquisando os documentos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA, encontramos registros das ações de vigilância sanitária que datam de 1930, referentes a Certificados de Habilitação Profissional de Parteiras Práticas - (Figura 1), continuando a pesquisa foram encontrados do ano de 1938, registros, dos Certificados de Habilitação Profissional de Cirurgiões Dentistas e de Médicos – (Figuras 2 e 3).

Percebemos, o caráter burocrático-cartorial do período, pelo modelo adotado no desenvolvimento das ações, com emissão de relatórios e certificação de documentos.

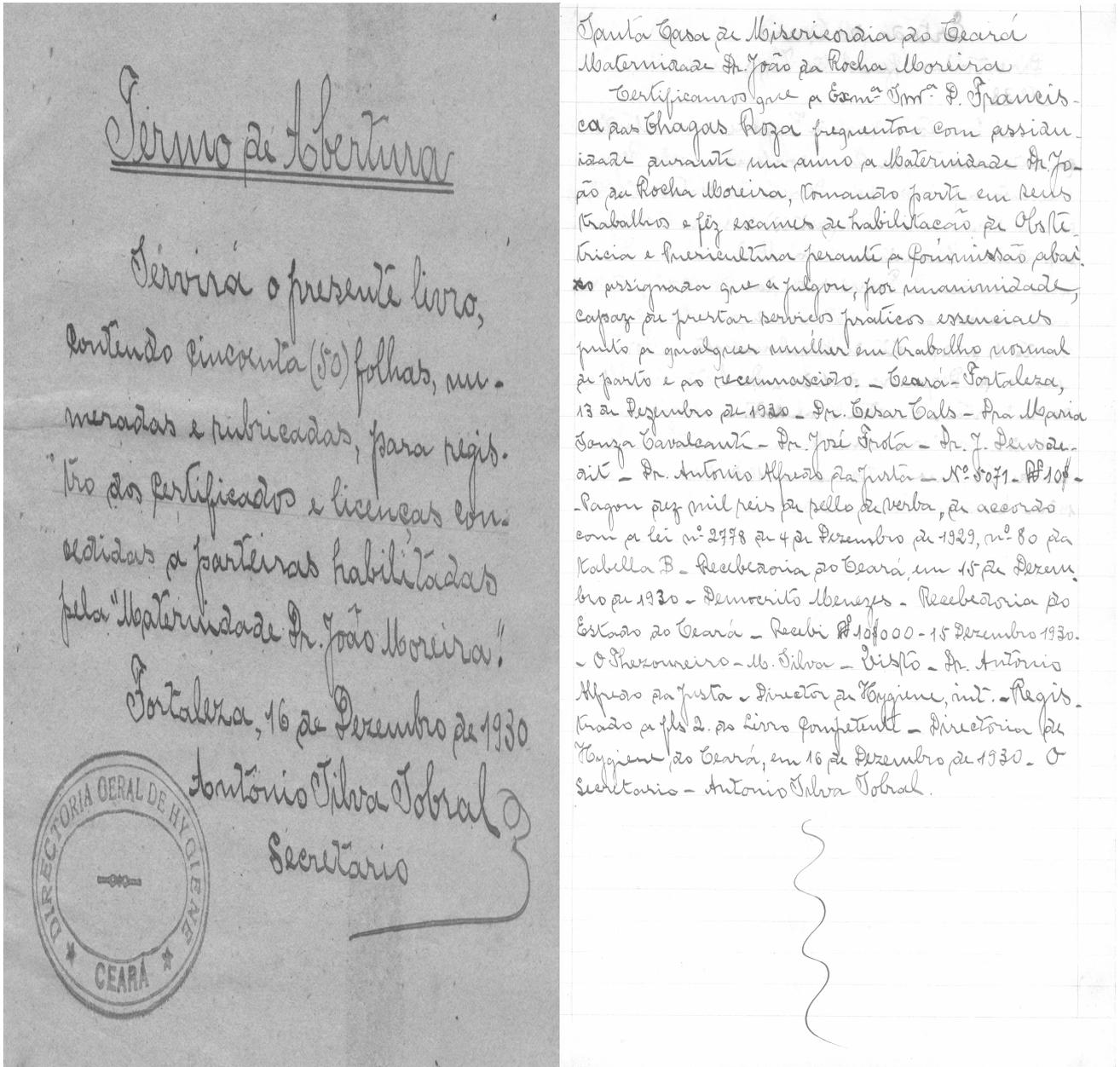


Figura 1 - Certificado de Habilitação Profissional de Parteiras Práticas – Ano 1930.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

República dos Estados Unidos do Brasil -
 Faculdade de Pharmacia e Odontologia do Ceará - Fiscalisa-
 da pelo Governo Federal - Cu. Diretor Francisco Dias da Rocha,
 lente de Botânica apl. a pharmania e Director da
 Faculdade de Pharmacia e Odontologia do Ceará, tendo
 presentes os termos de approvaçãõ nos exames das matricias
 do curso de Odontologia prestados pelo Sr. José Pimentel
 Santiago, filho de Nacinctho Pimentel Santiago e D. Ysa-
 beha Pimentel Santiago, nascido em 1 de Junho de
 1902, ao qual foi conferido o titulo de Cirurgião
 Dentista no dia 15 de Dezembro de 1934, mandei
 passar-lhe este Diploma em virtude da autoridade
 de que me confere o Estatuto desta Faculdade.
 Fortaleza 15 de Dezembro de 1934. O Diplo-
 mado (a) José Pimentel Santiago - O Fiscal Federal
 (a) Sr. João Augusto Pereira - O Director da Facul-
 dade (a) Francisco Dias da Rocha - O Paramun-
 pho (a) Américo Ficanó - O Secretario da
 Faculdade (a) Joz. Juarez Furtado, Regis-
 trado a pag. 12 do Livro competente. Secreta-
 ria da Faculdade de Pharmacia e Odontolo-
 gia do Ceará em 15 de Dezembro de 1934.
 (a) Joz. Juarez Furtado, Secretario - Advocacia e
 Procuradoria - Drs. Leovy Bezerra e Chery Lúcio
 Bezerra - Rua da Assembleia 44 - Bolhado -
 Tel. 42-0318 - Rio de Janeiro - Pa. 120.000 - Paga-
 de pelo por via de quantia de cento e vinte
 mil reis devidos no presente diploma. A Secção
 da Alfandega do Ceará, 14 de Dezembro de
 1934 - (assinatura ininteligivel) Alfandega do Cear-
 a, Recibi 120.000 - Dez. 14. 1934 - O Thesou-
 reiro (a) Luiz Cavalcante - Ministerio da Edu-
 cação e Saude - Departamento Nacional de Saude

65
 caõ - Divisão do Ensino Superior - Registro
 de diploma - Registrado a fl. 40 v do Livro n.º
 D - Em 8 de Junho de 1938 nas Joz. Alfredo Gomes
 Netto - Departamento Nacional de Saude - Re-
 gistrado a fl. 60 do livro n.º 9 de acordo
 com o officio n.º 344 de 9 de 6 de 1938 da
 Directoria Geral de Educação - Secção de Fiscaliza-
 ção do Exercício Profissional, 18 de 6 de 1938
 (a) Sr. Galgado Lima - Pelo Director - Ministerio da
 Educação e Saude - Este diploma foi sujeito a
 a validação prevista pela lei n.º 243 de 5-9-36
 Rio 8 de Junho de 1938 (ass. ininteligivel). Inspeção
 de Saude do Porto de Fortaleza em 9 de
 Novembro de 1938. Similiano Augusto Gomes - Sub-
 0059
 Fortaleza, 9 de Novembro de 1938
 Similiano Augusto Gomes
 Inspector
 Fica nesta data, encerrado o presente
 livro, contendo sessenta e seis (66) registros de
 diplomas de cirurgiaõ dentista e duas (2) li-
 cenças para dentistas praticos.
 Inspeção de Saude do Porto de Forta-
 leza, em 9 de Novembro de 1938.
 Similiano Augusto Gomes
 Inspector

Figura 2 - Certificado de Habilitação de Profissional Cirurgiões Dentistas – Ano 1938

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

República dos Estados Unidos do Brasil - Faculdade de Medicina da Bahia. - Em nome do Governo da República dos Estados Unidos do Brasil. Eu, Doutor Edgard Rêgo Santos, Director da Faculdade de Medicina da Bahia, tendo presente os Termos de aprovação nos exames das materias do curso de Medicina, prestados pelo Sr. Raimundo Siebra de Brito, natural do Estado do Ceará, nascido em 16 de Janeiro de 1909, filho de Joaquin^o e Sobra, e Terminados em 29 de Novembro de 1937, em virtude da autorização que me confere o Regimento desta Faculdade, mandei passar-lhe este Diploma de Medico, afim de que possa exercer sua profissao nos Estados Unidos do Brazil, com os direitos e prerrogativas concedidos pelas leis da Republica. Bahia, 15 de Dezembro de 1937. O Director da Faculdade (a) Dr. Edgard Rêgo Santos. - O Medico (a) Raimundo Siebra de Brito. - O Secretario da Faculdade (a) José Paulo Soares Filho. - Ministerio da Educação e Saúde - Departamento Nacional de Educação - Visto - Em 20 de Janeiro de 1938. - (a) Mário de Brito - Director Geral. - Thezouraria da Faculdade de Medicina da Bahia. - Vagny - 150\$. - De Emolumentos. - Bahia, 4 de Dezembro de 1937. - O Thezoureiro - a - Francisco J. Gonçalves. - Alfândega da Bahia. - 10. Dez. 1937. - Recebi Rs. 250\$ - Thezoureiro (a) José Paulo Soares Filho. - Faculdade de Medicina da Bahia - Secretária - Registrado a -

fls. 5 do livro competente. - Em 14 de Dezembro de 1937. - a - Nartof Alves Guimarães. Amanuense de 1ª classe. - Departamento Nacional de Saúde - Divisão de Saúde Pública - Registrado a fls. 224 do Livro nº 16 de acordo com o ofício nº 254 de 24 de Jan. de 1938 da Directoria Geral de Educacão. Fecos de Fiscalizacão do Exercício Profissional, 10 de 2 de 1938 - Director (a) José Paulo Soares Filho. Reconheço as firmas reba do Dr. Edgard Rêgo Santos, José Paulo Soares Filho e do Raimundo Siebra de Brito. - Em Test. de verdade. Bahia 10 de Dezembro de 1937. - Hssq. José Carlos Fernandes. Tabelião. Forno. Tabelião. Rua Pedro Vieira. 58 - Bahia. 10. Dez. 1937. - Rua Pedro Vieira. 58 - Bahia. Ministerio da Educação e Saúde. - Departamento Nacional de Educação. - Divisão do Ensino Superior - Registro de Diploma. - Registrado a fls. 190 do Livro nº 13. - Em 21 de Janeiro de 1938. - (a) Hilda Teixeira Dias - Datilograf. - Inspeção de Saúde do Porto de Antofaxa, em 8 de Março de 1938. - (a) Manoel Gomes. - Escrit. G. Visto. J. Chaves.

Figura 3 - Certificado de Habilitação Profissional de Médicos – Ano 1938

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

Nos livros de registros da Secretaria Estadual de Saúde, do ano de 1953, encontramos o Relatório de Inspeção nos Matadouros de Fortaleza, já com característica de ação interinstitucional, ficando evidenciado a participação das três esferas de governo (Figura 4).

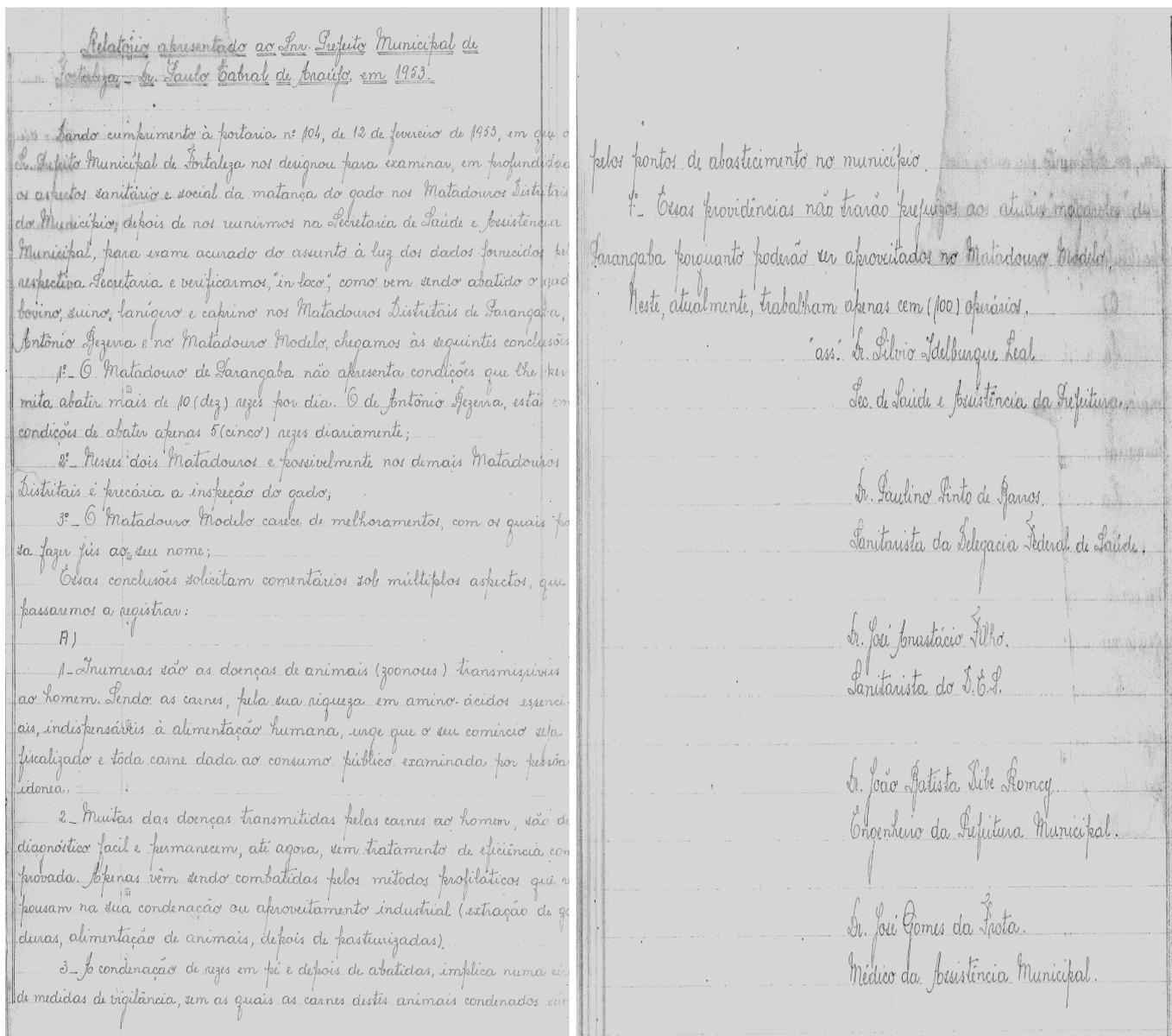


Figura 4 - Relatório de Inspeção nos Matadouros de Fortaleza – Ano 1953.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

A figura 5 registra o Relatório de Investigação de Surto Alimentar, no ano de 1953, como ação do Serviço de Higiene da Alimentação do Departamento Estadual de Saúde.

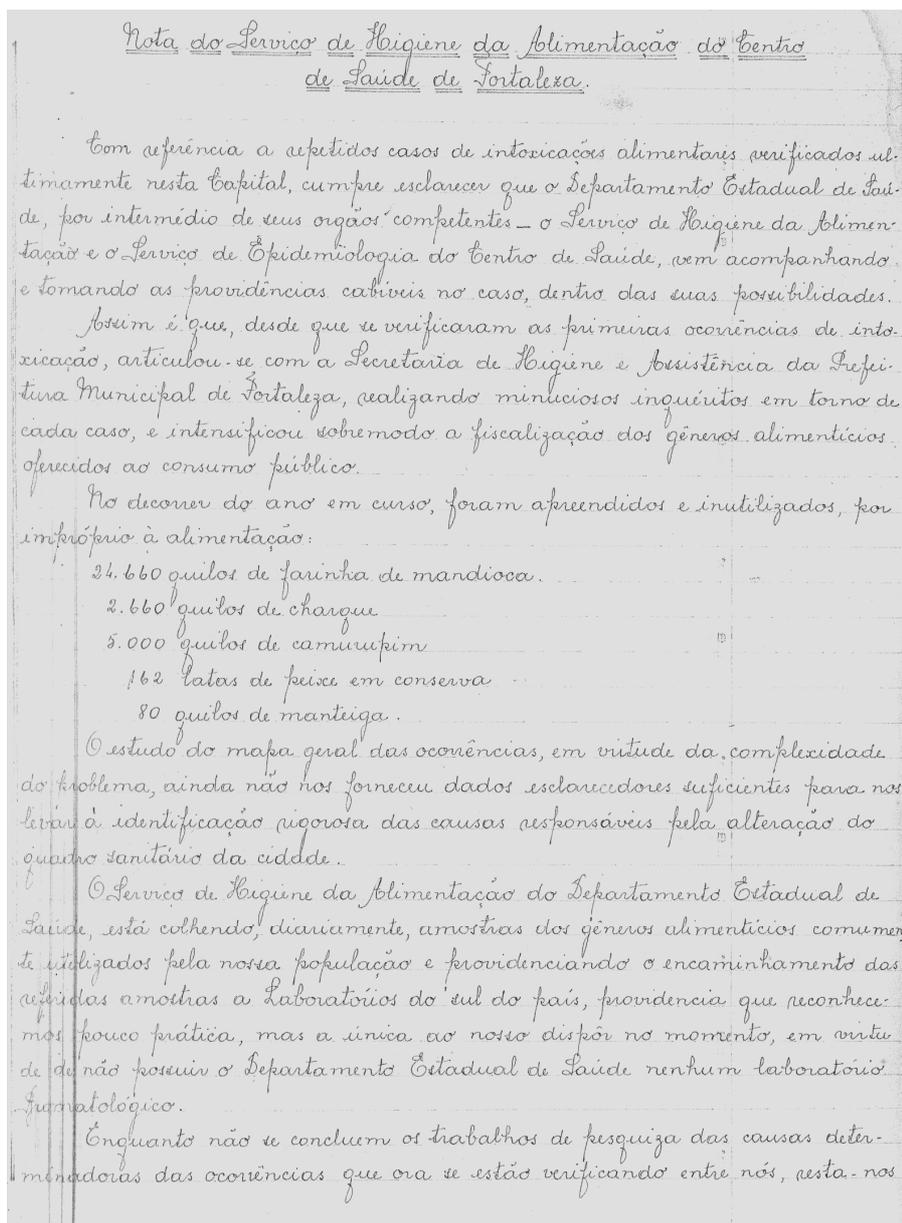


Figura 5 - Relatório de Investigação de Surto Alimentar – Ano 1953.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

A atuação da área de vigilância sanitária continuou a ser exercida no Estado do Ceará, como pode ser percebida pelo Registro do Cadastro de 1.067 farmácias comerciais, no ano de 1973 - (Figura 6) ainda com forte caráter burocrático-cartorial nos desenvolvimento das ações.

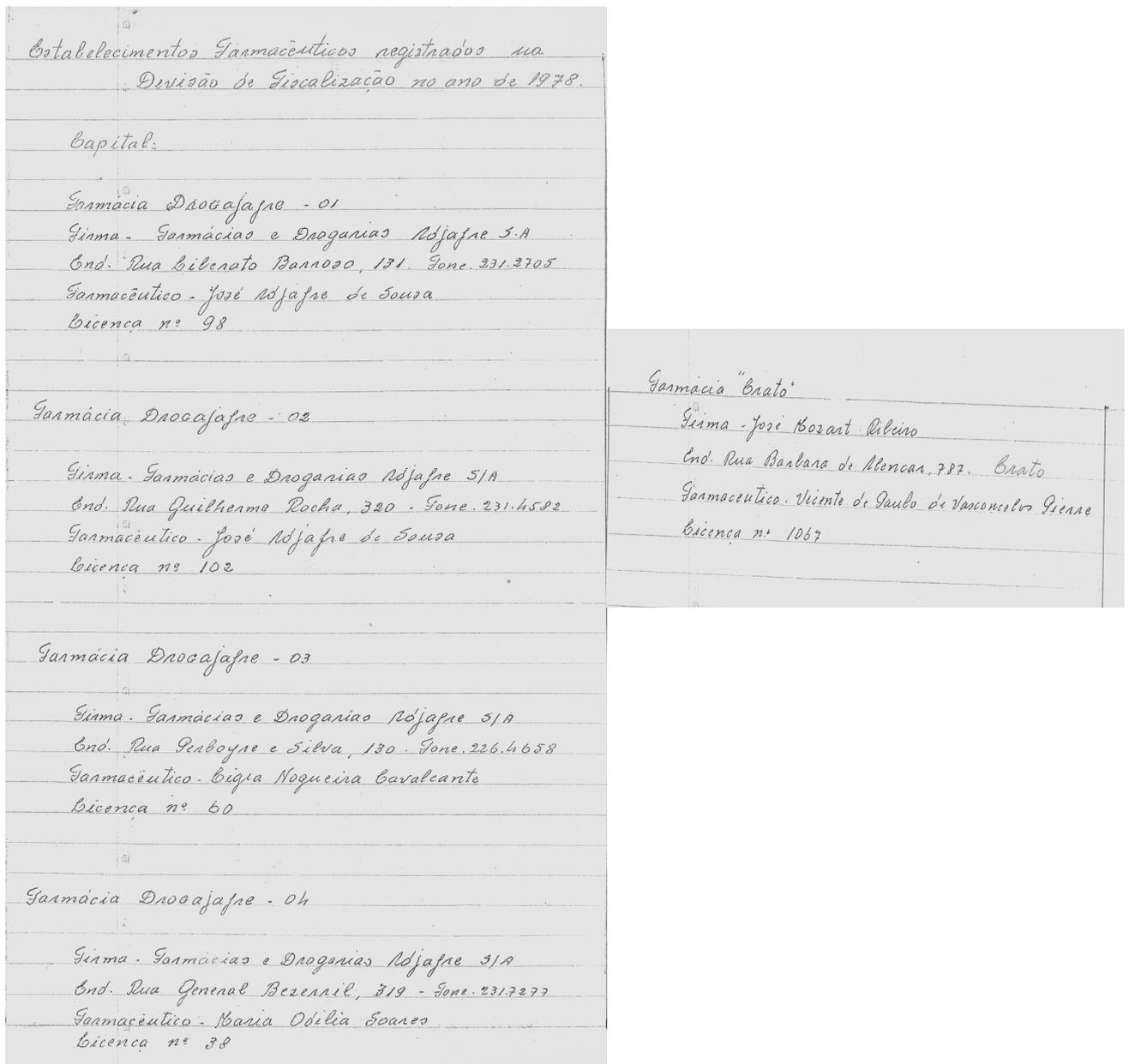


Figura 6 - Registro do Cadastro de 1.067 Farmácias Comerciais – Ano 1973.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

Começa no ano de 1986, mais uma reestruturação da saúde no Estado do Ceará, sendo inserida a área de Vigilância Sanitária.

Cria-se o Departamento de Vigilância Sanitária do Estado – DEVIS, constituído de quatro divisões: Divisão de Vigilância de Produtos, Divisão de Vigilância de Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador, Divisão dos Serviços de Saúde e Divisão de Assistência Jurídica. Com atribuição de coordenar a execução das ações no Estado, tendo sido nomeada para conduzi-lo a farmacêutica sanitarista Zelinda Maria Tenório Cruz Brito.

A Vigilância Sanitária organiza-se internamente na infra-estrutura, com investimento prioritário nos recursos humanos que atuam na área, em todo Estado, com a promoção de capacitação na área de alimentos, evidencia nacional do período.

O desenvolvimento das ações de vigilância sanitária era focal e restrito à fiscalização e controle das farmácias e drogarias, laboratórios de análises clínicas, consultórios odontológicos, clínicas de raios-X, comércio e indústrias de alimentos.

Como relevante podemos citar a implantação do primeiro cadastro informatizado referente aos serviços que utilizavam radiações ionizantes, bem como, do programa de controle de qualidade dos equipamentos de raios-X diagnóstico em todo Estado.

Nesse período foi também iniciada uma consultoria externa, objetivando a propositura de novo Código Sanitário Estadual, em substituição a Lei nº 10.760, de 16 de dezembro de 1982, que infelizmente não conseguiu ser encaminhada para aprovação, no poder legislativo.

Com a emissão da chamada Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi definido a área de Vigilância Sanitária como parte integrante do Sistema Único de Saúde e estabelecidas as competências nos três níveis de governo.

Em 1995, em parceria com a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, foi instalado o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas, com identificação de noventa e seis estabelecimentos distribuídos em: Agências Transfusionais, Unidades de Coleta e Transfusão, Hemocentros e Banco de Saúde.

Como resultado do processo de inspeções nas unidades hemoterápicas, foram desativados todas as Unidades de Coleta e Transfusão e estabelecido a sistemática de coletas móveis, coordenadas pelos próprios hemocentros.

Em consequência da tragédia de Caruaru, foi instituído o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Dialíticas, tendo sido cadastrado e monitorado no Estado do Ceará, vinte estabelecimentos.

A denominada tragédia de Caruaru constituiu-se do acidente envolvendo 138 pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica, que estavam em programa de hemodiálise, em 1996, na cidade de Caruaru, em Pernambuco, Brasil. Como consequência da contaminação da água utilizada no tratamento, por toxinas de Cianobactérias (algas azuis), causando intoxicações que incluíram distúrbios hepáticos, neurológicos, gastrintestinais, reações alérgicas e 60 mortes de pacientes (Coelho, 1998).

Também, teve início na mesma época, o Programa de Inspeção em Indústria Farmacêutica e Farmoquímica, com treze indústrias cadastradas e monitoradas pela vigilância sanitária do nível central do Estado.

Acreditando no investimento dos recursos humanos da área, foram promovidos treinamentos em serviço, para as 21 Diretorias Regionais de Saúde e seus respectivos municípios relacionados às ações básicas de vigilância sanitária.

Em 1996 foi elaborado, com apoio de consultoria externa³, o primeiro Plano de Trabalho da Vigilância Sanitária Estadual (Doc.SESA/DEVIS/1996), como instrumento reordenador da dinâmica cotidiana de suas atividades, com os seguintes pressupostos:

1. Incentivar a incorporação do novo enfoque de atenção à saúde nas ações desenvolvidas;
2. Dar maior ênfase à prevenção, nos planos de ações da vigilância sanitária, nos três níveis de atuação (básica, médio e alta);
3. Melhorar a instrumentalização das ações de vigilância sanitária, nas áreas de Produtos, Serviços, Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador;
4. Exercitar a reformulação das práticas de vigilância sanitária, incorporando as transcendências e demandas sociais e a participação direta da população, entendendo-se como suporte efetivo de legitimação das ações emanadas pela vigilância sanitária;
5. Melhorar articulação intersetorial na vigilância sanitária, adotando mecanismos que possibilitasse o desenvolvimento de projetos e atividades de forma integrada;
6. Melhorar mecanismos de articulação entre outros setores da Secretaria da Saúde e demais espaços de governo, evitando superposição de ações e geração de conflitos, nos níveis central, regional e municipal;
7. Implantar e posteriormente implementar o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária, como condição primordial do desenvolvimento de um plano de atuação;

³ No ano de 1996, a Secretaria Estadual da Saúde, através do Departamento de Vigilância Sanitária, contratou a consultora Ana Maria Figueredo, médica sanitária e professora da USP, para elaborar o Plano de Trabalho, de forma compartilhada com os profissionais do DEVIS. Referido Plano objetivava efetivar a atuação da Vigilância Sanitária, no contexto das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará.

8. Utilizar critérios epidemiológicos na elaboração do plano de trabalho para todos os níveis (central, regional e municipal);

9. Implantar sistemática de avaliação das ações e projetos de vigilância, como parte do processo de melhoria da qualidade e proteção da saúde da população, bem como desenvolver novos parâmetros e indicadores de monitoração dessas ações;

10. Adotar o exercício da prática da intersetorialidade e interdisciplinaridade na elaboração de normas técnicas;

11. Identificar mecanismos de implementação de parceria com instituições públicas e ou privadas para o desenvolvimento de planos e programa de vigilância sanitária nos três níveis de governo;

12. Implementar treinamento e capacitação de recursos humanos para incorporação de conhecimentos específicos de vigilância sanitária;

13. Viabilizar informações adequadas às distintas necessidades dos diversos atores envolvidos;

14. Agilizar o processo de descentralização e municipalização.

A construção do Plano de Trabalho foi elaborada tendo a metodologia do planejamento estratégico situacional, adaptada a partir das proposições de Carlos Matus, como eixo condutor que reconhece no “plano”, um processo de reorganização.

O enfoque estratégico do planejamento social se desenvolveu, na América Latina, especialmente na segunda metade dos anos 70, quando foi entendido os limites do enfoque normativo para lidar com a complexidade, a contradição, a fragmentação e a incerteza características dos processos sociais (Sá e Artman, 1994).

O processo do enfoque estratégico situacional foi idealizado por Carlos Matus (1987). Este enfoque refere-se a arte de governar em situações de poder

compartilhado e, considera a existência de vários atores em articulação, conflito e cooperação.

Ao contrário dos métodos tradicionais de planejamento, o estratégico não se apóia de acordo com Sá e Pepe (2001), em etapas rigorosamente delimitadas e ordenadas no tempo, mas na noção de momento. O planejamento é um processo contínuo, em cadeia, onde cada momento corresponde os demais.

Matus (1987), definiu quatro momentos do planejamento estratégico situacional, o primeiro denominado momento explicativo, onde o ator ou atores sociais identificam os problemas, selecionam os que deverão ser enfrentados prioritariamente e procuram compreender (explicar) como tais problemas se manifestam.

O segundo momento é o normativo, onde são definidos os resultados a que se quer chegar, a partir do enfrentamento dos problemas selecionados, é o momento do desenho do plano de intervenção sobre os problemas.

O terceiro momento denominado estratégico, analisa o grau de dificuldade (viabilidade) para realizar as operações de intervenção e alcançar resultados. O quarto e último é o momento tático-operacional, isto é, o momento de execução do plano.

O grande desafio é garantir a coerência entre as decisões da rotina do dia a dia e os objetivos de médio e longo prazo do plano. A execução do plano e a conjuntura são monitoradas através de um sistema de indicadores e sinais de atenção e alarme, que permitem ao gestor corrigir possíveis erros de condução e ou antecipar problemas não previstos. Assim num processo real de planejamento e gestão, cada momento compreende os demais.

Alguns fatores limitantes contribuíram para pouca implementação do Plano de Trabalho. Consideramos relevantes, a total ausência da cultura de planejamento na área de vigilância sanitária, no período de elaboração do plano, e especialmente o fato do DEVIS, na ocasião, não ter nenhuma autonomia administrativa, necessitando da aprovação total do nível central da SESA, para desenvolver qualquer processo de trabalho.

Pouco foi implantado no processo de descentralização das ações para os municípios apesar da inclusão da vigilância sanitária na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB–SUS–01/96, e de ter sido iniciado o processo de financiamento das ações básicas de vigilância sanitária, a adesão foi insignificante, com apenas quatro municípios estabelecendo a Programação Pactuada Integrada - PPI.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) traduz a discussão no interior da CIB, entre estado e municípios, sobre as responsabilidades de cada gestor no âmbito do subsistema de Vigilância Sanitária, considerando a capacidade operacional para executar as ações pactuadas. A hierarquização das ações, em básica, média e alta complexidade, está definida na Portaria nº 18/99/SAS/MS.

Em junho de 1998, nova proposta de modelagem da gestão da Secretaria da Saúde, surgiu, como medida de racionalização de recursos do Estado. No modelo proposto, seis coordenadorias são sugeridas e mais uma vez na história da saúde pública a vigilância sanitária ficou fora do processo. Foi preciso assumir uma discussão que demorou cerca de onze meses, para ser conseguida a inclusão dessa área, pela percepção da consultoria da modelagem, vinculada à Coordenação de Avaliação e Controle. Este modelo agregatório constituiu-se único no país, e fugindo a lógica da vigilância à saúde, que agrega todos as vigilâncias (sanitária, ambiental e epidemiológica).

Na visão de Costa (1999) a facilidade com que se manipula a organização administrativa, objeto de sucessivas reformas, é uma característica do modelo patrimonialista da Administração Pública Brasileira, ao longo de sua história. Revela as tentativas de resolução dos problemas, por ocasião das agudizações das crises, sem tocar nos seus determinantes que se estruturam na desigualdade social.

Tais reordenamentos são também manifestação de permanente instabilidade política e de arranjos para operar redistribuição do poder político na ocupação do aparelho do Estado, também conseqüência do modelo neoliberal vigente (Costa, 1999).

É importante destacar que nos processos de reengenharia da área da saúde, no Ceará, não diferente dos outros estados do país, a Vigilância Sanitária é de modo geral, marginalizada e isolada, algumas vezes nem mesmo incluída nos planos plurianuais de governo.

Apesar de tudo, com a efetivação dessa nova modelagem a vigilância sanitária saiu do seu “*isolamento*” físico e institucional, e mudou-se para a sede da Secretaria Estadual da Saúde, tornou-se uma Coordenadoria com mais autonomia administrativa, podendo investir no processo de melhoria da infra-estrutura e no modelo técnico-operativo, contribuindo de forma mais efetiva para proteção e promoção da saúde da população. Isto significou um avanço, pois colocou a Vigilância Sanitária em evidência e, como conseqüência deu-se início a um novo momento de atuação, com maior parceria com as instâncias regionais e locais de saúde.

Nos municípios, o processo de incorporação do campo de vigilância sanitária, no entanto, continuou lento, pouco operativo e sem ainda alcançar uma contribuição relevante à melhoria da qualidade de vida da população.

3.3 A Vigilância Sanitária do Ceará – perspectivas atuais no estado e municípios

Uma nova proposta de vigilância sanitária tem-se instalado neste início de século no Estado do Ceará, principalmente após a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, ocorrida em novembro de 2001, um novo marco, pela oportunidade de colocar as questões de vigilância sanitária em destaque nas pautas das instâncias colegiadas do SUS. O Ceará optou por realizar pré-conferências nas 21 Células Regionais de Saúde (CERES), com a participação dos 184 municípios, na expectativa de colocar a Vigilância Sanitária mais uma vez em evidência e, poder aproveitar o momento para conseguir uma melhor resposta no processo de descentralização e articulação com os municípios.

A I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária serviu ainda, para proporcionar um intenso debate sobre os avanços e entraves no processo de construção e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sobre o seu papel no contexto da vigilância à saúde e da implementação do próprio SUS, nos municípios.

Para Viana (1992), o problema da municipalização constitui-se também, numa questão que envolve muita complexidade, quando afirma:

além da adesão ou não da tecnoburocracia do setor aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e da capacitação técnica da equipe, outros fatores como, qualificação dos recursos humanos, arrecadação municipal, capacidade organizativa e participação da política tendem a influir em maior ou menor grau, na municipalização das ações e serviços de saúde (Viana, 1992: 35).

Para Silva (2001) o processo de municipalização do país trouxe novas responsabilidades aos governos locais, por serem por excelência o espaço de execução.

Na saúde a municipalização significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. “A municipalização é parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais da universalidade, equidade e controle social, através da devolução de poderes ao município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade” (Cunha, 2001).

A municipalização no entendimento de Paim (2002), “significa um processo de transformação a envolver os seguintes aspectos: (a) redistribuição de poder; (b) redefinição dos papéis das três esferas de governo; (c) reorganização institucional; (4) reformulação das práticas; (e) novas relações entre as três esferas de governo e (f) controle social”.

A área da vigilância sanitária situa-se na chamada “arena regulatória” (Diniz, 2001), envolve interesses muitas vezes fortes, nem sempre sendo possível o consenso e a coesão na implantação das políticas de saúde, que deveriam considerar sempre o interesse do bem coletivo.

No entanto, uma das principais características das sociedades modernas é o consumo sempre crescente de bens, mercadorias e serviços, entre os quais o consumo de variedades de produtos de interesse sanitário, tecnologias médicas e serviços de saúde. Na dinâmica complexa desses processos são gerados muitos riscos e danos à saúde individual e coletiva (Costa, 2001), que deverão ser tratados por uma vigilância sanitária competente e resolutiva, no cumprimento do seu papel, especialmente nos municípios.

A natureza das ações de vigilância sanitária é eminentemente preventiva, sendo sua atuação baseada em legislação específica, cujo cumprimento é assegurado pelo poder administrativo de polícia (Costa, 2001).

O poder administrativo de polícia, se exercido em primeira instância limita a Vigilância Sanitária, no sentido de apenas punir para corrigir, sem estabelecer uma parceria com o setor regulado (público e privado), na construção de um processo de

mudanças mais duradouras e que efetivamente garanta a qualidade dos serviços e produtos, sempre considerado os critérios de risco à saúde. No entanto, se o risco for iminente à saúde individual ou coletiva, os profissionais de vigilância sanitária dispõem do poder para aplicar medidas necessárias, sejam preventivas e ou repressivas e, suas ações e declarações têm fé pública.

Para Diniz (2001) a vigilância sanitária deverá, portanto:

pautar seu planejamento e sua organização no conceito de risco à saúde, visando mensurá-lo e identificar fatores de risco a ele associados, possibilitando que se organize a atenção de acordo com as necessidades melhores definidas e orientadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde, dirigidas a grupos, indivíduos e áreas que mais necessitem de atuação. Constituído-se uma importante área de intervenção na saúde da população a vigilância sanitária, principalmente as municipais, por serem por excelência o espaço de execução e com prerrogativas legais de adequar serviços e sistemas produtivo de bens de interesse sanitário, deverá ser o mediador do interesse coletivo, demandando intervenções que impactem na melhoria da qualidade dos serviços ofertados (Diniz, 2001:69).

Hoje, no Estado do Ceará todos os 184 municípios estão habilitados no Sistema Único de Saúde no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal e, executam ações básicas de vigilância sanitária.

A Gestão Plena do Sistema Municipal é definida pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS-01/96, para cada uma das instâncias de governo e estabelece mecanismos de repasse dos recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Assim são reafirmados os princípios constitucionais, ao ser definido que o município é responsável, em primeira instância, pela situação de saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e ou participando na construção do acesso aos demais serviços (Doc. MS, 2001).

Percebemos, que com as responsabilidades com a atenção básica e para que ocorra o acompanhamento da descentralização, o município terá de estabelecer

mudanças na forma de realização dos processos de trabalho, instituir mecanismos que proporcione uma maior integração entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde da população, sempre focado na realidade local.

Considerando ainda, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios, universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social, que norteiam o SUS.

Foi observado, nas pesquisas documentais, que a partir do ano de 2004, os municípios vem, de forma gradual, aderindo ao processo de descentralização, pactuando na CIB a PPI para o desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária, como demonstrado (Quadro 1).

QUADRO 1

Número de Municípios com PPI, no Estado do Ceará – Período – 2004/2006.

Ano	Número de Municípios
2004	121
2005	122
2006	156

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

No desenvolvimento das entrevistas pode ser percebido que o processo de descentralização é considerado importante para melhoria da qualidade de vida da população dos municípios pesquisados, conforme as colocações dos seguintes entrevistados:

Entrevistado A₁₁ *“Descentralizar o serviço de vigilância é bom, quanto mais perto do povo melhor. A efetivação das ações é difícil, vários trâmites a impedem, inclusive a cultura do povo. Muda-se se tiver um serviço para ofertar”.*

Entrevistado B₁ *“Os problemas vistos de perto, locorregionalmente ficam mais fáceis de ser resolvidos. Como consequência haverá melhoria das condições de vida da população. Uma coisa é fazer, outra é fazer de forma bem feita”.*

Entrevistado B₃ *“A descentralização contribui para melhoria da qualidade de vida. Sem descentralizar com autonomia, dificulta as ações de Vigilância Sanitária”.*

Entrevistado B₄ *“Centralizando não dar para priorizar os problemas locais de saúde”.*

Atualmente no Ceará, 29 municípios pleitearam desenvolver ações de média complexidade em vigilância sanitária, cujo elenco está referenciado na Portaria 18/99/SAS/MS, estando 18 municípios aprovados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, portanto, com repasse fundo a fundo do financiamento das ações pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Em relação à execução das ações denominadas de alta complexidade e desconcentradas, com lista também referenciada na Portaria 18/99/SAS/MS, após pactuação na CIB ficou como competência da Secretaria Estadual da Saúde com execução através do Núcleo de Vigilância Sanitária - NUVIS.

Através de discussão no interior da CIB, o Estado do Ceará pactou com os municípios os critérios de adesão ao pacto das ações básicas, média e alta complexidade, nos seguintes termos:

1. Ações Básicas e Média – todos os municípios tem atribuição de cadastrar 100% dos estabelecimentos existentes em seu território e, executar

fiscalização e controle em 80%. Com execução complementar do Estado, através das CERES, quando o nível municipal não for capaz de desenvolver seu papel.

2. Ações de Alta Complexidade – cadastrar 100% dos estabelecimentos e executar fiscalização e controle com competência operativa da Secretaria Estadual da Saúde, através do Núcleo de Vigilância Sanitária - NUVIS, atendendo ao princípio da complementaridade das ações, sempre que o nível de execução preferencial não contar com as condições necessárias para o seu desempenho.

Com a edição da NOB–SUS–01/96, começa a efetivar-se, de fato, um processo de incorporação da vigilância sanitária na agenda política do Sistema Único de Saúde, com a criação de incentivos financeiros para as ações básicas de vigilância sanitária. Para os procedimentos de média e alta complexidade a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criou um instrumento de gestão denominado Termo de Ajuste e Meta – TAM, que possibilitou o repasse para os estados e municípios de recursos financeiros fundo a fundo, regular, mensal e automático (doc. ANVISA, 2004).

O valor do repasse é o resultado do somatório das seguintes parcelas: (1) valor per capita, calculado à razão de quinze centavos por habitante/ano, valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária – TSVG; (2) para o município que pactuar a execução das ações de média e alta complexidade, o valor a ser repassado contemplará, valor de dez centavos per capita/ano a ser deduzido do teto global resultante do critério per capita do Estado, (3) dez centavos per capita/ano alocado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (DOC. ANVISA, 2004).

Sabemos, no entanto que o financiamento das ações não representa valores reais para o custeio e efetiva implementação da área, uma vez que a maioria dos municípios do Ceará tem menos de 50 mil habitantes e o valor calculado é per capita/habitante/ano. Sem o investimento municipal para as ações de vigilância

sanitária, a área permanecerá pouco atuante e sem dá respostas às demandas cotidianas de riscos de agravos à saúde da população local.

Essa estratégia de financiamento, no entanto, para o nível estadual, tem proporcionado ao Núcleo de Vigilância Sanitária, investir na organização do serviço com relativa autonomia, possibilitando a criação de ambientes de trabalhos mais estruturados e, inclusive contratação de profissionais para ampliação do seu quadro funcional e multiprofissional, embora seja um modo precarizado e provisório de sanar a deficiência de pessoal para área.

Apesar do enfrentamento da alta rotatividade dos profissionais nos municípios, o Núcleo de Vigilância Sanitária tem, investido de forma permanente na capacitação. Até o momento, já foram realizados quatro cursos de especialização, com o quinto em andamento, trinta cursos básicos em vigilância sanitária, patrocinados pela Secretaria Estadual de Saúde, com recursos do NUVIS, através do convênio com a Escola de Saúde Pública do Estado, tendo sido treinado e capacitado cerca de 500 técnicos, objetivando formar profissionais que possam atuar nos municípios, com competência técnica e maior poder resolutivo.

No Censo Nacional do Trabalhador de Vigilância Sanitária, com coordenação da ANVISA, ocorrido em 2004, ficou evidenciada a existência de 979 trabalhadores no Estado do Ceará. Uma das questões apontadas pelo Censo, como mais contundentes para o desenvolvimento dos serviços é a dificuldade de fixação do trabalhador. Identifica-se como uma das causas a ausência do plano de cargo, carreira e salários para a área de vigilância sanitária, principalmente nos municípios.

Com a estratégia de trabalhar a intersetorialidade com as 21 Células Regionais de Saúde o Núcleo de Vigilância Sanitária do Estado, tem conseguido se relacionar com os municípios podendo compartilhar o processo da implementação das ações de vigilância sanitária nesse nível de governo, dando encaminhamento ao processo de descentralização.

A Vigilância Sanitária Estadual, como todo o Sistema Estadual de Saúde, encontra-se em fase de transição, com um novo processo de remodelagem administrativa, mais uma vez objetivando a diminuição do Estado, modelo que vem caracterizando o país, nas últimas décadas.

Especialmente em vigilância sanitária, repensar seus processos de trabalho, significa mais uma perspectiva de construção e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com os 184 municípios do Estado operacionalizando as ações e consolidando as políticas de proteção e promoção da saúde e o próprio Sistema Único de Saúde.

Capítulo 4: Metodologia

4.1 – Percurso Metodológico

Este trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o objetivo de avaliar fatores, que interferem no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (1996), tem se revelado uma grande contribuição das ciências sociais aos estudos sobre o campo da saúde.

Ainda para Minayo (1996), “a pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do “significado” e da “intencionalidade” como inerentes aos atos, as relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no início quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Sob o aspecto metodológico, as informações qualitativas revelam valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Pela complexidade do objeto do estudo desenvolvido, neste trabalho, relacionado às ações e serviços de Vigilância Sanitária no Ceará, utilizamos as informações qualitativas. E como forma de tratamento para o material qualitativo coletado, seguimos a abordagem proposta pela autora, a hermenêutica de aprofundamento, considerada adequada, quando o objeto de estudo é a área da saúde.

Na pesquisa empírica priorizamos as ações e serviços de vigilância sanitária em 12 municípios do Estado do Ceará através do estudo dos aspectos relacionados à infra-estrutura dos serviços e o nível de conhecimento dos Secretários de Saúde, Coordenadores de Vigilância Sanitária e Conselheiros Municipais de Saúde sobre o campo de Vigilância Sanitária.

Em sua totalidade a pesquisa foi desenvolvida em quatro momentos, conforme a seguir:

O primeiro foi constituído de pesquisa bibliográfica na qual priorizamos autores como, Barbosa (1994), Bodstein (2000), Cohn (2005, 2006), Costa (1999, 2000, 2001), Dallari (2000, 2001), Gerschman (2004), Giovanni Berlinguer (1987), Ivo (2002), Lucchese (2000, 2006), Minayo (1996), Piovesan (2002), Souto (2004), Teixeira (2000, 2002).

No segundo momento visávamos apreender o nível de conhecimento e das responsabilidades dos Secretários da Saúde, Coordenadores da Área de Vigilância Sanitária e Conselheiros Municipais de Saúde, classificados como informantes principais. Para tanto utilizamos entrevistas com a finalidade de perceber de que modo eles entendiam o campo de vigilância sanitária e justificavam suas ações. Tal instrumento seguiu um roteiro previamente construído com base nas competências estabelecidas conforme preceitos legais relacionados às ações de Vigilância Sanitária e do SUS (Anexos II e III).

O roteiro semi-estruturado proporcionou a coleta de dados para uma análise das expectativas e percepções dos atores selecionados, com o objetivo de responder à questão central proposta na pesquisa.

A maioria dos contatos com os entrevistados foi feita informalmente, por telefone, e através deles foi agendado com os demais informantes do mesmo município.

Outras entrevistas foram mediadas por profissionais das Células Regionais de Saúde que tinham uma relação maior com os entrevistados, facilitando o acesso e possibilitando a referência e a nossa apresentação.

A amostra inicialmente proposta era constituída de 36 entrevistas, correspondendo a 12 Secretários de Saúde, 12 Coordenadores de Vigilância Sanitária e 12 Conselheiros Municipais de Saúde, (Quadro 2). No entanto, na impossibilidade de entrevistar um dos Secretários de Saúde, o estudo foi desenvolvido com 35 entrevistas. Não consideramos grande transtorno, pelo entendimento de que a perda foi mais quantitativa, como foi constatado nas reincidências de informações relacionadas à Vigilância Sanitária.

As entrevistas foram divididas em três categorias A, B, C. A primeira correspondeu aos Secretários de Saúde, a segunda aos Coordenadores de Vigilância Sanitária e a terceira aos Conselheiros Municipais de Saúde.

Os entrevistados foram enumerados e não identificados para resguardar suas posições sobre o assunto pesquisado.

QUADRO 2
Informantes Principais da Pesquisa – Total Geral = 35

Macrorregiões	Municípios/Habitantes	Informantes Principais		
		Secretários de Saúde	Coordenadores de Vigilância Sanitária	Conselheiros Municipais de Saúde
Cariri	Até 50.000	1	1	1
	De 50.000 à 100.000	1	1	1
	Acima de 100.000	2	2	2
Fortaleza	Até 50.000	1	1	1
	De 50.000 à 100.000	1	1	1
	Acima de 100.000	2	2	2
Sobral	Até 50.000	1	2	2
	De 50.000 à 100.000	1	1	1
	Acima de 100.000	1	1	1
Total		11	12	12

Segundo Minayo (1996):

Visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. [...] Combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador (Minayo, 1996: 99).

Optamos por não usar gravador nas entrevistas, como proposta de eliminar um componente que interferisse na espontaneidade dos atores entrevistados. Usamos para minimizar a possibilidade de perda de material, a estratégia das entrevistas serem realizadas em dupla.

No processo de análise, foi realizada uma comparação do material coletado nas entrevistas, buscando divergências e convergências, que permitisse a correta sistematização dos dados coletados nos grupos entrevistados.

No terceiro momento nosso esforço de apreensão da dinâmica de efetivação das ações de vigilância sanitária conduziu-nos à pesquisa documental. Para tanto examinamos relatórios produzidos pelos 12 municípios pesquisados, tendo como parâmetro a Programação Pactuada Integrada (PPI), cujo elenco de atividades obedece à listagem da Portaria 18/99/SAS/MS, (Anexo I), nela incluída os três níveis de complexidades das ações de vigilância sanitária – básica, média e alta. Bem como aspectos da infra-estrutura das vigilâncias sanitárias locais, permitindo um exame detalhado do ambiente visando responder ao objetivo da pesquisa e proporcionar ao trabalho uma abordagem qualitativa, levantando fatores que possam interferir na implantação ou implementação da vigilância sanitária nos municípios estudados (Anexo IV).

O universo foi composto de 12 municípios escolhidos por critério populacional, considerando três níveis – até 50 mil habitantes, de 50 a 100 mil e acima de 100 mil habitantes, (Quadro 3).

QUADRO 3

Municípios Pesquisados por Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará

Macrorregiões de Saúde	Municípios Pesquisados
Cariri	Barbalha Crato Jardim Juazeiro do Norte
Fortaleza	Euzébio Fortaleza Maracanaú Quixadá
Sobral	Ipú Sobral Tinguá Ubajara

A estratificação ainda seguiu o critério classificatório das três Macrorregiões⁴ de Saúde do Estado – Cariri, Fortaleza e Sobral, (Figura 7).

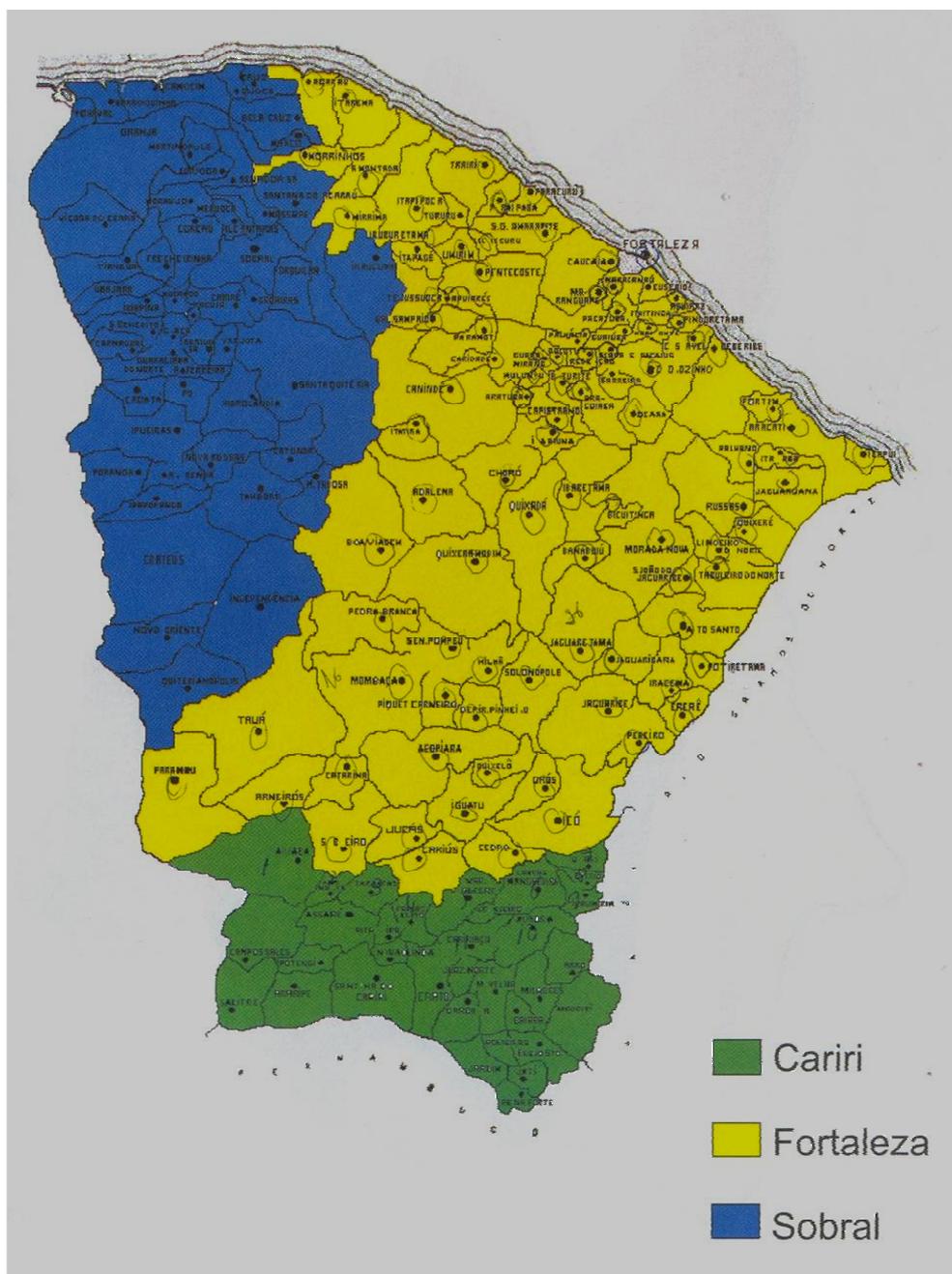


Figura 7: Mapa do Estado do Ceará com as Macrorregiões de Saúde.

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

⁴ Macrorregiões de Saúde constitui-se na agregação de mais de uma região de saúde, inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores estaduais e municipais a partir de identidades culturais, econômicas e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Com a organização da rede de ações e serviços de saúde que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade, do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Devendo favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social (DOC MS, Pacto para Saúde, 2006:19:20).

QUADRO 4

Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, com respectivas Células Regionais de Saúde.

MACRORREGIÕES DE SAÚDE	CÉLULAS REGIONAIS DE SAÚDE
CARIRI	Brejo Santo Crato Juazeiro do Norte
FORTALEZA	Aracati Baturité Canindé Caucaia Fortaleza Icó Iguatu Itapipoca Limoeiro do Norte Maracanaú Quixadá Russas Tauá
SOBRAL	Acaraú Camocim Crateús Sobral Tianguá

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde – SESA / CE.

Os critérios de escolha das amostras e locais para pesquisa, pautaram-se nos requisitos propostos por Minayo (1996), para amostragem de pesquisa qualitativa, considerando relevante que a informação contenha o conjunto de experiências e expressões que se pretende com a pesquisa.

Para Minayo (1996):

A questão da amostragem em pesquisa qualitativa merece comentários especiais de esclarecimento. Ela envolve problemas de escolha do grupo para observação e para comunicação direta numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar [...] Seu critério, portanto não é numérico [...] Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, (Minayo, 1996:101, 102).

Como consequência a amostragem qualitativa de acordo com a afirmação de Minayo (1996):

1. Privilegia os sujeitos sociais que detém os atributos que o pesquisador pretende conhecer, 2. Considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, 3. esforça-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa, Minayo (1996:102)

O quarto momento constituiu-se da sistematização e análise das informações geradas pela pesquisa de campo e documentais, com três componentes: (1) Ordenação de dados, que englobaram as entrevistas com os informantes principais, releitura do material da pesquisa documental, organização dos relatos e dos dados referentes a infra-estrutura dos serviços; (2) Construção de unidades de registros referenciados por tópicos de informações, objetivando subsidiar a análise de aspectos como, contexto político da vigilância sanitária, descentralização, gestão, financiamento e processos de trabalho nos 12 municípios pesquisados; (3) Análise final que proporcionou uma reflexão sobre o material coletado, constituindo-se a objetivação dos dados e informações geradas pela pesquisa.

A divisão da pesquisa em quatro momentos teve caráter organizativo e esquemático. De fato, o processo de desenvolvimento do trabalho se deu de forma dinâmica, onde os momentos se entrecruzaram em diversas ocasiões.

4.2. O Perfil do Profissional de Vigilância Sanitária

O Ceará tem 7.862.067 habitantes, Censo de 2004, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os 12 municípios pesquisados representam cerca de 44%, da população do Estado.

Na pesquisa documental ficou evidenciado que existem 256 profissionais atuando na área de vigilância sanitária, 105 de nível superior e 151 de nível médio. Evidenciou-se também uma grande diversidade de categoria profissional, nos 12 municípios estudados, com 25 tipos, desde pedagogos, geógrafos à jornalista, (Quadro 5).

QUADRO 5

Demonstrativo dos Técnicos de VISA Municipais, por categoria profissional – 2007.

Categoria Profissional	Número de Técnicos	(%)
Advogado	3	3
Biólogo	2	2
Enfermeiro	8	8
Farmacêutico	19	18
Médico-Veterinário	16	15
Nutricionista	3	3
Outros	54	51
Total	105	

Fonte: Pesquisa Direta

As categorias mais encontradas são farmacêutico e médico-veterinário, as outras não explicitadas no quadro demonstrativo, caracterizam que na questão da política de recursos humanos, parece não existir uma racionalidade para escolha dos profissionais da área de vigilância sanitária, nos municípios pesquisados, apesar

do claro entendimento do caráter multidisciplinar e multiprofissional, necessário à implantação e desenvolvimento das ações de vigilância sanitária.

Outra situação encontrada, diz respeito a capacitação dos profissionais de nível superior, enquanto existem municípios em que o profissional não tem conhecimento formal relativo à área, em outros, encontramos profissionais com mestrado na área de saúde pública, especializações em vigilância sanitária, saúde pública, gestão em saúde e cursos básicos em vigilância sanitária.

A maioria dos profissionais de nível médio, de modo geral, tem pouca escolaridade, dificultando a capacitação que, para área de vigilância sanitária, requer um profissional com perfil que possa entender a diversidade do espectro de abrangência das atividades sob regime e controle da vigilância sanitária, compreendendo produtos, serviços, meio ambiente e saúde do trabalhador.

Apenas na capital existe o cargo de fiscal sanitário de nível médio, a ausência do plano de cargos, carreira e salários, contribui para fragilização das ações de vigilância sanitária, nos municípios pesquisados. A ausência da carreira de fiscal sanitário deixa os profissionais que atuam na área de vigilância sanitária sem proteção e respaldo jurídico e político.

Os salários são baixos, sendo em alguns municípios complementados por gratificações de incentivos.

Em 3 municípios, embora não exista a carreira de fiscal, foi realizado concurso público para a área da saúde contemplando a vigilância sanitária. Nos outros 9 municípios, os profissionais são terceirizados, com contratação precarizada, ferindo os preceitos constitucionais de ingresso ao serviço público, através de concurso.

Em decorrência da instabilidade dos profissionais que atuam na área, observamos na maioria dos municípios pesquisados, uma insegurança institucional ao desempenho das funções fiscalizatória e de controle das questões de riscos sanitários que requer intervenção direta da vigilância sanitária.

4.3 Aspectos da Infra-estrutura de Vigilância Sanitária nos Municípios Pesquisados

Os aspectos relacionados à infra-estrutura nos 12 municípios pesquisados apresentam múltiplos problemas que interferem diretamente na implementação das ações de vigilância sanitária. Foi possível perceber que a maioria tem espaço físico adequado, no entanto em 3 municípios, a Vigilância Sanitária fica isolada da sede da Secretaria Municipal da Saúde, longe do centro da cidade, dificultando o acesso da população ao serviço.

Outra questão relevante, considerada entrave às ações de vigilância sanitária, diz respeito à ausência de telefones, situação encontrada em 2 municípios, sendo que um utiliza o telefone público, instalado na calçada externa do prédio, o outro o telefone geral da secretaria.

Foi encontrado 2 municípios em que a vigilância sanitária, não tem acesso à Internet, constituindo-se entrave, pois impossibilita aos profissionais buscar informações que contribuam para melhoria do desempenho profissional e do serviço.

A questão do transporte para a área de vigilância sanitária foi considerada um grave problema, a maioria tem disponibilidade compartilhada com outros setores da Secretaria e, o serviço de Vigilância Sanitária não é a prioridade. Como bem colocou o Entrevistado C₆ *“Falta transporte, dependendo do carro do PSF, a VISA fica em terceiro plano”*.

Das situações de entrave, percebemos que a questão da insuficiência de pessoal para área da saúde, em especial, para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária é de extrema apreensão, encontramos município, apesar de pequeno porte, com apenas um profissional no serviço, inclusive exercendo a função de Coordenador. Qualquer tentativa de implementação de alguma ação relacionada ao risco sanitário local torna-se quase nula de viabilidade, ficando a população exposta e desprotegida, no seu direito constitucional “à saúde”, relegado ao plano de leis e normas não cumpridas.

O quadro 6 demonstra a atual estrutura operativa dos serviços de VISA, com conseqüente interferência no processo de desenvolvimento das ações, nos municípios. Foram encontradas diversas situações desde estruturas bem montadas e adequadas, com suporte total do gestor, até serviços totalmente isolados, sem comunicação com a própria Secretaria e, menos ainda com a população local.

QUADRO 6

Aspectos da Infra-estrutura dos Serviços de Vigilância Sanitária nos Municípios - 2007

Estrutura	Sim (%)	Não (%)
Instalações adequadas	9 (75)	3 (25)
Equipamento de informática exclusivo	5 (42)	7 (58)
Equipamento de informática com Internet	10 (83)	2 (17)
Veículo para uso exclusivo	5 (42)	7 (58)
Veículo compartilhado	8 (67)	4 (33)
Recursos humanos suficientes	-	12 (100)
Formulários para aplicação de legislação	12 (100)	-
Telefone / Fax	10 (83)	2 (17)

Fonte: Pesquisa Direta.

4.4 Aspectos da Gestão de Vigilância Sanitária nos 12 Municípios Pesquisados

No quadro 7 registramos as dificuldades institucionais dos serviços de Vigilância Sanitária nos municípios pesquisados, ficando evidenciado os entraves à operacionalização das ações. Concordamos plenamente com as posições dos entrevistados:

Entrevistado A₆ *“Assim não tem condições de trabalhar e continua-se fazendo de conta que existe Vigilância Sanitária, quando na realidade as ações não são realizadas, são incipientes”*

Entrevistado C₄ *“Na minha visão a vigilância sanitária tem que atuar, o problema é o Sistema que não deixa funcionar e a população tome chibata. Na vigilância sanitária, não existem conquistas. Tem um limite e não é só na minha cidade é o Sistema. Não atende a demanda porque não tem ferramentas, não há interesse das autoridades”.*

QUADRO 7

Aspectos da Gestão de Vigilância Sanitária nos Municípios Pesquisados - 2007

Gestão	Sim (%)	Não (%)
Cadastro atualizado dos estabelecimentos	- (-)	12 (100)
Parceria com o LACEN para realização de análises laboratoriais	12 (100)	- (-)
Assessoria jurídica na vigilância sanitária para orientação dos atos administrativos	1 (8)	11 (92)
Planejamento das ações de vigilância sanitária	2 (17)	10 (83)
Articulação intersetorial no município	3 (25)	9 (75)
Articulação com a vigilância sanitária estadual (NUVIS/CERES)	12 (100)	- (-)

Fonte: Pesquisa Direta.

Sob o aspecto do sistema de informação, esse se encontra restrito exclusivamente ao cadastramento dos estabelecimentos, na sua maioria desatualizados, sem estabelecer rede que possibilite agilizar as informações e conseqüentes condutas de proteção e promoção à saúde da população.

Identificamos a existência de parceria entre o LACEN e os 12 municípios pesquisados, para realização das análises dos programas de controle da qualidade de produtos. No entanto, pela escassez de laboratórios regionais para dá suporte às demandas municipais, o LACEN-CENTRAL, localizado na capital, fica sobrecarregado, com conseqüente limitação do número de análises, fragilizando o processo de intervenção das vigilâncias sanitárias, no controle dos riscos sanitários.

No que diz respeito ao poder administrativo de polícia que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização do seu cumprimento, identificamos em quase todos municípios pesquisados que os atores sociais principais têm pouca visibilidade desse papel, como ação de Estado, e normalmente sofrem interferência político-partidário, caracterizando-se mais uma perda de poder da população, que na maioria das vezes precisa da intervenção do Estado para sua proteção, tornando-a assim, mais excluída de seus direitos sociais.

Vários Coordenadores de Vigilância Sanitária apresentaram como justificativa para a pouca intervenção utilizando o poder administrativo de polícia, com exceção dos casos iminentes de agravos à saúde da população e de conhecimento público, a atuação da Vigilância Sanitária como agente educador e parceiro na construção de uma consciência sanitária capaz de efetivar mudanças de condutas permanentes no setor regulado. Embora isso não exclua, o dever de intervenção da Vigilância Sanitária, quando necessário, para proteger a população de práticas clientelistas e patrimonialistas, da pouca participação social e da abusiva falta de responsabilidade pública da maioria das pessoas que ofertam produtos e serviços sob fiscalização e controle da área.

Faz-se necessário que os gestores locais de saúde compreendam que riscos estão presentes nos diversos objetos de vigilância sanitária, e para o desempenho do seu papel, o poder administrativo de polícia, constitui-se um dos meios para a consecução da sua finalidade, a proteção e promoção da saúde da população.

Outro fator identificado relaciona-se a concretização dos atos administrativos emanados pelas ações de vigilância sanitária, exemplos, auto de infração sanitária, interdição de estabelecimentos, produtos e ou serviços, fragilizados pela ausência na maioria dos municípios estudados de uma assessoria jurídica que lhes dêem suporte, ficando a ação sem ser concluída no seu trâmite técnico-jurídico-legal, tendo como consequência o descrédito do serviço no contexto político-social. Confirmado no depoimento dos entrevistados:

Entrevistado B₅ *“Não temos assessoria jurídica, consultamos o NUVIS ou utilizamos a procuradoria da Prefeitura, que não dá resposta e nem tem alguém que entenda da parte sanitária, os processos administrativos são arquivados ou nem são iniciados”.*

Entrevistado B₉ *“Preferimos estabelecer parcerias e trabalhar com a educação, tentando mudar os costumes, explicando, orientando. Assim temos mais resultados, porém é devagar”.*

Alguns municípios executam ações intersetoriais e interinstitucionais, apenas como demanda de problemas sanitários focais, esporádicos e de repercussão que extrapolam os limites do serviço de Vigilância Sanitária. Como exemplo, participar do processo de investigação de surtos causados por alimentos, as denominadas Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), competência operacional da Vigilância Epidemiológica.

No estudo, constatamos que está plenamente consolidada a parceria entre as vigilâncias sanitárias estadual (NUVIS e CERES) e municipais, existindo um processo estabelecido de cooperação técnica e assessoria.

No entanto, não foi identificado nenhuma atividade que estabelecesse integralidade de ações de vigilância sanitária com outras áreas da saúde e outros órgãos afins, sendo exceções 2 municípios em que a área de endemias e controle de vetores, encontra-se na vigilância sanitária.

4.5 Olhares sobre a Vigilância Sanitária: Gestores, Coordenadores e Conselheiros

4.5.1 O olhar dos Gestores e Coordenadores

A Capacitação

Ao analisarmos as respostas dos Secretários da Saúde e Coordenadores, em relação à capacitação na área de saúde pública, percebemos que apenas 2 de cada grupo não possuíam conhecimento formal. Podendo-se inferir que a maioria dos entrevistados possui visão macro das questões relacionadas à área da Saúde Pública do País, (Gráfico 1).

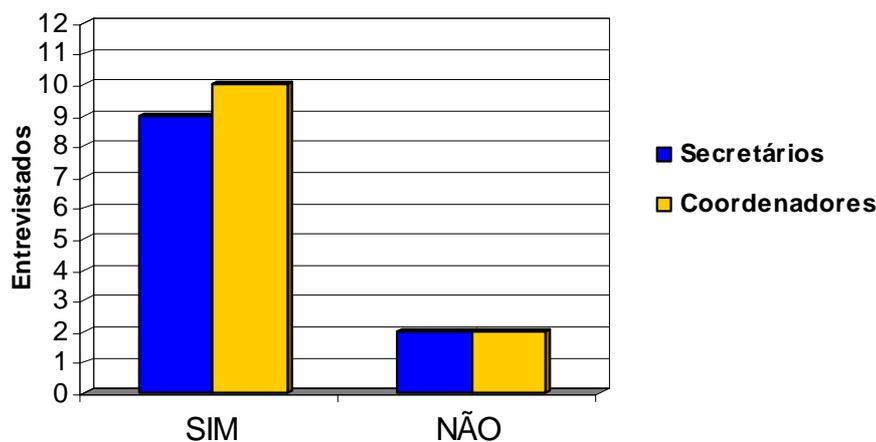


Gráfico 1 – Conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores de VISA relacionados às Políticas Públicas de Saúde.

Sobre a capacitação na área de vigilância sanitária, segundo expressa o gráfico 2, ocorre uma inversão. Enquanto apenas 3 dos Secretários da Saúde conhecem o campo de VISA, 9 Coordenadores possuem capacitação específica. Essa observação pode remeter à compreensão de algumas dificuldades gerenciais dos Coordenadores de VISA à implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios.

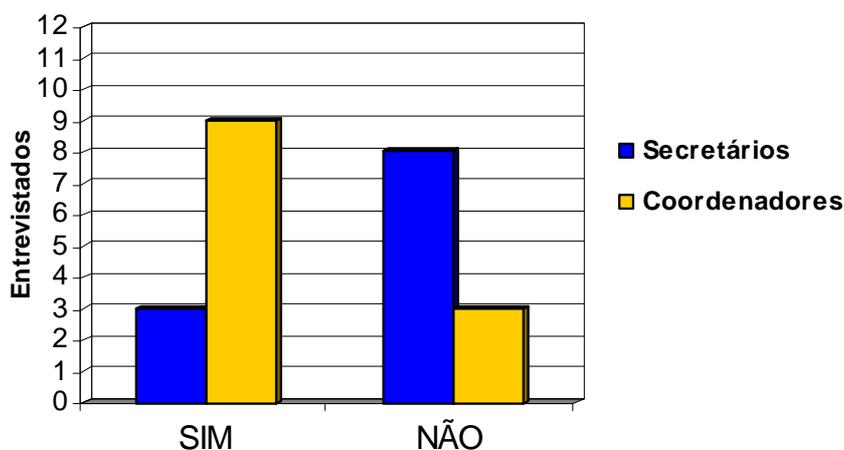


Gráfico 2 – Conhecimento dos Secretários e Coordenadores sobre a área de VISA.

A Importância da VISA para Proteção e Promoção da Saúde

Como demonstrado no gráfico 3, a seguir, os Secretários de Saúde, Coordenadores de VISA, são unânimes, em considerarem a VISA importante para proteção e promoção da Saúde.

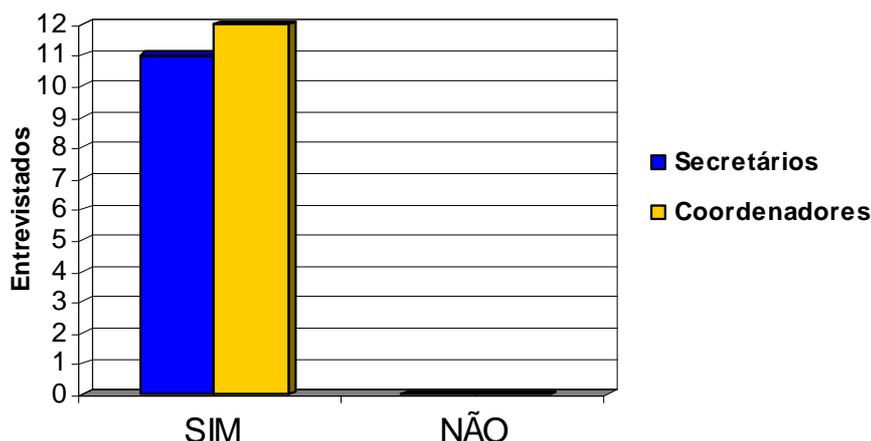


Gráfico 3 – A importância da VISA para proteção e promoção da saúde.

Nas colocações dos Secretários de Saúde e Coordenadores de VISA, fica clara a percepção da importância da área na proteção e promoção da saúde.

Entrevistado A₄ *“Considero importante, tendo como palavra-chave a prevenção”.*

Entrevistado A₅ *“Importante para construção do SUS. A Vigilância Sanitária tem recebido pouca prioridade no Sistema”.*

Entrevistado B₁₀ *“Considero muito importante, a VISA é prevenção. Acho uma das ações mais importantes na área da saúde”.*

Entrevistado B₁ *“Essencial, estamos envolvidos em todo trabalho de promoção da saúde da população, como prevenção de riscos sanitários. Mas precisa fortalecer o papel e melhorar as condições de atuação”.*

Entrevistado B₂ *“Muitíssimo importante. Através dessas ações tem-se o diagnóstico da situação de saúde do município. Com uma visão mais ampla de saúde. Tenta fazer promoção, não é fácil”.*

Entrevistado B₄ “Considero importante às ações de VISA, beneficia a qualidade de vida, propicia uma melhoria de saúde, com ações voltadas para promoção”.

O Processo de Descentralização

Na análise do Gráfico 4, observamos mais uma vez unanimidade de respostas quanto à descentralização das ações de VISA.

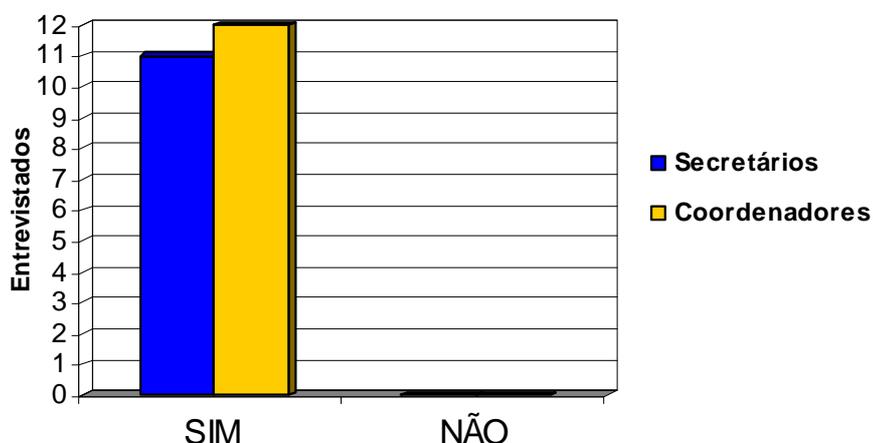


Gráfico 4 – A descentralização das Ações de VISA

Ainda referente à questão da descentralização de VISA, com exceção de 1 Secretário, todos os demais e os 12 Coordenadores, consideraram que tem ocorrido melhoria da qualidade de vida da população nos municípios, com o desenvolvimento das ações de VISA, (Gráfico 5).

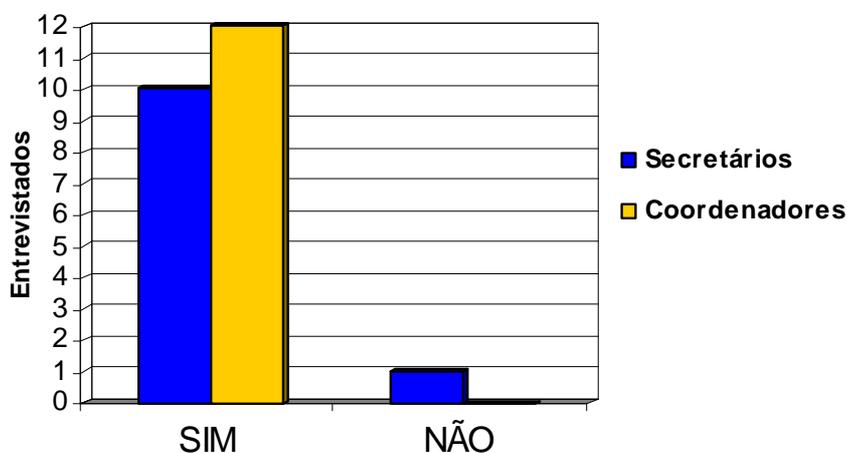


Gráfico 5 – Conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores sobre VISA como ação de Saúde Pública.

As respostas dos Secretários da Saúde e Coordenadores de VISA, reforçam a questão da descentralização das ações nos municípios:

Entrevistado A₉ *“Considero que nenhuma ação acontece sem articulação e integração com a VISA, que trabalha para proteger a saúde. O desafio é descentralizar a VISA para o PSF, que faz atenção básica”.*

Entrevistado B₃ *“Houve uma evolução, no meu município a VISA tem mais autonomia, consegue executar as ações, dentro de sua competência. Sem descentralização com autonomia dificulta para execução das ações. Descentralizou ações e não tem recursos financeiros, não tem investimentos”.*

Entrevistado B₅ *“Não foi uma descentralização efetiva. Não existe um sistema organizado nos três níveis de governo. Não se fala a mesma linguagem, não tem comunicação, não tem recursos”.*

Entrevistado B₁₁ *“Assumimos as ações básicas de VISA, tendo dificuldade operativa, pela equipe reduzida, não dá conta. Não existe recursos humanos, materiais e financeiros”.*

No questionamento sobre o processo de descentralização percebido como estratégia importante para resolução dos problemas sanitários locais, foi identificado que as posições são contraditórias, tendo gestores de saúde que injetam mais recursos orçamentários do próprio município na implementação das ações de vigilância sanitária, outros percebem a necessidade, porém falta-lhes condições financeiras, e outros esperam por recursos externos, principalmente os federais.

As declarações da maioria dos Secretários de Saúde associados às dos Coordenadores de VISA, demonstraram a clareza do entendimento do processo de descentralização adotado pelo Estado, na área da saúde, que objetivou especialmente a transferência de responsabilidades para os municípios, sem o correspondente pacto de gestão e definição de uma política de financiamento, recursos humanos, especialmente, para a área de vigilância sanitária.

Até o final de 2006, dos 184 municípios do Estado do Ceará, 156 apresentaram Programação Pactuada Integrada – PPI, no entanto, pela condução

do processo organizacional dos serviços de Vigilância Sanitária observado nos municípios, podemos perceber, que a referida adesão parece ser um procedimento de gestão relacionado ao cumprimento de uma formalidade legal.

A PPI constitui-se o instrumento de pactuação das ações de vigilância sanitária, entre estado e municípios, na CIB. Os 12 municípios estudados pactuaram as ações básicas, no ano de 2006, com compromisso de execução de 80% do universo cadastrado.

Na análise das PPIs, verificamos que os municípios apresentaram 35% do elenco das ações básicas de vigilância sanitária, constantes na Portaria 18/99/SAS/MS.

Constitui-se procedimento prioritário, declaração dos municípios, a fiscalização em comércio de medicamentos (drogarias) e alimentos, como também em terreno baldio. Quando foi computado, como exemplo, o número de terreno baldio, cerca de 48.045, levantaram-se dúvidas, quanto ao cumprimento de metas, especialmente porque, 2 municípios não cadastraram a atividade.

Verificamos também que 6 dos 12 municípios pesquisados, apresentaram proposta na CIB para execução das ações de vigilância sanitária classificadas, na Portaria 18/99/SAS/MS, como de média complexidade, entretanto, observamos dificuldades operativas ao cumprimento das metas pactuadas.

Apesar dos avanços obtidos através do uso do instrumento de pactuação, as Vigilâncias Sanitárias dos municípios estudados, ainda não construíram uma cultura de planejamento, e embora o enfoque da rotina esteja orientado para o cumprimento das metas quantitativas pactuadas, foi observado que a PPI não se constitui o documento referencial para subsidiar a programação das atividades de execução das ações de vigilância sanitária locais.

A programação prioriza na sua demanda de ações o critério de atendimento de denúncias, liberação de licença anual de funcionamento (alvará sanitário), coletas de amostras para análises de água de abastecimento, segundo

cronograma fechado, com número de amostras pactuadas com o LACEN, numa média de 10 amostras/mês, independente do porte do município. Existindo pouca articulação entre o trabalho de vigilância sanitária e o contexto epidemiológico, político e social do território sobre o qual ela atua, e, por conseguinte desconsiderando os fatores de risco existentes que deveriam, como missão, ser priorizado objetivando sua eliminação, diminuição ou efetivo controle.

O Financiamento de Vigilância Sanitária

A maioria dos entrevistados considerou que existe um financiamento das ações de VISA (Gráfico 6), no entanto, analisando-se as respostas abertas, todos apontam como problema crítico e, reconhecem que não está definida uma política de financiamento para área.

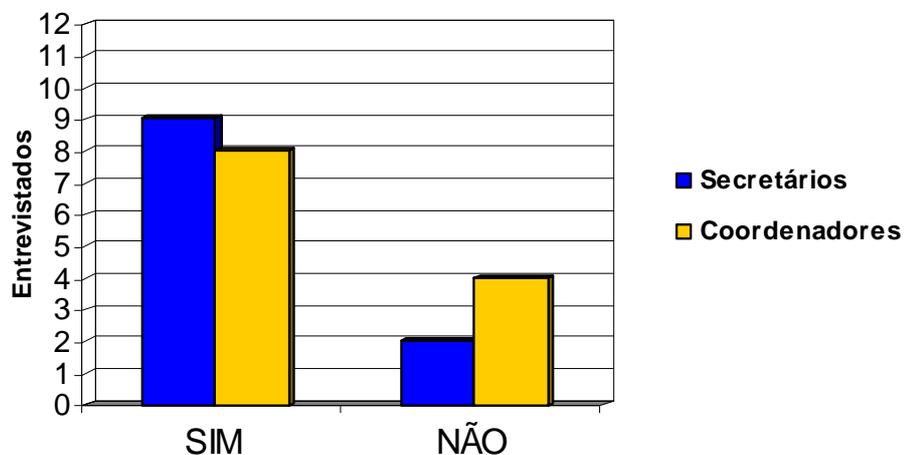


Gráfico 6 – Conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores sobre a Política de Financiamento do SUS para área de VISA.

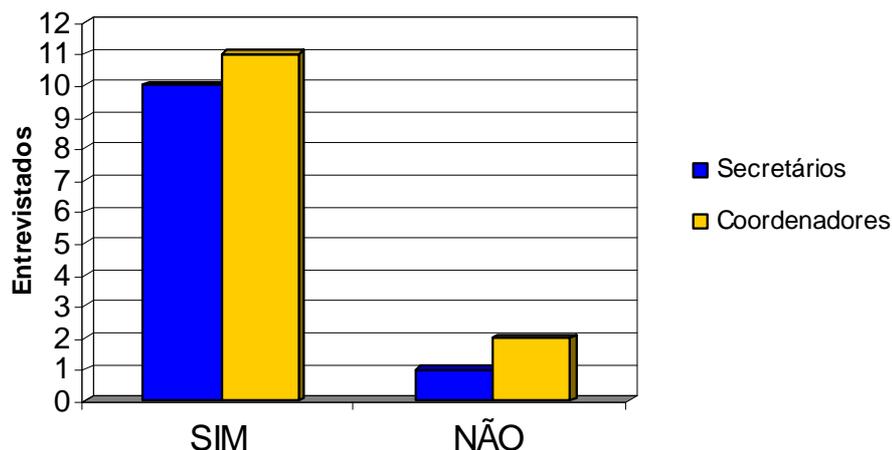


Gráfico 7 – Aspectos relacionados aos recursos financeiros para a área de VISA.

Mais uma vez os Secretários de Saúde e Coordenadores de VISA, expressaram posições semelhantes (Gráfico 7), sobre a questão dos recursos financeiros para o desenvolvimento das ações de VISA

Faz-se necessário evidenciar as declarações de quase todos os Secretários da Saúde e Coordenadores de Vigilância Sanitária, que consideraram insuficientes os recursos financeiros para o custeio e investimento da área, principalmente pelo modelo de repasse dos recursos federais, efetuados através do critério per capita/habitante/ano, se considerado que mais de 85% dos municípios do Estado do Ceará tem menos de 50.000 habitantes.

A clareza do entendimento da problemática relacionada ao financiamento é exemplificada por meio das declarações de alguns dos entrevistados, conforme a seguir:

Entrevistado A₆ “Não foi construído no próprio SUS, uma política de financiamento para vigilância sanitária, que se constitui o primo pobre, muito pobre. Não existe também um pacto para área. O financiamento da vigilância sanitária, não cobre o pagamento de um técnico, tendo o município de arcar sozinho com o custeio, manutenção e investimento do serviço. Além do mais, a vigilância sanitária não é prioridade de Estado. Precisa ser estabelecida uma política de financiamento para área, pois assim não tem condições de trabalho e, continua-se fazendo de conta que existe vigilância sanitária, quando na realidade as ações não são realizadas, são incipientes”.

Entrevistado A₇ *“Absolutamente não existe financiamento para a vigilância sanitária. Sendo algo imoral. Não querem que se faça vigilância sanitária. Sempre o tesoureiro do município goza na minha cara quanto ao valor do repasse”.*

Entrevistado A₁₁ *“Pouco investimento do Ministério da Saúde, descentralizou os serviços e não descentralizou recursos na mesma proporção. O município não tinha o hábito de fazer este gasto com a vigilância sanitária. O repasse não paga o salário de um técnico, não dar suporte para infra-estrutura. O município tem que bancar todos os serviços, não dar conta de fazer”.*

Entrevistado A₁₂ *“Francamente é uma porcaria, o município é quem banca tudo”.*

Apenas um entrevistado considerou que os recursos repassados para ações de VISA, “seriam suficientes se todo aplicado na área, sem desvios” (Entrevistado B₇). Consideramos importante relatar essa posição, para que possibilite uma reflexão sobre a questão levantada e, como estão sendo conduzidas as políticas públicas no país, com repercussão direta sobre os cidadãos, principalmente os mais dependentes das ações do Estado.

A falta de independência orçamentária dos serviços de Vigilância Sanitária municipais foi observada como crítica, tendo sido mencionada pela grande maioria dos Coordenadores de Vigilância Sanitária nos 12 municípios estudados. Em geral os dirigentes dependem de negociações políticas a cada vez que necessitam de recursos para realizar suas atividades.

Entrevistado B₈ *“não temos gerencialmente sobre os recursos financeiros, todas as necessidades de manutenção e custeio da infra-estrutura, por exemplo, transporte, material de consumo, equipamentos de suporte das inspeções, são solicitados e negociados com o Gestor, o que considero entrave, pela demora e lentidão para ser atendido”.*

A frágil governabilidade da vigilância sanitária identificada nos municípios pesquisados, de modo geral é fator relevante que interfere de forma direta na capacidade da vigilância sanitária exercer sua finalidade precípua de proteção e promoção da saúde da população.

Relativamente ao gerenciamento dos recursos financeiros repassados para a área, todos os 12 Coordenadores de VISA entrevistados, declararam que não têm autonomia a este respeito (Gráfico 8). Quando analisamos a resposta aberta, a questão é considerada entrave à consecução das ações de VISA, demonstrando também, a pouca autonomia administrativa (governabilidade) dos serviços de Vigilância Sanitária Municipais.

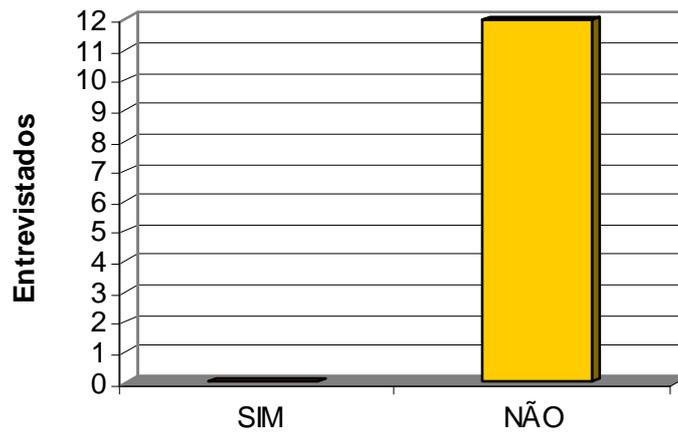


Gráfico 8 – Autonomia Administrativa dos Coordenadores de VISA.

O gráfico 9 retrata a opinião dos entrevistados, sobre a insuficiência dos recursos financeiros para a área de VISA. Apenas 1 Coordenador considera suficiente, com uma ressalva declarada na resposta aberta, se fossem todos aplicados na área de VISA.

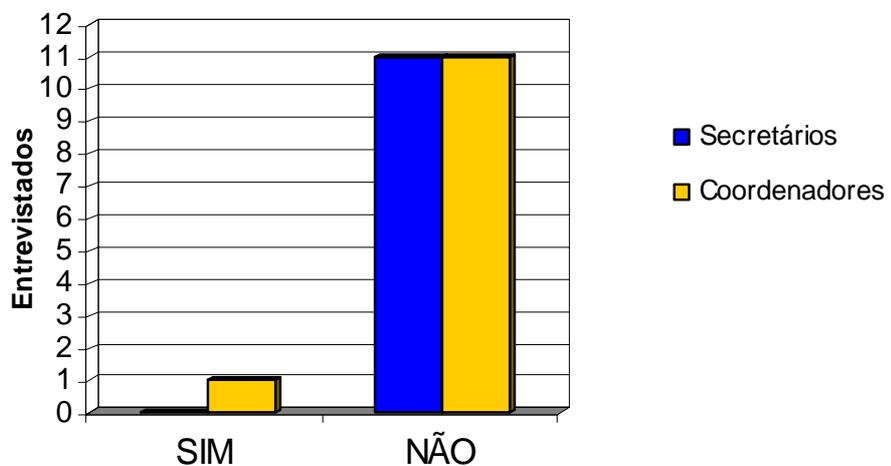


Figura 9 – Aspecto do conhecimento dos Secretários de Saúde e Coordenadores relacionado à questão da Gestão de VISA.

A Avaliação em Vigilância Sanitária

Em referência ao processo de avaliação das ações de vigilância sanitária, alguns entrevistados consideraram que em seus municípios era realizado o processo. No entanto, foi constatado que todos estavam referenciando a verificação do cumprimento específico das metas pactuadas, com obrigatoriedade de apresentação de relatórios trimestrais.

Entrevistado A₉ *“Avaliação trimestral, não é difícil desde que sistematizada. A união deve ser articulada”.*

Entrevistado B₁ *“Mensal, avaliação do que é realizado”.*

Entrevistado B₂ *“A avaliação é realizada através de relatório das atividades para o cumprimento das metas pactuadas”.*

Entrevistado B₆ *“Executamos para acompanhamento de metas. Toda 6ª feira tem reunião com os técnicos. É rotina”.*

Entrevistado B₄ *“Esporadicamente em reuniões são comentadas as dificuldades do setor. Anualmente é avaliado através de um relatório de cumprimento de metas, impacto das ações, não”.*

Entrevistado B₈ *“A avaliação é realizada de acordo com o que foi pactuado, sendo realizado trimestral, seguindo a PPI”.*

Entrevistado B₁₀ *“Para verificar cumprimento das metas pactuadas na PPI, a cada trimestre”.*

Entrevistado B₁₁ *“A cada três meses, consolida a PPI, cumprimento de metas, impacto não. Pela dificuldade de infra-estrutura”.*

É perceptível a semelhança das respostas dos Secretários da Saúde e dos Coordenadores de VISA, quando abordados sobre o processo de avaliação das ações de VISA (Gráfico 10).

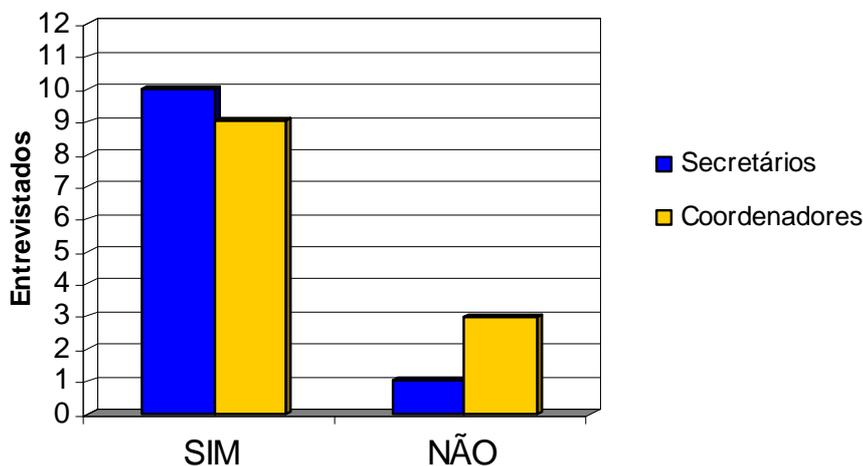


Gráfico 10 – Aspectos sobre o processo de avaliação em VISA.

A avaliação ainda não se constitui uma prática sistematizada na área de vigilância sanitária, sendo entendida como análise quantitativa das metas pactuadas. Não são considerados impactos das ações, no contexto da saúde da população. Ainda não foram construídos indicadores que possam ser usados como parâmetros, a não ser o número de licença sanitária de funcionamento (alvará sanitário) liberado, muitas vezes, resultado de ações cartoriais e não de uma avaliação do risco sanitário.

Consideramos grande entrave ao fortalecimento das Vigilâncias Sanitárias, especialmente no nível municipal, a ausência da sistematização do processo de avaliação, que favoreça um constante “feedback” na conduta de proteção e promoção da saúde e, na reorientação dos processos de trabalho, que levem a resultados mais impactantes.

Concluimos que ainda é necessário, nos três níveis de governo, uma maior diretriz e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com objetivo de proporcionar incentivo ao uso de ferramentas de planejamento, monitoramento e

avaliação, para que a Vigilância Sanitária possa ser entendida como área importante e parte integrante do SUS.

4.5.2 O olhar dos Conselheiros Municipais de Saúde

A importância da VISA para Proteção e Promoção da Saúde

Os Conselheiros entrevistados nos 12 municípios pesquisados, foram unânimes em considerar a VISA importante para o processo de proteção e promoção da saúde como demonstrado no gráfico 11 e por meio das falas dos entrevistados.

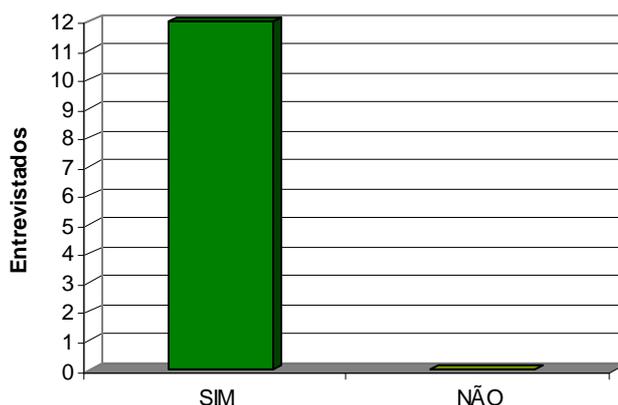


Gráfico 11 – A importância da VISA para proteção e promoção da saúde.

Entrevistado C₁ *“Muito necessário ao município, principalmente a parte de fiscalização e denúncia. Contribui com a melhoria da qualidade da saúde da população”.*

Entrevistado C₂ *“É importante, ajuda a prevenir as doenças, vigia desde água até os alimentos. O ponta-pé inicial da saúde é a prevenção. Cuida da saúde de maneira preventiva. Grandes parceiros na prevenção da saúde. Melhor prevenir do que remediar. Só com a assistência já é tarde”.*

Entrevistado C₃ *“Excelente só assim tiveram uma tomada de decisão nas ações básicas, nas comunidades. Por exemplo, do uso do hipoclorito. Contribuiu para diminuição das diarreias. Distribuição permanente do hipoclorito na Secretaria da Saúde”.*

Entrevistado C₄ *“Muito importante, as autoridades não apóiam as ações de VISA. Animais doentes, leite tirado de gados doentes, por exemplo vacas com brucelose. As autoridades de saúde deveriam se preocupar com a VISA, para melhorar a atuação, com condições de trabalho e cobrar as ações”.*

Entrevistado C₅ *“Importante, atuação principalmente em municípios menores é limitada, com interferência político-partidário. Os gestores não tem interesse em investir na VISA, não tem receita de muita significação e não tem recursos do próprio município para investir”.*

Entrevistado C₆ *“Para proteger a saúde é importante. Para a política é um nó, conserto que perde votos. É difícil, não é fácil. Muito importante para a saúde”.*

Entrevistado C₇ *“Importante no controle de medicamentos, parceria com a ANVISA. E principalmente em relação à fiscalização de medicamentos e alimentos”.*

Entrevistado C₈ *“A VISA é importante, para a saúde da população”.*

Entrevistado C₉ *“É importante. Acho que deveria ser mais descentralizada, inclusive no PSF. Ação básica é intersetorial. As ações deveriam ser interligadas com datas fixas. Cada PSF fazendo Vigilância Sanitária”.*

Entrevistado C₁₀ *“Totalmente importante a partir dela pode acontecer as coisas benéficas. A VISA liga a promoção à saúde. Sem VISA não há prevenção”.*

Entrevistado C₁₁ *“Muito importante sem ela não se resolve os problemas. Porque a VISA é tão importante, através dela se consegue organizar as coisas do meio ambiente, limpeza, problemas que afetam os moradores. Sem ela não se consegue resolver e saber como tratar dos problemas”.*

Entrevistado C₁₂ *“Muito importante, porque a VISA ver muitas coisas que mudam para melhor. Instalações sanitárias dos estabelecimentos, orientam quanto à vacina. Dar uma apertada para melhorar”.*

Apesar da compreensão dos Conselheiros de Saúde sobre a importância da Vigilância Sanitária para a proteção e promoção da saúde, de modo geral, é confuso o entendimento das competências específicas das ações de vigilância

sanitária, percebidas como saneamento básico, poluição ambiental, zoonoses, pocilgas, vacarias, alimentos, medicamentos, vacinas, enfim quase todos os problemas locais de saúde.

4.5.2.2 Conhecimento dos Conselheiros sobre a Vigilância Sanitária e Políticas Públicas de Saúde

Para apreensão do conhecimento dos Conselheiros sobre Vigilância Sanitária e Políticas Públicas de Saúde consideramos imprescindível a abordagem nas entrevistas de assuntos relacionados: ao Subsistema de VISA; a participação dos Conselheiros Municipais de Saúde nas decisões das políticas de saúde locais, a influência dos Conselhos nas questões referentes à VISA e a inclusão de VISA nas pautas de discussões dos Conselhos.

Na análise das respostas dos Conselheiros em relação ao conhecimento do Subsistema de VISA, apenas 1 declarou não conhecê-lo (Gráfico 12).

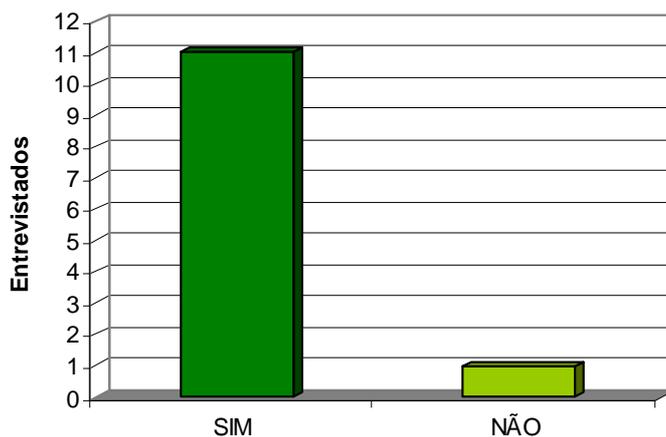


Gráfico 12 – Conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde sobre o Subsistema de VISA.

Evidenciamos que a área de VISA já tem um certo grau de visibilidade junto as Conselheiros de Saúde nos municípios pesquisados ao analisarmos as respostas dos entrevistados:

Entrevistado C₁ *“A VISA precisa de apoio por parte do governo federal, principalmente nos municípios pequenos”.*

Entrevistado C₄ *“Importante para a Saúde. Porém não trabalha total. Não faz o que deveria fazer”.*

Entrevistado C₅ *“Acho que a VISA é importante, relacionada às questões das práticas de vida das pessoas, não só ações diretas à saúde. Presente um 100% da vida da população, uma área abrangente”.*

Entrevistado C₆ *“Inspecciona o comércio, farmácia, postos de saúde, terreno baldio. Por mais que tente não dar conta”.*

Entrevistado C₇ *“Funciona de modo regular. Não há uma integração com os usuários”.*

Entrevistado C₈ *“A VISA é importante, para a saúde da população”.*

Entrevistado C₁₂ *“Conheço mais ou menos. Eu acho que a VISA deveria ser mais atuante, no ponto de vista de divulgar mais, para a população ser mais conhecedora dos riscos. As vezes as pessoas que poderiam corrigir, não fazem nem idéia do risco, de ter um chiqueiro ou um curral de gado na porta da cozinha”.*

No gráfico 13 é interessante observar que 8 Conselheiros apontam que nos seus municípios os Conselhos de Saúde participam das decisões das políticas de saúde. Quando analisamos as respostas abertas, percebemos a existência de situação contraditória, quando a maioria dos informantes afirmou a existência de interferência política.

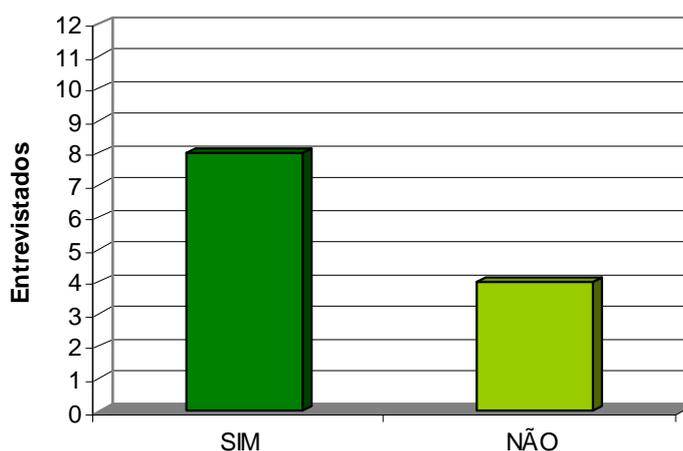


Gráfico 13 – Aspecto relacionado à questão do poder de decisão dos Conselheiros Municipais de Saúde e do efetivo controle social.

Observamos também, já nas falas dos conselheiros entrevistados, a percepção de que a Vigilância Sanitária apesar do seu papel importante nas Políticas Públicas de Saúde, pelo seu caráter fiscalizatório e de controle, é considerada entrave político. O que conduz a um comportamento político-institucional de isolamento e pouco investimento na área. Como também por seu caráter essencialmente preventivo, contraria interesses hegemônicos de mercados, tornando-se área de permanente conflito.

Entrevistado C₁ *“Tudo que foi relacionado a área da saúde passa pelo CMS, se não for aprovado, não caminha”.*

Entrevistado C₂ *“Os Conselheiros são fiscais, e são considerados pelo Secretário, como muito exigentes, principalmente os usuários”.*

Entrevistado C₃ *“Sim, se tiver a denúncia, vai para discussão”.*

Entrevistado C₄ *“Não. No meu município, não tem participação”.*

Entrevistado C₅ *“O CMS é bem atuante, tudo é levado para o CMS. Em VISA só algumas questões focais, pontuais, por exemplo, dengue”.*

Entrevistado C₆ *“Sim, participa das decisões. Discutem e na reunião de gestores e deliberam”.*

Entrevistado C₇ *“Sim, até porque os Conselheiros são representantes legítimos da população”.*

Entrevistado C₈ *“Se o Conselho de Saúde deliberar e o Secretário não quiser, não é feito. O presidente do Conselho de Saúde é pessoa de confiança do Prefeito. Se a Vigilância Sanitária atuar no comércio, não tem liberdade. Tem interferência política”.*

Entrevistado C₉ *“Com certeza o Conselho tem participação na área da saúde, conforme paridade. Todos os indicadores de saúde são passados no Conselho. Não faz política-partidária. Existem Conselheiros de todos os níveis. As ações de Vigilância Sanitária são cobradas no Conselho. Se aparecer às questões, aparecem as ações. Queremos deixar a semente da cidadania”.*

Entrevistado C₁₀ *“Chama a área da saúde, ler, discute e aprova o Plano de Gestão. As pessoas do CMS já enxergam o poder que tem. Dentro do CMS tem Câmaras Técnicas com força de intervenção. O Secretário não é mais o presidente do Conselho, é um usuário. Apesar da relação de força, diminuiu a influência política. O Secretário não tem autonomia só faz o que o prefeito quer”.*

Entrevistado C₁₁ *“Sim, muitas vezes resolve algumas coisas, aprova”.*

Entrevistado C₁₂ *“Não, tem alguns problemas que o CMS não aprova. E são acatadas as decisões tomadas no CMS”.*

O gráfico 14 demonstra que a maioria dos entrevistados já participou de eventos na área de Vigilância Sanitária, nos 12 municípios estudados, e as falas dos entrevistados confirmam os dados encontrados.

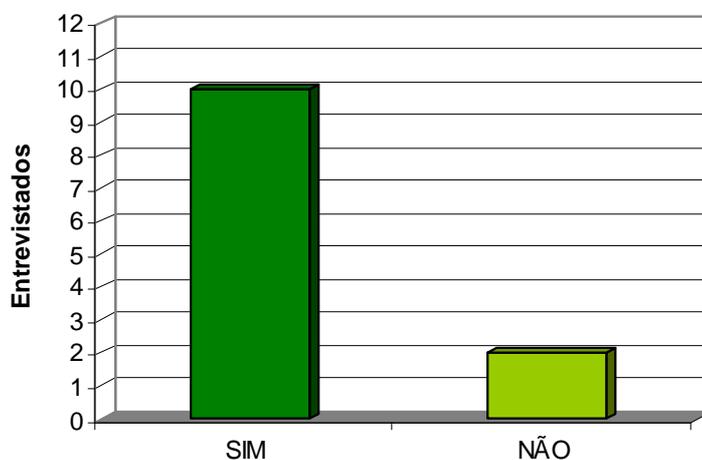


Gráfico 14 – Participação dos Conselheiros Municipais de Saúde em eventos de VISA.

Entrevistado C₁ *“Já trabalhei três meses na VISA”.*

Entrevistado C₂ *“Como sou também radialista, tenho participado das campanhas de VISA”.*

Entrevistado C₄ *“Particpei da Oficina do PDVISA e do encontro com a CAGECE”.*

Entrevistado C₅ *“Já participei de inspeções em parceria com a VISA”.*

Entrevistado C₆ *“Já participei de inspeções com a VISA, para atender reclamações da população sobre problemas de sujeira no hospital, posto de saúde, na merenda escolar”.*

Entrevistado C₇ *“Nunca participei”.*

Entrevistado C₈ *“Ações de combate a dengue, palestras educativas, cuidados com a água, cuidados higiênicos”.*

Entrevistado C₉ *“Algumas vezes na área ambiental”.*

Entrevistado C₁₁ *“Em encontros na Regional de Saúde”.*

Entrevistado C₁₂ *“Em reuniões mensais e em dois Seminários em Fortaleza”.*

O Gráfico 15 demonstra que nos municípios pesquisados os Conselheiros já exercem uma certa influência nas questões relacionadas a VISA.

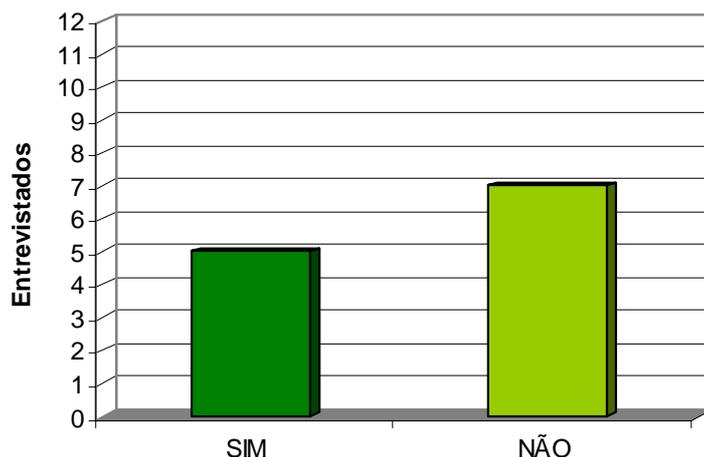


Gráfico 15 – A influência dos Conselheiros Municipais de Saúde sobre as questões de VISA.

Nas colocações dos Conselheiros, percebidas em algumas respostas aos roteiros das entrevistas ficou constatado um certo grau de influência dos Conselhos Municipais de Saúde, no que diz respeito às questões de VISA.

Entrevistado C₂ *“Deveria ser melhor implementada. Reconheço que o CMS poderia contribuir mais com as ações de VISA, o que falta é maior integração e comunicação, cada conselheiro é um soldado, um representante da saúde, precisa ter o conhecimento”.*

Entrevistado C₃ *“Com a VISA é excelente, também com o PSF, com os Agentes de Saúde, as questões são discutidas e todos são ouvidos”.*

Entrevistado C₄ *“Não existe, deveria existir, lamento porque não existe. As pessoas que assumem os cargos de confiança não tem autonomia, obedecem a chefia maior”.*

Entrevistado C₅ *“Constante e contínua não existe. Existe uma abertura, sem sistematização”.*

Entrevistado C₆ *“Graças a Deus tem. Sempre são apontadas as questões de saúde”.*

Entrevistado C₇ *“Sim, não só específica de VISA e sim da saúde em geral”.*

Entrevistado C₈ *“O CMS se restringe as pautas colocadas na reunião. Nunca foi colocado uma questão sobre VISA. A VISA trabalha promoção não tem interesse para gestor”.*

Entrevistado C₁₀ *“A VISA participa de todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem influência nas questões de VISA”.*

Entrevistado C₁₁ *“Parceria bem consolidada com a VISA. Com a nova Secretaria, melhorou bastante, é uma articuladora. Vai amenizando os problemas e traz para o Conselho, e resolve”.*

Entrevistado C₁₂ *“Não existe”.*

Em relação à inserção de VISA nas pautas dos Conselhos Municipais de Saúde, fica evidente que a maioria dos municípios abordam as questões de VISA (Gráfico 16).

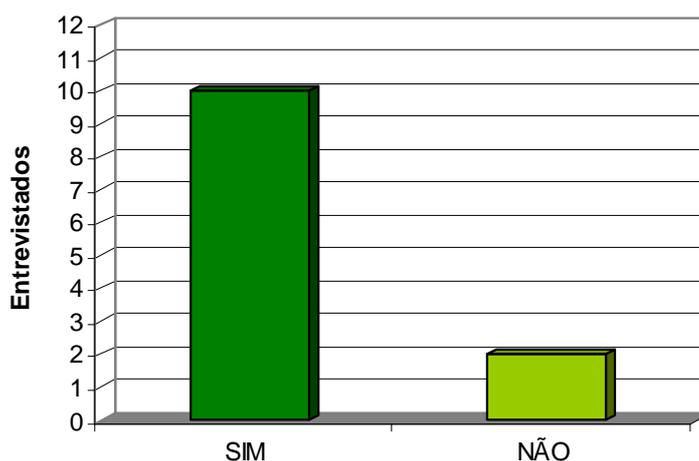


Gráfico 16 – A inclusão da VISA nas pautas dos Conselhos Municipais de Saúde.

Nas repostas das entrevistas os Conselheiros explicitaram suas opiniões da seguinte forma:

Entrevistado C₁ *“Sim, tem pautas que discutem as questões de VISA”.*

Entrevistado C₂ *“Por exemplo, sobre Matadouro. Cobro e brigo para maior atuação nos mercantis, não só nos grandes, como nos pequenos. E maior atuação da VISA na periferia onde mora o perigo. Farmácias de periferias, em relação aos medicamentos vencidos, farmácias clandestinas. Cobram muito a intersetorialidade entre VISA e Secretaria de Serviço Público, (lixo, esgoto). Sem parceira não funciona, sem ação integral a ação não funciona”.*

Entrevistado C₃ *“Sempre que tem reclamações discutem a pauta e conversam e consta na ata das reuniões. Vem à portaria para a VISA. Exemplo: criatório de porcos, cobrança do CMS e ação de VISA”.*

Entrevistado C₄ *“Demais, aborda as questões de VISA. Na minha visão a Vigilância Sanitária tem que atuar. Quem sabe das mágoas da população é o Conselho”.*

Entrevistado C₅ *“Por demanda, não muito freqüente. O funcionamento da VISA é precário, não deslancha, não caminhou nesse município. Tem que dar continuidade”.*

Entrevistado C₆ *“Sempre e todos se colocam, com direito a voz. A maioria das vezes tem solução. O problema maior era o lixo, mais houve a reserva do lixão com coleta diária”.*

Entrevistado C₇ *“Não faz parte da pauta”.*

Entrevistado C₈ *“De VISA nunca foi tratada no CMS. Nunca teve demanda. Deve ser incentivado a capacitação dos Conselheiros”.*

Entrevistado C₉ *“Sim, o CMS não faz política. Se aparecer as questões, aparecem as ações”.*

Entrevistado C₁₀ *“Sim, se aparece o CMS, discute”.*

Entrevistado C₁₁ *“Sempre existe, por exemplo, discussão sobre o lixo. E a VISA está no CMS”.*

Entrevistado C₁₂ *“Sempre tem questões relacionadas à VISA, cobrança do saneamento básico, mercado da carne, matadouro público, comercialização da carne e a forma como é exposta à venda nos frigoríficos. Se é que se pode chamar de frigorífico”.*

Na visão dos Conselheiros, as questões relacionadas a saneamento básico (lixo, esgoto), pocilgas, vacarias e matadouros, são responsabilidades exclusivas da Vigilância Sanitária, isto é, da área da saúde. Porém constituem-se problemas interinstitucionais, envolvendo Secretarias do Meio Ambiente, Agricultura, Serviços e Obras e Infra-Estrutura, dentre outras. Problemas estes que ao longo da história do país, fazem parte de um cenário que se perpetua com pouca ação do Estado, transformando-se em *“doenças crônicas”* sem tratamento capaz de promover a *“cura”*, deixando a população exposta à situações de riscos permanentes.

O gráfico 17 caracteriza que os Conselheiros selecionados consideram a existência de entraves para o desenvolvimento das ações de VISA nos municípios. Estando referenciado nas respostas como principais os aspectos relacionados à infra-estrutura, capacitação e entraves políticos-partidários.

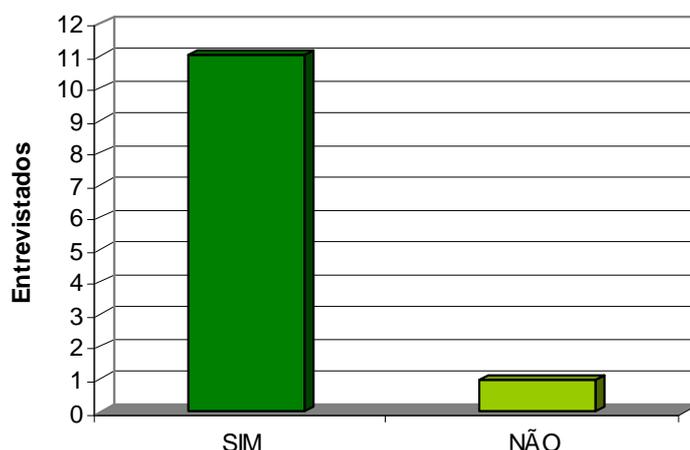


Gráfico 17 - Conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde relacionado às políticas institucionais de VISA (Entraves).

Entrevistado C₁ *“Existe entraves políticos, na VISA não entendem o processo. A VISA tem que ter mais autonomia, recursos financeiros, humanos, transporte oficial, sem precisar terceirizar. Ter sede própria, ampliação da contrapartida”.*

Entrevistado C₂ *“Falta compromisso das Políticas Públicas por parte dos gestores, também por parte dos técnicos de VISA. Falta mais capacitação, desde o mais simples ao mais graduado. Integração, desde o motorista que leva a equipe. Os interesses da VISA devem está acima dos interesses políticos. Tem que ser profissionais de carreira, comprometidos com a saúde. Melhorar a postura ética e profissional. Capacitação é o item mais importante”.*

Entrevistado C₃ *“Sim, às vezes vai cobrar dos estabelecimentos. Ninguém gosta de ser reclamado. O CMS considera que a VISA trabalha bem, primeiro conversa, depois cobra”.*

Entrevistado C₄ *“Sim, não tem entrosamento com a população. O poder não tem interesse na VISA, porque é prevenção”.*

Entrevistado C₅ *“Muitos, entraves políticos. Falta recursos financeiros, mobilidade dos profissionais”.*

Entrevistado C₆ *“Muitos. A maioria dos gestores brinca de fazer VISA. Mas, quando tem algum problema a culpa é da Vigilância Sanitária. Não existe uma ligação entre os Secretários, principalmente a Secretaria de Educação. Relação difícil entre a VISA e a Educação, nos colégios tem problemas de limpeza, presença de morcegos, problemas com a merenda escolar e a VISA tem pouca atuação. Não se conserta erros passando a mão na cabeça”.*

Entrevistado C₇ *“Não é do meu conhecimento a existência de entraves”.*

Entrevistado C₈ *“Sim, tem vários, principalmente porque a Vigilância Sanitária trabalha muito nos comércios. Não tem liberdade para trabalhar, se atuar o comerciante usa o prestígio político. Interferência política. Exemplo: uma pocilga se for da oposição tudo é resolvido, se for da situação não resolve nunca. É uma questão de gestão. O serviço de vigilância, não é bem visto pela gestão que acha que atrapalha”.*

Entrevistado C₁₀ *“Entrave político, embora tenha diminuído bastante. Precisa de um plano de ação, com objetivos, metas e avaliação”.*

Entrevistado C₁₁ *“Precisa de treinamento, para conseguir melhorar as coisas, é necessário ter educação. Falta equipamento, sem condições não se faz bom trabalho. Se todo mundo não se engajar, como vai dar certo?”.*

Entrevistado C₁₂ *“Condições precárias de trabalho, falta veículos, mais técnicos, ferramentas de trabalho, questão financeira. Falta de comunicação com a população”.*

Observamos um grande avanço na postura dos Conselheiros Municipais de Saúde nos 12 municípios pesquisados, apesar da pouca escolaridade de alguns dos entrevistados. Entretanto, ainda se faz necessário, como já bem explicitado com o apoio do referencial teórico, de aprofundamento do conhecimento dos Conselheiros, sobre a área específica de Vigilância Sanitária e demais áreas da saúde. Ainda é necessário “superar muitas barreiras políticas, para que os Conselhos de Saúde efetivem seu papel de controle social”.

Percebemos também a necessidade da Vigilância Sanitária “promover ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da população”, promover capacitação dos Conselhos, prestar esclarecimentos sobre seu papel na proteção e promoção da saúde, como parte integrante do SUS e, ação indelegável de Estado.

Sem perder, no entanto, o referencial da existência da “crise de identidade” dos movimentos sociais, pelo enfraquecimento de sua capacidade de organização e mobilização política.

Podemos concluir, pela apreensão das posições dos Conselheiros entrevistados, que a Vigilância Sanitária é percebida como importante para proteção e promoção da saúde, porém não é uma área de interesse, na maioria dos municípios, sendo considerada pelas autoridades locais, entrave político.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo de saber como estão sendo implantadas ou implementadas as ações de Vigilância Sanitária, nos municípios do Estado do Ceará, levaram-nos a desenvolver a compreensão de que como um todo o SUS, ao longo destes 17 anos, ainda se mostra com baixa capacidade organizacional e gerencial. Em algumas áreas específicas da saúde, como a Vigilância Sanitária, o interesse tem sido marcadamente superficial, com predominância do isolamento institucional e preservação de modelos tradicionalmente hegemônicos, que favorecem os interesses de mercados, portanto, contrários aos interesses do bem-estar coletivo. Em conseqüência, há um reforço à consolidação de políticas clientelistas e patrimonialistas, de pouca participação social e, via de regra, de desastrosa falta de ética e responsabilidade pública.

Ao contextualizar a Vigilância Sanitária como Política Pública de Saúde, percebemos, com sustentação teórica de diversos autores, que com a orientação neoliberal, na política do Estado mínimo, as ações de proteção e promoção da saúde, embora constitucionalmente um “direito” e um “dever”, ficam cada dia mais esvaziadas de representatividade. Agravam-se os problemas relacionados à oferta de produtos e serviços sem qualidade, a ineficiência das ações de fiscalização e controle e, de uma forma geral, fragiliza-se a autoridade pública, que longe de promover a igualdade de tratamento, a democracia, reproduzem a desigualdade, favorecendo segmentos de maior poder.

Considerando os aspectos político-institucionais, percebemos a necessidade premente da implementação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, com efetivação do Sistema Nacional, articulando as três instâncias de governo, para dar sustentabilidade ao projeto de municipalização das ações de Vigilância Sanitária. Na percepção de que a descentralização da área de Vigilância Sanitária, não pode ser considerada como as demais áreas da saúde, isto é, não pode ser “terceirizada”, como se tem feito com a da assistência à saúde, por ser uma ação indelegável de Estado.

Consideramos ainda, de extrema importância contextualizar a Vigilância Sanitária do Ceará, no cenário das Políticas Públicas de Saúde, focando sua fragilidade nas sucessivas reformas administrativas, com impactos negativos à consolidação das estruturas estadual e municipais, evidenciada pela quebra do caráter da integralidade e equidade das ações e serviços.

Neste trabalho preocupamo-nos de que forma são utilizados os recursos relacionados ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, nos 12 municípios pesquisados. Não nos referimos apenas aos recursos de infra-estrutura (humanos, materiais e financeiros), importantes para viabilizar ações de governo. Mas, também, consideramos os recursos de poder e do conhecimento dos atores sociais considerados relevantes à consecução das ações e serviços de Vigilância Sanitária: Secretários de Saúde, Coordenadores de Vigilância Sanitária e Conselheiros Municipais de Saúde.

Os resultados encontrados expressam que as Vigilâncias Sanitárias dos municípios pesquisados, independente do porte, são fragilizadas, com pouca capacidade operativa; com profissionais necessitando de capacitação, temerosos ao enfrentamento dos problemas sanitários locais, como consequência da instabilidade institucional, pela ausência de um plano de cargo, carreira e salários. A pouca governabilidade e poder dos gestores “indispensável para a produção de mudanças na realidade social”, constitui-se entrave político para a maioria das autoridades locais, marcadas pelo pouco investimento, por todos os níveis de governo e pela ausência do pacto de gestão e de uma política de financiamento, que lhe dêem sustentação.

Estas dificuldades podem ser bem compreendidas se considerada a baixa capacidade de regulação e controle do poder público, nas três esferas de governo, uma característica do país.

Evidenciamos também, que os Secretários de Saúde e Coordenadores de Vigilância Sanitária detêm conhecimento macro sobre as Políticas Públicas de Saúde, incluindo a percepção da importância da vigilância sanitária como ação de proteção e promoção da saúde da população.

Reforçamos o entendimento de que o processo de descentralização das ações e serviços de saúde é irreversível e que sendo a área de vigilância sanitária parte integrante do SUS, deverá ser assumida e implementada em todos os municípios do Estado do Ceará. Não pode ser esquecido o preceito constitucional, que não isentou nenhuma instância de governo, da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde, sendo responsabilidade comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

É necessário também destacar que a Vigilância Sanitária situa-se na chamada “arena regulatória”, que envolve interesses muitas vezes fortes, nem sempre sendo possível o consenso e a coesão na implantação das Políticas Públicas de Saúde, que deveriam considerar sempre, o interesse do bem-estar coletivo.

Observamos uma evolução nas colocações dos Conselheiros Municipais de Saúde, tendo sido representados nos municípios pesquisados, por segmentos dos usuários, de governo e de profissionais da saúde. Constatamos que existe uma boa articulação e trânsito nas várias áreas de saúde, embora na área da Vigilância Sanitária seja ainda um processo que necessita maior esforço para consolidação da parceria e articulação.

E, como já bem explicitado com o apoio do referencial teórico, ainda se faz necessário, um aprofundamento do conhecimento e maior capacitação dos Conselheiros, sobre a área específica de vigilância sanitária e demais áreas de saúde, para que os Conselheiros “superem muitas barreiras políticas”, e efetivem seu papel no controle social.

Por tratar-se de uma ação inerente ao Estado, percebemos que não existe Vigilância Sanitária desvinculada da política local, regional e nacional, com conseqüente interferência direta no modelo institucional e operativo.

Como apontam os resultados, neste trabalho foram encontradas situações que confirmam os pressupostos levantados, com ênfase na fragilidade institucional e pouca governabilidade das ações e serviços de Vigilância Sanitária, no contexto das

políticas públicas locais. Na prática ainda permanece a conformação da Vigilância Sanitária não ser considerada, de fato, como ação de Estado, nem parte integrante do SUS, onde a “exclusão” e o “isolamento” das instituições que protegem e promovem os direitos sociais da população são marcantes, favorecendo “o poder econômico que interfere de modo abusivo no sistema normativo, na cultura institucional” e, no modo de condução da política setorial, uma tradição no país.

A pesquisa permitiu a construção de um panorama da situação atual da área de vigilância sanitária no Estado do Ceará, considerando que as informações contêm o conjunto de experiências e expressões das ações e serviços, com todas as suas peculiaridades e reincidências, podendo ser generalizada, em vários aspectos, para outras unidades federadas do Brasil.

Foi possível evidenciar com o aporte teórico e a pesquisa empírica que o Estado do Ceará pouco se diferencia do país, em referência à questão da Gestão de Vigilância Sanitária e da própria Política Pública de Saúde.

Concluimos também que a área de vigilância sanitária do Estado do Ceará constitui-se um processo político em construção, necessitando de esforços dos três níveis de governo para sua concretude e efetivação.

Com base nos resultados apresentados ao longo deste trabalho, recomendamos: 1.a sistematização das discussões, através de encontros, debates e fóruns, sobre um diferente Plano de Ação e uma Política de Financiamento para a área, envolvendo os que fazem a saúde e os demais segmentos organizados da sociedade, com o objetivo de viabilizar mudanças profundas no quadro atual da Vigilância Sanitária do Estado.

2. uma nova e ampla discussão dos profissionais de saúde em parceria com a sociedade para uma maior cobrança da implementação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, com definição das relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de governo, para o fortalecimento da área, quanto ação de Estado.

3. uma maior organização dos profissionais de Vigilância Sanitária, objetivando cobrar a capacitação para os que atuam na área, especialmente nos municípios, com participação das três esferas de governo, de forma contínua, com promoção de cursos de longa e curta duração, para formação de profissionais que possam exercer seu papel com mais segurança técnica e capacidade resolutiva, na proteção e promoção da saúde da população. Inclusive com maior integração e articulação com as universidades, como também com outros órgãos formadores.

4. a cobrança de forma articulada com a sociedade, da estruturação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, não só para facilitar o trabalho dos serviços, nas três esferas de governo, bem como, para disponibilizar instrumentos que possam ser usados para facilitar tomada de decisões, planejamento, monitoramento, avaliação, e a interligação da Vigilância Sanitária aos demais Sistemas do SUS.

5. o redirecionamento das práticas de Vigilância Sanitária, incorporando as demandas sociais locais e regionais, inclusive, com o incentivo à efetiva participação da população.

Entendemos que só um projeto construído coletivamente poderá superar a fragilidade e fragmentação das ações e serviços de Vigilância Sanitária e das demais áreas da saúde, na perspectiva de proporcionar novos caminhos que viabilizem mudanças efetivas na saúde e na vida da população.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)