

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE – UAB/CAPES

Tatiana Lopes de Albuquerque

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:
A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE IGREJINHA.

Sapiranga, março de 2012.

Tatiana Lopes de Albuquerque

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:
A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE IGREJINHA.

Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde – EAD apresentado à Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof. Roberta Alvarenga Reis
Tutora: Cátia Bauer Maggi

Sapiranga
2012

Tatiana Lopes de Albuquerque

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:
A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE IGREJINHA.

Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde – EAD apresentado à Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Roberta Alvarenga Reis – Instituição UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que estiveram presentes oferecendo seu apoio, incentivo, orientação e escuta nos momentos difíceis.
Também aos trabalhadores da Vigilância Sanitária de Igrejinha, cujas participações foram de fundamental importância para a conclusão desta pesquisa.

RESUMO

A Vigilância Sanitária é uma prática de saúde de função exclusiva do Estado, abrangendo sua atuação sobre o setor público e privado na defesa dos interesses sanitários da coletividade. Considerando a importância da atuação da VISA na proteção da saúde da população, os conhecidos problemas destes serviços no Brasil, bem como o destaque que a ANVISA tem dado ao tema segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, o presente trabalho teve como objetivo avaliar se as ações da Vigilância Sanitária estão integralmente implementadas no Município de Igrejinha no que se refere à fiscalização de serviços de saúde. Para isto, após a autorização do Secretário Municipal da Saúde, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dois fiscais e com a responsável técnica pela Vigilância em Saúde. Após a análise do conteúdo, as respostas foram categorizadas em quatro grupos, bem como registrada a frequência de sua ocorrência na fala dos entrevistados. Constatou-se que a fiscalização de serviços de saúde ocorre de forma limitada, privilegiando aspectos relacionados à área física dos estabelecimentos. O conteúdo das entrevistas aponta para a existência de diferenças entre a fiscalização de serviços públicos e privados. A falta de dados e registros das ações da VISA, ao mesmo tempo em que impôs limitações a este trabalho, tornou-se uma informação importante, que aproxima a VISA de Igrejinha da realidade dos serviços de outros municípios brasileiros.

Palavras-chave: vigilância sanitária, serviços de saúde, Igrejinha.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Termo de Ajustes e Metas
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	9
3	OBJETIVOS	10
3.1	OBJETIVO GERAL	10
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4	MÉTODO	11
4.1	O CONTEXTO DA PESQUISA	11
4.1.1	O Município de Igrejinha	11
4.1.2	A Vigilância Sanitária no Município	11
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	12
4.3	DEFININDO “SERVIÇOS DE SAÚDE”	12
4.4	PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	13
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	14
5	REVISÃO TEÓRICA	16
5.1	BREVE HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	16
5.2	A DESCENTRALIZAÇÃO E A ATUAÇÃO DA VISA NAS DIFERENTES ESFERAS DE GOVERNO	18
5.3	A VIGILÂNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	24
5.4	UM PANORAMA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	30
6	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	
	ANEXO A - ROTEIRO DE INSPEÇÃO/CONSULTÓRIOS	
	ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DA VISA DE IGREJINHA	
	ANEXO C - MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO NO TRABALHO	
	ANEXO D - RESOLUÇÃO 030/04 CIB/RS	

1.INTRODUÇÃO

A Lei 8080/90 define a Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Suas ações abrangem o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. A Vigilância Sanitária é uma prática de saúde que se diferencia das demais por ser função exclusiva do Estado, abrangendo sua atuação sobre o setor público e privado na defesa dos interesses sanitários da coletividade. Segundo Eduardo (1998), sua atuação é capaz de interferir em toda a reprodução das condições sócio-econômicas e de vida, isto é, em todos os determinantes do processo saúde-doença, configurando um campo perpassado por múltiplos conflitos.

Apesar da importância das ações da vigilância sanitária na garantia da saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) reconhece que há insuficiência de pessoal para exercer estas ações e implementar a descentralização, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Constata também a precarização das relações de trabalho e a falta de um cadastro confiável de informações sobre a cobertura obtida com as inspeções realizadas (BRASIL, 2003). As dificuldades e limitações das ações de vigilância sanitária nos municípios também foi tema recorrente nos encontros virtuais dos colegas do curso de Especialização em Gestão de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estes exerciam suas atividades profissionais em municípios diversos e relatavam nas discussões proporcionadas pelo curso a realidade da falta de fiscalização e da insalubridade de alguns ambientes de trabalho. Diante destas questões, o presente trabalho foi sendo delineado, tendo como objetivo avaliar se as ações da Vigilância Sanitária estão integralmente implementadas no Município de Igrejinha no que se refere à fiscalização de serviços de saúde.

O município onde foi realizado o trabalho, Igrejinha, tem 31.660 habitantes e está situado no Vale do Paranhana, Estado do Rio Grande do Sul. O setor de Vigilância Sanitária de Igrejinha conta com uma equipe de trabalho reduzida e tem suas ações

disparadas por uma solicitação de vistoria para concessão de alvará junto à Prefeitura Municipal, para a qual é cobrada uma taxa; ou por denúncias originárias da comunidade, demonstrando a importância da participação do usuário na atuação da Vigilância Sanitária, formalizada pela Lei 8142 através dos Conselhos de Saúde. Desta forma, o usuário, que é objeto da proteção da Vigilância Sanitária, torna-se um aliado importante, um “vigilante voluntário” na transformação das condições de saúde da população (EDUARDO, 1998).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), regulamentado pela Portaria 1565 de 1994, estabeleceu as bases para a descentralização das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), competindo ao Município executar ações e implementar serviços de vigilância sanitária, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado. O SUS afirma o Município como espaço das ações e práticas de saúde. No entanto, percebe-se que a municipalização destas práticas não tem ocorrido sem conflitos e dificuldades por parte dos profissionais em Igrejinha.

Neste trabalho serão apresentados, além do objetivo geral e dos específicos constantes no capítulo 3, os procedimentos metodológicos utilizados para respondê-los, conforme descrição apresentada no capítulo 4. No capítulo 5, dividido em 4 seções, será apresentado um breve histórico da Vigilância Sanitária; o processo de descentralização que torna o município executor das ações no seu território e a atuação da VISA nas diferentes esferas de governo; as ações da VISA nos serviços de saúde, além de um panorama da situação da VISA no Brasil. Segue-se a isto, no capítulo 6, a apresentação e análise dos dados, bem como o difícil processo de sua coleta. Finaliza-se o trabalho com o capítulo 7, das considerações finais.

2.JUSTIFICATIVA

A experiência do trabalho na área da saúde, bem como o conhecimento adquirido com as pesquisas realizadas sobre as ações da VISA, permitem algumas indagações referentes à qualidade e efetividade destas práticas no âmbito dos municípios. Na impossibilidade da realização deste trabalho com as diversas áreas de atuação da VISA neste momento, e considerando a importância que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem dado ao tema segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, optou-se por concentrar a pesquisa nas ações de fiscalização nos serviços de saúde. A ANVISA, por meio da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) vem instituindo uma seqüência ordenada de atividades voltadas para a segurança do paciente e da qualidade em serviços de saúde. A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade na agenda da Organização Mundial de Saúde, refletindo na agenda política dos Estados-Membros, desde 2000 (BRASIL, 2011). Segundo a ANVISA, a qualidade da gestão dos serviços do SUS pode ser amplamente aperfeiçoada por meio do uso adequado dos instrumentos que a vigilância sanitária dispõe.

Desta forma, o presente trabalho visa contribuir com a avaliação do serviço de Vigilância Sanitária de Igrejinha, o qual deve desempenhar, se atuante e capacitado, papel fundamental na avaliação e adequação dos demais serviços de saúde no município. Pretende-se verificar neste trabalho não somente a implementação das ações sobre os serviços de saúde, mas identificar possíveis dificuldades, entraves e potencialidades a serem desenvolvidas no setor. Espera-se assim estar oferecendo ao município um material diagnóstico de utilidade para a gestão, o qual pode representar o início de um processo de planejamento e aperfeiçoamento da Vigilância Sanitária no município.

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se as ações da Vigilância Sanitária estão integralmente implementadas no Município de Igrejinha no que se refere à fiscalização de serviços de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o funcionamento da Vigilância Sanitária no município de Igrejinha;
- Verificar, através dos dados coletados, se há diferença entre a atuação da Vigilância Sanitária nos estabelecimentos de saúde privados e públicos;
- Identificar as dificuldades e potencialidades da execução do trabalho de Vigilância Sanitária em Igrejinha, contribuindo para a qualificação deste serviço.

4.MÉTODO

4.1O CONTEXTO DA PESQUISA

4.1.1 O Município de Igrejinha

O município de Igrejinha, com seus 31.660 habitantes, de acordo com o censo de 2010 do IBGE, passou a pertencer recentemente à região metropolitana de Porto Alegre, localizando-se no Vale do Paranhana. Tem sua economia baseada na produção industrial, principalmente de calçados e confecções em couro, preenchendo mais de 75%. Comércio e Serviços somam cerca de 23% da economia e o restante diz respeito a atividades agrícolas, conforme dados do município. De acordo com dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Igrejinha conta com 41 estabelecimentos de saúde, sendo 25 privados e 16 públicos, 14 destes mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.1.2 A Vigilância Sanitária no Município

A Vigilância Sanitária municipal localiza-se junto à Unidade Sanitária da Secretaria de Saúde, na área central da cidade. No momento inicial da pesquisa, em dezembro de 2011, contava com dois fiscais, sendo um deles concursado como fiscal sanitário e o outro como fiscal municipal e cedido de outra secretaria do município. Entre os meses de dezembro de 2011 e março de 2012 havia expectativa de mudanças no setor com a saída por licença-interesse de um dos fiscais, o mais antigo no cargo. No final do mês de dezembro de 2011 houve o fechamento temporário da VISA, a qual foi reaberta em 10 de janeiro de 2012, após retorno das férias dos funcionários. A licença, inicialmente prevista para iniciar em janeiro de 2012, não ocorreu até o mês de março.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A partir da definição do problema e dos objetivos da pesquisa, bem como do tempo para sua realização e das previsíveis dificuldades na coleta de dados, optou-se por iniciar um estudo de caso. Esta modalidade de pesquisa é apropriada para pesquisadores individuais, dando a oportunidade para que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado (VENTURA, 2007). Segundo Gonçalves (2008), o estudo de caso permite a descrição e o aprofundamento sobre uma dada realidade social. Para Ventura (2007), o estudo de caso apresenta flexibilidade do seu planejamento, enfatiza a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo. Além disso, apresenta simplicidade nos procedimentos, permitindo uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles. Desta forma, as previsíveis dificuldades enfrentadas ao longo da pesquisa e suas limitações poderiam tornar-se dados importantes para a compreensão da realidade a que se pretendia conhecer.

4.3 DEFININDO “SERVIÇOS DE SAÚDE”

Para a realização deste trabalho tornou-se necessário definir inicialmente o conceito de “serviço de saúde”, a fim de evitar compreensões diversificadas que pudessem comprometer o entendimento do leitor. Serviços de saúde podem ser considerados como uma combinação de tecnologias, concretas ou não, e atos humanos se articulando de forma organizada para cuidar de um segmento populacional. (VIEIRA DA SILVA, *apud* LEITE, 2007, p.12). As organizações de atenção à saúde, que se incluem na definição de tecnologias médicas ou de saúde, são os estabelecimentos onde se realizam os procedimentos médicos e cirúrgicos ou práticas de saúde em geral, sejam as de prevenção, de diagnóstico, tratamento ou apoio (EDUARDO, 1998). De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 63 de 25 de novembro de 2011, serviço de saúde é o estabelecimento de saúde destinado a prestar

assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes.

Partindo destes conceitos e do objetivo definido deste estudo, que se refere à atuação da Vigilância Sanitária no município de Igrejinha, serão aqui considerados serviços ou estabelecimentos de saúde aqueles citados na resolução 030 de 2004 da Comissão Intergestores Bipartite CIB-RS, cuja fiscalização compete ao município. São eles: ambulatório de enfermagem, posto de saúde/ambulatório, serviço de ultrassonografia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), clínica de fisioterapia, clínica de fisioterapia, clínica de vacinas, clínica médica sem procedimentos, clínica e/ou consultório de fonoaudiologia, comunidades terapêuticas, consultório médico, consultório de psicologia, consultório de nutrição, consultório odontológico sem RX, consultório de enfermagem.

4.4 PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Ventura (2007), tratando-se da coleta de dados em estudos de caso, há uma pluralidade de procedimentos que podem ser incorporados, sendo quantitativos e qualitativos: observação, análise de documentos, entrevista formal ou informal, história de vida, aplicação de questionário com perguntas fechadas, levantamentos de dados, análise de conteúdo etc. Para a realização deste trabalho, inicialmente foi obtida autorização do Secretário Municipal da Saúde para a coleta dos dados necessários junto à Vigilância Sanitária. Em razão da necessidade de acessar dados quantitativos junto ao Departamento Fiscal do Município, foi protocolada solicitação ao Prefeito Municipal. A fim de ter conhecimento acerca do volume de trabalho da Vigilância Sanitária, foram solicitados a este Departamento dados sobre o número de pedidos de vistorias para concessão de alvará sanitário a estabelecimentos de saúde nos últimos cinco anos. No entanto, não houve resposta à solicitação via protocolo até o término da pesquisa.

Entre os meses de dezembro de 2011 e março de 2012 foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os fiscais da Vigilância Sanitária e enfermeira responsável pela vigilância em saúde no município de Igrejinha. Para isto, foi elaborado um roteiro de entrevista contendo perguntas disparadoras, o qual se encontra em anexo.

As perguntas foram planejadas de modo que contemplassem os objetivos desta pesquisa, e a entrevista foi conduzida de forma a dar ao entrevistado a oportunidade de falar livremente sobre sua experiência profissional e o que mais pensasse ser importante no seu trabalho. As questões referem-se à identificação dos trabalhadores, forma de contratação e tempo de serviço dos entrevistados, ao funcionamento do setor de VISA no município e suas atribuições, à fiscalização dos serviços de saúde e os problemas e sugestões de melhoria para este serviço.

De acordo com Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Para as autoras, o pesquisador atua em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, mas deve ficar atento para dirigir a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Boni e Quaresma (2005) afirmam que as técnicas de entrevista aberta e semi-estruturada têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Elas também são possibilitadoras de uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que no caso deste trabalho, permitiu que o pesquisador pudesse oferecer uma escuta acerca de temas delicados como as dificuldades e conflitos percebidos pelos trabalhadores.

Após a análise do conteúdo das entrevistas, as respostas foram categorizadas em 4 principais grupos, assim denominados: caracterização da equipe, fiscalização dos serviços de saúde, problemas identificados no setor e sugestões de melhoria, os quais estão apresentados em um quadro acompanhados pelo número de ocorrências de cada citação.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Embora seja do interesse da comunidade ter conhecimento acerca da adequação e confiabilidade dos serviços de saúde, e, portanto, da existência de alvará sanitário

nestes serviços, os dados obtidos foram tratados de forma ética e responsável, preservando nomes de pessoas e estabelecimentos, em função de o objetivo do trabalho ser a avaliação da implementação da fiscalização aos serviços de saúde e não os próprios serviços. Em razão de o município de Igrejinha ter pequeno porte e do setor da Vigilância Sanitária contar com uma equipe bastante reduzida, foram evitadas citações que pudessem identificar os entrevistados ou expô-los a situações de constrangimento. Todos foram informados claramente sobre os objetivos da pesquisa e assinaram termos de consentimento livre e esclarecido sobre sua participação. O relato escrito do conteúdo das entrevistas foi aprovado e entregue para cada entrevistado.

5. REVISÃO TEÓRICA

5.1 BREVE HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ações de Vigilância Sanitária constituem a mais antiga face da Saúde Pública. Desde a antiguidade ocorrem tentativas de controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que geram ameaças à saúde e à vida. Constata-se que as primeiras ações do campo da vigilância visavam o controle sanitário do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de numerosos produtos, tecnologias e serviços intrinsecamente envolvidos no complexo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. Os povos antigos manifestavam preocupações com a prática médica e a possibilidade de exorbitância do seu poder; ademais, preocupavam-se não apenas com o estado de conservação dos medicamentos e alimentos, mas também com a possibilidade de fraudes e falsificações (COSTA, 2001).

Desde o nascimento das cidades há registros da preocupação com as ações de vigilância sanitária. A humanidade não conhecia ainda os processos de contaminação que espalhavam as doenças, mas sabia-se, no entanto, que a água e os alimentos poderiam ser meios para sua propagação, problema que cresceu e se tornou mais complexo com a aglomeração da população em cidades. O cuidado com a vigilância implicou na atividade de profissionais voltados para o estudo da água, dos alimentos e para a remoção do lixo produzido por cidades cada vez mais populosas. Assim, por volta dos séculos XVII e XVIII na Europa e XVIII e XIX no Brasil, teve início a Vigilância Sanitária como resposta a estes novos problemas de convivência social (BRASIL, 2002).

A VISA no Brasil, segundo De Seta, Reis e Delamarque (2010) tem sofrido transformações desde o século XX, com duas grandes inflexões: nas décadas de 1970 e 1990. Em 1976, na reforma administrativa do Governo Geisel, o controle de produtos foi agregado e identificado como vigilância sanitária, juntamente com a área dos portos, aeroportos e fronteiras. A fiscalização do exercício profissional – um dos primeiros objetos de regulamentação e controle sanitário estatal – foi excluída das preocupações

da administração direta, passando a ser realizada pelos conselhos das respectivas profissões. Ainda que a legislação de 1976 não fizesse referência aos serviços de forma geral, uma lista de estabelecimentos de prestação de serviços era objeto da vigilância sanitária de competência estadual e municipal (LUCCHESI, 2001).

Um ponto bastante importante a observar, segundo Lucchese (2001), é que na legislação federal, toda a área dos serviços de saúde não foi incluída no elenco de atividades de vigilância sanitária nessa legislação dos anos 70. Assuntos como o controle da hemoterapia, das infecções hospitalares, normas para creches, asilos e construções de hospitais e postos de saúde faziam parte das atividades de saúde pública, mas em outros setores da administração.

Conforme De Seta, Reis e Delamarque,

Quando a ANVISA foi constituída, estruturou-se um novo campo de atuação, a vigilância sanitária de serviços de saúde, que, mesmo de forma pontual, já integrava a agenda de algumas vigilâncias sanitárias estaduais. Incorporaram-se ao escopo das ações da Agência outras iniciativas que se desenvolveram no âmbito de outras Secretarias do Ministério, tais como o controle de infecção em serviços de saúde e da qualidade e segurança do sangue. (2010, p.101)

Ainda de acordo com Lucchese (2001), a legislação sobre a Vigilância Sanitária na década de 70 não atribuiu aos municípios atividades de vigilância. Foi somente após a criação do SUS e sua regulamentação, pela Lei nº 8.080/90, que os municípios tiveram suas funções referidas formalmente nessa área. Essa legislação trouxe a inclusão da esfera municipal como coordenadora, em seu âmbito, e executora preferencial de ações de saúde, inclusive das ações de vigilância sanitária, superando a omissão na legislação anterior, que não aludira aos municípios. Como dito anteriormente, os serviços, que já eram objeto de ação da vigilância dos estados e de outros setores no nível federal, e o meio ambiente, incluindo o do trabalho, foram os novos objetos incorporados formalmente ao âmbito da vigilância sanitária após a Constituição de 1988.

Assumindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, a nova Constituição torna a Vigilância Sanitária uma prática capaz de interferir em todos os determinantes do processo saúde-doença. Houve a incorporação da noção de meio-ambiente, que hoje significa mais do que o conjunto de elementos naturais físico-biológicos, mas também as relações sociais do mundo construído pelo homem, abrangendo o ambiente de trabalho.

A Lei 8080/90 define o conceito de Vigilância Sanitária com a seguinte redação:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

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

A Portaria 1565/MS/GM, de 1994, define os campos onde se exercerá a Vigilância Sanitária, nas três esferas de governo.

Art. 6º São os seguintes os campos onde se exercerá, nas três esferas de governo do Sistema Único de Saúde e segundo a respectiva competência legal, a ação da vigilância sanitária:

I - proteção do ambiente e defesa do desenvolvimento sustentado;

II - saneamento básico;

III - alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IV - medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde;

V - ambiente e processos de trabalho, e saúde do trabalhador;

VI - serviços de assistência à saúde;

VII - produção, transporte, guarda e utilização de outros bens, substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos;

VIII - sangue e hemoderivados;

IX - radiações de qualquer natureza; e

X - portos, aeroportos e fronteiras.

Por todo o exposto, embora vários autores apresentem diferenças no grau de especificação do seu objeto de atuação, pode-se afirmar que a Vigilância Sanitária realiza um conjunto de ações técnicas e legais, tais como: regulamentação, normatização, fiscalização, controle sanitário, avaliação, educação, informação e pesquisa, com o objetivo de promover e prevenir riscos à saúde da população (BATTESINI, 2008).

5.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E A ATUAÇÃO DA VISA NAS DIFERENTES ESFERAS DE GOVERNO

Segundo Fonseca (2011), um dos aspectos mais relevantes na construção do SUS no Brasil é a descentralização das ações de saúde. Desde sua criação, a ANVISA vem implementando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, regulamentado pela Portaria 1565/1994, que estabeleceu as bases para a descentralização das ações de VISA no âmbito do SUS.

A Portaria 1565, segundo De Seta, Reis e Delamarque (2010), define competências das esferas de governo, assumindo o caráter intersetorial das ações e a necessidade de articulação com outras instâncias. Esta traz o seguinte texto acerca das competências de cada esfera de governo. Compete:

I - à União, coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios e executar ações de sua exclusiva competência:

a) na execução de atividades de sua competência a União poderá contar com a cooperação de Estados ou Municípios.

II - ao Estado, coordenar, executar ações e implementar serviços de vigilância sanitária, em caráter complementar às atividades municipais e prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios; e

a) na execução de atividades de sua competência o Estado poderá contar com a cooperação dos Municípios.

III - ao Município, executar ações e implementar serviços de vigilância sanitária, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

§ 1º A União e os Estados promoverão a descentralização político-administrativa estabelecida no artigo 4º, inciso II, alínea "a", de modo a que a articulação intersetorial prevista no § 2º do artigo 6º se concretize efetivamente no âmbito do Município e de instâncias regionais do Sistema Único de Saúde.

§ 2º No caso de Município que não tenha condições organizativas para executar ações e serviços de vigilância sanitária, na forma instituída na Lei Orgânica da Saúde, a cooperação técnica a ser prestada pelo Estado se efetivará mediante a execução dos serviços e ações correspondentes e o apoio para estabelecimento e desenvolvimento das condições técnico-científicas e administrativas necessárias para que o Município possa assumir, plenamente, os encargos que legalmente lhe são atribuídos.

§ 3º Em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde que possam escapar ao controle da direção estadual ou municipal do Sistema Único de Saúde, ou que representem risco de disseminação estadual, regional ou nacional, a União e o Estado poderão executar ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica em qualquer localidade.

Para que a descentralização das ações de vigilância sanitária resulte em maior impacto na proteção da saúde da população, as responsabilidades entre os gestores do SUS devem ser claramente definidas e o modelo de descentralização proposto não deve descuidar da integralidade do conjunto de atividades a ser desenvolvido. Neste sentido,

a Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96, ao ser editada, teve por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996). Esse exercício deve ser viabilizado com a cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal e compreende, além da responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda com integralidade à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. A responsabilidade dos municípios, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1996).

A NOB-SUS 01/96 conforme sua redação define:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Deve-se considerar que os municípios brasileiros apresentam modalidades distintas de organização e gestão pública em virtude das diferentes realidades regionais e que as condições de gestão que se habilitam os municípios definem as ações de vigilância sanitária que serão assumidas.

Conforme De Seta, Reis e Delamarque (2010), foi no ano de 1999, diante da necessidade de descentralização e maior articulação entre os serviços de vigilância sanitária nas três esferas de governo, que a ANVISA foi criada, substituindo a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. A criação da ANVISA promoveu a intensificação das relações entre as esferas de governo e a formalização de

compromissos visando à obtenção de resultados específicos na área sanitária (FONSECA, 2011).

Em 2003 o Ministério da Saúde, através da Portaria 2473, estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Reconhece os avanços já obtidos no processo de descentralização com a implementação do TAM – Termo de Ajustes e Metas, que passou a vigorar desde 2000, um ano após a criação da ANVISA. O TAM, firmado entre a ANVISA e as Unidades Federadas, tem, entre outros, o objetivo de proporcionar melhores condições de gestão da vigilância sanitária nos três níveis de governo, definindo objetivos organizacionais em todas as Unidades da Federação. O TAM aponta para a realização de metas finalísticas de promoção e proteção da saúde da população, bem como também para o suporte e/ou retaguarda técnica, administrativa e política a ser proporcionada pela ANVISA aos Estados, Municípios e Distrito Federal para a execução das atividades pactuadas. O principal compromisso é com a busca e o alcance de resultados que garantam a segurança e a qualidade de produtos e serviços utilizados e consumidos pela população.

Costa (2001) afirma que, na questão da descentralização e municipalização da Vigilância Sanitária, há que se considerar a complexidade, a natureza e a abrangência das ações. Contudo, mesmo que se defina certas competências no nível federal, a exemplo do registro de produtos, todos os municípios devem estar capacitados para organizar seus serviços e responsabilizar-se por ações de VISA do modo mais abrangente, a fim de promover a existência de espaços saudáveis e a melhoria da saúde e da qualidade de vida da sua população.

A Portaria GM 2473 de 29 de dezembro de 2003, estabelece as competências do município:

- Art. 4º Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do subsistema nacional de vigilância sanitária, incluindo as seguintes ações:
- I – executar as ações pactuadas;
 - II – observar o cumprimento das metas de cobertura das ações pactuadas em função do risco sanitário e complexidade tecnológica, descritos no Anexo I;
 - III – observar, na execução de suas atividades, as diretrizes da Política Nacional de Saúde para as ações de vigilância sanitária;
 - IV – definir, em conjunto com o gestor estadual, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a programação Pactuada Integrada – PPI-VISA

para as ações de vigilância sanitária, em conformidade com os parâmetros acordados na Comissão Intergestores Tripartite;

V - manter permanentemente atualizados todos os cadastros de interesse da vigilância sanitária;

VI – elaborar e encaminhar, tempestivamente, à instância estadual os relatórios trimestrais e o relatório anual de gestão relativos às metas pactuadas;

VII – aplicar os recursos financeiros que lhe forem repassados, exclusivamente, na consecução das atividades de vigilância sanitária;

VIII - assegurar a contrapartida de recursos financeiros, na forma estabelecida no artigo 9º;

IX – desenvolver as atividades de informação, educação e comunicação em vigilância sanitária;

X – coordenar e implementar, no seu âmbito de atuação, o Plano Municipal de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em VISA em consonância com o Política de Recursos Humanos do SUS, tendo como referência os riscos sanitários, a realidade local e a demanda dos Municípios;

XI – implementar e desenvolver, quando pactuadas, ações de toxicovigilância, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância;

XII – fomentar o desenvolvimento de ouvidorias; e

XIII – implantar, gerir e atualizar o Sistema de Informações conforme regulamentação a ser proposta pelo Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da Tripartite.

De acordo com o Ministério da Saúde, através da Portaria 2473/2003, embora as competências dos três níveis de governo estejam regulamentadas por leis específicas, dúvidas são sempre suscitadas entre os gestores sobre o que é de responsabilidade de cada ente federado. Desta forma, estabelecer com clareza esses limites é de fundamental importância para melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, evitando o paralelismo de atuação e obtendo melhores resultados.

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB assume papel preponderante para a consolidação de um processo de planejamento participativo e programação integrada entre os gestores. Caberá à CIB a aprovação da programação pactuada da vigilância sanitária, definindo e orientando as responsabilidades e obrigações de cada gestor na execução das atividades de média e alta complexidades, bem como na alocação de recursos correspondentes, de acordo com os critérios definidos pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT (BRASIL, 2003).

A Resolução Nº 030/04 da CIB/RS define em seu artigo segundo que todos os municípios do Estado deverão implantar, implementar e desenvolver as ações de VISA em estabelecimentos de baixa complexidade. Em seu anexo I constam as atividades de VISA para os municípios:

- cadastrar todos os estabelecimentos sob VISA,
- licenciar estabelecimentos de baixa complexidade,
- inspecionar estabelecimentos de baixa complexidade,
- coletar amostras de produtos,
- autuar estabelecimentos de baixa complexidade,
- apreender produtos inadequados para consumo ou em situação irregular.

Esta Resolução também define em seu anexo os estabelecimentos de saúde de baixa complexidade a serem inspecionados pelos municípios: ambulatório de enfermagem; posto de saúde/ambulatório; serviço de ultrassonografia; centro de atenção psicossocial (CAPS); clínica de fisioterapia; clínica de fisioterapia; clínica de vacinas; clínica médica sem procedimentos; clínica e/ou consultório de fonoaudiologia; comunidades terapêuticas; consultório médico; consultório de psicologia; consultório de nutrição; consultório odontológico sem RX; consultório de enfermagem.

A legislação do município de Igrejinha, através da lei nº3.924 de 20 de dezembro de 2007 , define as competências do setor de Vigilância Sanitária da seguinte forma:

- Realizar inspeção de indústrias de produtos alimentícios, abatedouros de aves, bovinos, suínos e ovinos, além de estabelecimentos comerciais no ramo da alimentação, verificando as condições sanitárias de suas instalações, refrigeração, suprimento de água, instalações sanitárias, veículos de transporte alimentícios e quesitos de aceite e saúde dos que manipulam alimentos para garantir a qualidade necessária a produção e distribuição de alimentos saudáveis;
- Proceder a inspeção de imóveis novos e reformados, verificando as condições sanitárias das áreas fluviais e o estado de conservação dos mesmos para a concessão de “habite-se”;
- Inspeccionar depósitos de venenos e de embalagens vazias, orientando seu acondicionamento;
- Atuar junto aos agentes causadores de poluição, levantando dados com mapeamento dos locais, aplicando medidas cabíveis para a solução dos problemas;
- Encaminhar cadastramento de fontes de água, poços e poços artesianos (Cis’água) para possibilitar o controle e orientações, estabelecendo critérios de aproveitamento;
- Providenciar coletas de amostras de água para encaminhá-las a exames laboratoriais e certificar-se dos padrões aceitáveis de qualidade e consumo;
- Elaborar pareceres descritivos e encaminhar ao setor responsável pela renovação e liberação de alvarás, a fim de disciplinar normas e procedimentos para liberação e critérios de adequação de todas as esferas que envolvem a saúde pública;
- Averiguar denúncias in loco juntamente com áreas específicas da municipalidade, além de ater-se ao destino adequado de lixo e dejetos para melhorar as condições de saneamento do meio ambiente.

Segundo a mesma lei, compete ao Departamento Fiscal do Município, além de outras atividades:

Prevenir e eliminar riscos à saúde e inteirar-se sobre problemas sanitários decorrentes da produção, circulação e comercialização de bens e produtos que se relacione diretamente com a saúde;
Proceder ao controle de estabelecimentos comerciais e ou industriais, prestadores de serviço ambulante, serviços temporários que produzam ou comercializem produtos ou serviços diretamente relacionados à saúde, procedendo à inspeção e vistoria periódica, à liberação anual de alvará sanitário, bem como o seu cancelamento; inspeção sobre criação e abate de animais para consumo.

Ao longo deste trabalho será possível compreender melhor a estreita relação entre os setores de Vigilância Sanitária e Departamento Fiscal no município de Igrejinha através dos dados coletados nas entrevistas.

5.3 A VIGILÂNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para realizar o controle de serviços de saúde, a Vigilância Sanitária realiza ações de análises de projetos físicos, cadastramentos, licença de funcionamento, regulamentação, inspeção sanitária, monitoramento e avaliação (SILVEIRA *apud* LEITE, 2007, p.19). As duas primeiras ações relacionam-se à implantação de serviços, ou quando da modificação da estrutura física ou jurídica. Consistem, respectivamente, da análise de projetos físicos em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela RDC da ANVISA nº 50, de 2002 e outras regulamentações que a aditam e do cadastramento do serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o mesmo utilizado pela Vigilância Sanitária. (LEITE, 2007). As ações de regulamentação podem se destinar à implantação ou funcionamento de serviços de saúde, consistindo no estabelecimento de regulamentos administrativos ou técnicos, conformando a base normativa para a atuação destes serviços. Seriam ações desenvolvidas prioritariamente pela ANVISA e Ministério da Saúde, mas também prerrogativas de Estados e Municípios. Segundo o autor, o monitoramento, como acompanhamento que incluiria avaliação, não é uma prática realizada pela Vigilância

Sanitária atualmente. Quanto à inspeção sanitária, afirma que esta não deveria ser vista como uma prática isolada, mas como uma tecnologia importante na verificação das condições sanitárias de funcionamento dos serviços de saúde, podendo se constituir nas bases da atividade de monitoramento.

A inspeção sanitária é uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimentos técnico-científicos, destinada a examinar as condições sanitárias de estabelecimentos, processos, produtos, meios de transporte e ambientes e sua conformidade com padrões e requisitos de saúde pública, que visam proteger a saúde individual e coletiva (COSTA *apud* LEITE, 2007).

A Portaria 2473/2003 do Ministério da Saúde traz as seguintes definições acerca de inspeção e reinspeção sanitária:

Entende - se por inspeção sanitária (fiscalização sanitária): “O conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de vigilância sanitária.”

Por reinspeção entende-se: “A inspeção de retorno para a verificação do cumprimento das adequações apresentadas pelos estabelecimentos inspecionados”.

A inspeção sanitária de produtos e serviços é um dos principais instrumentos utilizados pela vigilância sanitária para a proteção e promoção da saúde da população. É considerada importante ferramenta para o controle sanitário, porque avalia a qualidade dos processos na obtenção de produtos e serviços seguros e eficazes, assumindo papel preponderante para o combate e a prevenção de práticas negligentes e ilegais que expõem a população a riscos e danos (BRASIL, 2003). Deveria ocorrer não somente como formalidade por ocasião da concessão de alvarás, mas voltar-se para os problemas de maior expressão sanitária e para a prevenção de problemas que requeiram acompanhamento contínuo. A Inspeção Sanitária, portanto, segundo o Ministério da Saúde, objetiva avaliar a garantia da qualidade dos produtos e serviços prestados, orientar para melhorias e intervir nas irregularidades, visando à prevenção.

A Portaria 2473/2003 define os requisitos básicos a serem considerados para o planejamento de ações de inspeção sanitária:

- I- Conhecimento e domínio da legislação sanitária inerente a cada área de inspeção por parte da equipe encarregada;
- II- Padronização de procedimentos por área objeto de inspeção;
- III- Padronização de instrumentos e roteiros específicos segundo a natureza do objeto e do local inspecionado com a incorporação da avaliação dos pontos críticos de controle relativos a cada tipo de estabelecimento;
- IV- Fluxo, periodicidade e frequência da inspeção por objeto e local inspecionado;
- V- Competência e composição técnica de equipe encarregada pela inspeção sanitária, preferencialmente equipes multidisciplinares, de forma a propiciar uma avaliação criteriosa e abrangente;
- VI- Formação e capacitação técnica de pessoal.

Eduardo (1998) aponta que estão sujeitos à fiscalização sanitária estabelecimentos públicos e privados como hospitais, postos ou casas de saúde, clínicas em geral, unidades médico-sanitárias, consultórios em geral e outras organizações afins; laboratórios de análise e de pesquisas clínicas, estabelecimentos hemoterápicos, bancos de leite humano, de olhos, de sangue e outros estabelecimentos afins; balneários, estâncias hidrominerais, termais, climatéricas, de repouso e outros congêneres; estabelecimentos, laboratórios, oficinas e serviços de óptica, de aparelhos ou material óptico, ortopédico, de prótese dentária, de aparelhos ou material para uso odontológico; institutos de estética, de ginástica, de fisioterapia e de reabilitação; gabinete ou serviços que utilizem radiação ionizante ou substâncias radioativas e outros locais onde se desenvolvem atividades comerciais e industriais, com a participação de profissões ou ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde.

O Decreto 77.052, de 19 de janeiro de 1976, que dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde, estabelece requisitos a serem observados nas inspeções com a seguinte redação:

- Art. 2º Para cumprimento do disposto neste Decreto as autoridades sanitárias mencionadas no artigo anterior, no desempenho da ação fiscalizadora, observarão os seguintes requisitos e condições:
- I - Capacidade legal do agente, através do exame dos documentos de habilitação inerentes ao seu âmbito profissional ou ocupacional,

compreendendo as formalidades intrínsecas e extrínsecas do diploma ou certificado respectivo, tais como, registro, expedição por estabelecimentos de ensino que funcionem oficialmente de acordo com as normas legais e regulamentares dos seus Titulares, quando for o caso, nos Conselhos Regionais pertinentes previstos na legislação federal básica de ensino.

II - Adequação das condições do ambiente onde se processa a atividade profissional, para a prática das ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

III - Existência de instalações, equipamentos e aparelhagem indispensáveis e condizentes com as suas finalidades, e em perfeito estado de funcionamento.

IV - Meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, pacientes, e dos circunstantes.

V - Métodos ou processos de tratamento dos pacientes, de acordo com critérios científicos e não vedados por lei, e técnicas de utilização dos equipamentos.

Percebe-se que, de modo geral, perdura ainda hoje a idéia de que vigilância sanitária é uma prática de fiscalização restrita às instalações físicas, à emissão de licenças ou alvarás, à verificação das habilitações profissionais e a outros fatores mais ligados a uma avaliação de estrutura, pejorativamente conhecida como “vigilância de piso e parede” ou “prática burocrática e cartorial”. A avaliação estrutural parte da premissa de que as instalações, equipamentos, higiene, etc., podem resultar em processos mais adequados, o que é uma verdade, porém não suficiente (EDUARDO, 1998). Devido a procedimentos cada vez mais invasivos, drogas potentes e cada vez mais tóxicas, formas complexas como se estruturam e operam as organizações, divisão em especialidades e subespecialidades médicas, dentre outros fatores, as organizações de atenção à saúde constituem um fator de risco não apenas aos seus usuários mas para os profissionais que nelas atuam. Leite (2007) considera que, diante destas novas características que assumem os serviços de saúde, a VISA necessita adequar-se para cumprir o papel de proteção da saúde, já que estes tem agregado cada vez mais novas tecnologias, acentuando a probabilidade de erros.

Além disso, segundo Eduardo (1998), há os fatores ligados à política de saúde, em que os sistemas de atenção à saúde sofrem da escassez de recursos financeiros, materiais, inadequação de recursos humanos, interesses mercantilistas, dentre outros, que podem prejudicar a qualidade técnica da prestação de serviços. Assim, segundo a autora, a Vigilância Sanitária das Organizações de Atenção à Saúde tem como objetivo garantir a qualidade técnica da prestação de serviços de saúde, evitando lesões e danos à

saúde e as iatrogenias médicas. Os conceitos de controle e garantia de qualidade vêm sendo introduzidos nos serviços de saúde, gerando práticas de auto-avaliação, mecanismos privados de acreditação dos serviços, dentre outros, que estimulam o aprimoramento das práticas de saúde.

Em razão de uma boa estrutura não garantir sozinha os resultados, Eduardo (1998) propõe como orientação às equipes de vigilância sanitária exemplos de modelos de avaliação que incorporam o conceito de qualidade para a avaliação de produtos e serviços. Sugere a avaliação composta pela tríade: estrutura, processo e resultado. No caso de clínicas ambulatoriais a autora sugere o seguinte roteiro de avaliação.

Na avaliação de estrutura, observar:

1. Alvará de utilização (para clínicas autônomas ou extra-hospitalares), projeto físico aprovado em conformidade com os requisitos exigidos pela legislação, como dimensões das áreas, fluxos, iluminação, ventilação, exaustão, sistemas de abastecimento de água, limpeza dos reservatórios e caixas d'água, destinação dos dejetos e tratamentos, destinação dos resíduos sólidos, como abrigos, transporte e destinação final, vetores, condições de higiene e limpeza, etc. Verificar na licença de funcionamento data de expedição e especialidades realizadas, classificação quanto aos portes, responsável técnico, etc.
2. Os equipamentos existentes, se registrados no Ministério da Saúde, em conformidade com requisitos técnicos e finalidades, condições de funcionamento, manutenção, etc.
3. Recursos humanos existentes quanto à quantidade e qualificação.
4. Meios de transporte: ambulância adequada quando for o caso, documentação, etc.
5. Verificar o setor de registro de estatísticas (SAME) do hospital.
6. Verificar a existência e condições de funcionamento e conservação de geradores, caldeiras, etc (EDUARDO, 1998, p.117).

Quanto aos recursos humanos, pode-se afirmar que, apesar de a regulação do exercício das profissões ter origem nas primeiras ações da “polícia sanitária” nos séculos XVIII e XIX no Brasil, atualmente, cabem aos conselhos de classe a fiscalização daqueles que exercem legalmente as profissões. Os conselhos profissionais têm tido o papel de regulamentar procedimentos e condutas que servem de referência para a atuação da VISA na fiscalização da qualidade dos serviços de saúde prestados. À Vigilância Sanitária, relativa ao exercício profissional, cabe o papel de fiscalização de estabelecimentos relacionados à saúde, verificando a habilitação legal, inscrição nos conselhos, títulos de especialização, quando for o caso, dos responsáveis técnicos,

substitutos legais e demais profissionais. Cabe ainda à Vigilância Sanitária verificar a inscrição da empresa e a anotação dos profissionais legalmente habilitados no conselho de classe referente à atividade básica da empresa (EDUARDO, 1998).

Na avaliação de processo a autora sugere verificar:

1. Condições de esterilização e desinfecção: procedimentos, métodos empregados (físicos e/ou químicos), produtos e equipamentos utilizados, controle de qualidade do processo, acondicionamento dos materiais, etc.
2. Operacionalização das CCIA e outras comissões, quando for o caso.
3. Manuais de condutas terapêuticas, procedimentos de rotina, manutenção, etc.
4. Relatórios de indicadores de saúde com número de pacientes por mês, total de saídas (altas e óbitos), taxas de mortalidade geral, taxas de infecção hospitalar/ambulatorial, número de cirurgias realizadas, porte, tipo e número de óbitos até o décimo dia após a realização das cirurgias, morbidade, etc.
5. Verificar técnicas utilizadas nos procedimentos médicos, nas várias unidades, se dentro dos padrões e comprovadas cientificamente, medicamentos utilizados, dentro da validade e em conformidade com a legislação, etc. (...)
6. Procedimentos de rotina como os executados pelos serviços de limpeza, desinfecção terminal e concorrente em todas as unidades da clínica, etc.
7. Procedimentos de enfermagem quanto a materiais e medicamentos utilizados, formas de aplicação ou uso, cuidados com procedimentos mais invasivos, etc.
8. Treinamentos realizados, frequência e conteúdo.
9. Condições do almoxarifado, da farmácia ou dispensário de medicamentos, se há controle de estoque e de prazos de validade, condições de limpeza e higiene, armazenamento, etc.
10. Condições da cozinha, do preparo de alimentos, qualidade, etc., quando for o caso (EDUARDO,1998,p.118)

Na avaliação de resultados, analisar:

1. Relatórios dos últimos três meses sobre produção, morbidade e mortalidade (quando for o caso).
2. Os indicadores anuais sobre percentuais de clínicas de alto e baixo risco epidemiológico no município.
3. A absorção pelos prestadores das recomendações e exigências técnicas feitas pela Vigilância Sanitária nas visitas sucessivas.
4. A incorporação, por parte dos prestadores, de programas de controle e garantia de qualidade.
5. O percentual anual de orientações realizadas, multas aplicadas, apreensões de produtos, interdições de alas ou dos estabelecimentos, dentre outros (EDUARDO,1998,p.119).

A seguir serão apresentados estudos e pesquisas que apontam para a realidade do funcionamento dos setores de VISA no Brasil.

5.4.UM PANORAMA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

Sabe-se que as atividades de Vigilância Sanitária, embora muito antigas no Brasil, atualmente estão sendo executadas de forma bastante distante do ideal. Para Fonseca (2011), a atividade de planejamento das ações de vigilância sanitária deveria partir do reconhecimento da área geográfica de abrangência, mapeamento dos problemas locais e eleição de prioridades com base em fontes de informação como: denúncias, questionários, relatórios, censo de estabelecimentos. A partir de um diagnóstico situacional seria possível priorizar ações, definir objetivos e programas, organizar recursos, articular com outros setores internos e externos ações e tomada de decisões com o foco em atender as necessidades de saúde de uma população. Além disso, um plano de ações bem elaborado deveria incluir não apenas as funções de fiscalização, mas também de caráter educacional e de conscientização da população, envolvendo a comunidade, os prestadores de serviços, produtores, profissionais da saúde e todos aqueles que estejam envolvidos na programação de ações da VISA (FONSECA, 2011).

Eduardo, em 1998, afirmou que apesar das modificações em seus enfoques conceituais nos últimos dois séculos, e da ampliação de seu campo de atuação mais recentemente, a prática de vigilância sanitária mantinha suas características mais antigas, especialmente as atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, na observação do fato, no licenciamento de estabelecimentos, no julgamento de irregularidades e na aplicação de penalidades, funções decorrentes do seu poder de polícia. Segundo Eduardo (1998), suas outras características, normativa e educativa, representam um importante passo na evolução de uma consciência sanitária e em sua finalidade de defesa do direito do consumidor e da cidadania. No entanto, a autora afirmou que a atuação da vigilância sanitária, especialmente no âmbito dos municípios, estava resumida ao atendimento das demandas espontâneas, isto é, sem planejamento nem programação.

Além da referida ênfase na fiscalização e licenciamento de estabelecimentos, outra característica do trabalho em Vigilância Sanitária parece ser a precariedade. Para Lucchese (2001), a análise que se faz da vigilância sanitária brasileira – seja no trabalho

formal dos autores que a estudam, nas apreciações informais dos empresários que são seus clientes, nos relatos dos técnicos dos diferentes níveis de governo que nela trabalham, ou, ainda, pelos cidadãos e consumidores através de suas representações – é a de uma área de intervenção do Estado que funciona precariamente.

Em pesquisa realizada em oito municípios do Estado da Paraíba por Piovesan *et al.*, (2005), o território de ação das Vigilâncias pesquisadas, independentemente do porte do município, circunscrevia-se ao recebimento de denúncias e cadastramento de estabelecimentos, em boa parte (62,5%) desatualizado e em sua totalidade (100%) não informatizado. Além disso, a pesquisa constatou que 100% dos Serviços de Vigilância Sanitária não possuíam infraestrutura de suporte para a fiscalização, em 100% destes os técnicos não tinham acesso a fontes de consulta técnica, não havia clareza das atribuições por esfera de governo para 100% das equipes, 62,5% delas desconheciam as atribuições legais da própria VISA municipal, e 100% demonstraram não ter conhecimento integral do papel da Vigilância Sanitária.

As autoras constataram que as orientações e determinações eram predominantemente verbais e, no seu descumprimento, algumas VISAs evitavam os conflitos gerados pelas sanções, tendo justificado que caberia à Vigilância Sanitária “moderna” o papel de educar, não o de punir. Para as autoras, no entanto, comunicação e educação em saúde são fundamentais para as ações de Vigilância Sanitária, o que não excluiria o dever de aplicar sanções adequadas e necessárias. Isto porque a população ainda conta, principalmente, com a intervenção do Estado para a sua proteção. Em decorrência da omissão do dever da VISA de preservar o interesse público por meio do controle sanitário, este acaba sendo efetuado pelo Ministério Público, que no Estado da Paraíba estaria ocupado com questões como criação de animais em perímetro urbano, falta de higiene em restaurantes etc.

Este estudo revelou como fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário, os seguintes: atribuições pouco definidas das instâncias de governo; abordagem fragmentada do campo de atuação; pouca articulação intra e interinstitucional; insuficiência de recursos humanos; baixa qualificação técnica dos profissionais; sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes; interferência político-partidária; falta de apoio político, assim como desmobilização e desinformação da sociedade.

Para Garibotti, Hennington, e Selli (2006) ainda se observa uma atuação da Vigilância Sanitária marcada pela visão parcial de risco, voltada eminentemente para o controle e fiscalização de produtos e serviços, excluindo de seu campo o ambiente e a saúde do trabalhador. As autoras observam que a maioria das administrações locais acabou incorporando a vigilância sanitária num conceito limitado, organizando os serviços de forma fragmentada, não promovendo a integração das áreas de atuação e muito menos o planejamento sobre as prioridades e necessidades de saúde. Em estudo com os trabalhadores de vigilância sanitária de três municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre que desenvolviam ações básicas de vigilância há no mínimo dois anos, constataram que a maioria dos trabalhadores não teve formação específica sequer para atuar na área da saúde e, muito menos, na vigilância sanitária. Segundo os relatos, o ofício foi aprendido na prática, na vivência dentro do serviço e por meio de iniciativa pessoal, pelo estudo da legislação sanitária, realização de cursos específicos etc. A formação dos profissionais de vigilância se dá num processo muitas vezes empírico, descontínuo e assistemático e, não raramente, sem comprometimento com o conhecimento técnico e eficácia da ação. Os serviços municipais pesquisados neste estudo, por unanimidade, apontaram o deficiente funcionamento da estrutura no nível estadual, incapaz de cumprir seu papel de cooperação técnica e financeira aos municípios sendo, portanto, a executora principal das ações de média e alta complexidades.

Apesar do fortalecimento dos serviços de vigilância sanitária nos últimos anos, a autonomia na busca da qualidade de produtos e serviços mediante o cumprimento das normas sanitárias é ainda restrita. Muitas ações têm repercussões econômicas e sociais que contrariam interesses de grupos locais ou intervêm em questões do âmbito de outras secretarias ou órgãos públicos. O serviço de vigilância sanitária passa a regular outros serviços públicos municipais (creches, asilos, unidades de saúde) e estaduais (como o sistema público de abastecimento de água) e, muitas vezes, os profissionais sofrem pressão político-administrativa por parte do poder executivo e/ou legislativo municipal (GARIBOTTI, HENNINGTON, e SELLI, 2006).

Um levantamento em 18 Estados e no Distrito Federal, divulgado por Lucchese nos relatórios de gestão 2000-2002 da ANVISA, apontou as principais deficiências dos sistemas estaduais de vigilância sanitária, em ordem de frequência:

1º) carência de recursos humanos especializados

- 2º) espaço físico insuficiente ou inadequado; e falta de transporte
- 3º) salários baixos
- 4º) insuficiência de sistema de informação; plano de carreira para a vigilância sanitária; e recursos para as fiscalizações (diárias, combustível, etc.)
- 5º) carência de cursos de especialização; e equipamentos
- 6º) precário suporte laboratorial; precária organização administrativa; e precária coordenação entre os níveis de governo.
- 7º) insuficiência de suporte jurídico; falta de código sanitário; legislação desatualizada; e marginalidade da vigilância sanitária na política de saúde.

Para Lucchese, este elenco de problemas expressa carências estruturais nos sistemas estaduais de VISA, historicamente determinadas e com equacionamento dependente de decisões políticas de certa profundidade, que envolvem conhecimento da área, responsabilização, governabilidade e recursos orçamentários.

Entre os principais problemas indicados pelos dirigentes das vigilâncias sanitárias municipais, foram apontados na pesquisa: qualificação do pessoal; autonomia administrativa; insuficiência de recursos financeiros; interferência política nas questões; desconhecimento da legislação; insuficiência de recursos humanos.

Lucchese (2001) faz referência à existência de uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), sob encomenda da ANVISA. Esta pesquisa foi realizada com uma amostra de 321 municípios estratificada por faixa de população e região geográfica, entre os meses de agosto e setembro de 2000. Entre outros dados, foi verificado que não possuem órgão municipal de vigilância sanitária 55% dos municípios de até 10 mil habitantes; 27% dos que têm entre 10 mil e 50 mil habitantes; e 15% dos que têm entre 50 mil e 100 mil habitantes. No geral, 68% dos municípios informaram possuir um órgão municipal de vigilância sanitária. Entretanto, 78% indicaram uma pessoa responsável pelas ações, o que quer dizer que, apesar de não terem o órgão formal, contam com alguém responsável.

A maioria dos municípios pesquisados, 72%, apontou qualificação do pessoal como a melhor estratégia para o aperfeiçoamento das vigilâncias sanitárias municipais. Maior autonomia para a vigilância sanitária foi a providência indicada em segundo lugar como estratégia para a melhoria das ações nessa área. A pesquisa também revelou,

segundo Lucchese, que os contratos dos trabalhadores são os mais diversos, desde o recrutamento por concurso, em especial nos municípios maiores, até os contratos administrativos e temporários em 22% dos municípios de menor porte. Aproximadamente, a metade (49%) dos municípios de até 10 mil habitantes e um pouco mais da metade dos municípios de até 50 mil habitantes (57%) contam com funcionários concursados em suas vigilâncias sanitárias. Vale dizer que cerca da metade dos municípios de até 50 mil habitantes não têm funcionários concursados em seus quadros de vigilância.

Para Eduardo (1998), a descentralização das ações de Vigilância Sanitária, é um grande desafio a ser vencido, uma vez que as secretarias estaduais e municipais (com exceção dos estados mais desenvolvidos) em geral, ainda não contam com número e a adequada qualificação de quadros profissionais para assumir a complexidade das novas funções que lhes são estabelecidas. De acordo com o Ministério da Saúde, nos diagnósticos sobre recursos humanos fica patente que o número de profissionais que atua na vigilância sanitária é insuficiente. Parte significativa desse contingente de trabalhadores é de nível médio, sem oportunidades de qualificação e está concentrado, em sua maioria, nas estruturas municipais de menor porte. Verifica-se, ainda, a diversificação dos tipos de vínculo, coexistindo distintas alternativas que variam do Regime Jurídico Único, até a terceirização (BRASIL, 2003). Aponta o Ministério da Saúde que a precarização nas relações de trabalho e a conseqüente rotatividade de mão-de-obra não é estruturante, não favorece à constituição de equipes e dificulta o desenvolvimento das ações e das práticas de gestão de recursos humanos. Contrariamente, a natureza das ações em vigilância sanitária requer a atuação de equipes multiprofissionais com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalho intersetorial.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de dezembro de 2011 e março de 2012 foi realizada a coleta dos dados disponíveis para a realização deste trabalho, após a autorização do Secretário Municipal da Saúde. Neste período foram realizadas as entrevistas com a enfermeira responsável técnica pela vigilância em saúde e com dois fiscais, sendo um deles fiscal sanitário e o outro fiscal municipal trabalhando no setor de vigilância sanitária.

Cabe mencionar que no ano de 2007 houve uma reforma administrativa no município de Igrejinha, a qual extinguiu concurso específico para fiscal sanitário e criou o cargo de fiscal municipal. Este profissional deveria ser responsável pelas fiscalizações de obras e posturas, meio ambiente, tributária e de vigilância sanitária, conforme a lei municipal 3.924 de 20 de dezembro de 2007.

O quadro abaixo apresenta os entrevistados:

	Cargo	Tempo de serviço no município	Tempo de atuação na VISA	Forma de contrato
Entrevistado 1	Fiscal Sanitário	14 anos	14 anos	Concurso
Entrevistado 2	Fiscal Municipal	5 anos	6 meses	Concurso
Entrevistado 3	Enfermeira Responsável Técnica pela Vigilância em Saúde	13 anos	4 anos	Inicialmente contrato emergencial. Concurso a partir de 2001

Quadro 1- Apresentação dos entrevistados
Elaborado pela autora

Nos contatos realizados com os profissionais da VISA, percebeu-se a dificuldade de obtenção de dados e registros, os quais não estavam disponíveis para uso interno no setor e para a pesquisa. Há falas contraditórias quanto à existência ou não de registros formais das fiscalizações e das solicitações de adequações, quando estas eram realizadas nas vistorias. No entanto, caso existam, estes registros não foram disponibilizados para esta pesquisa. O único dado quantitativo disponível, obtido de imediato da “memória”

de um fiscal, é de que nos últimos cinco anos não houve aplicação de multas ou interdições de serviços de saúde.

Segundo relato de um entrevistado, havia registros em um computador referentes as datas de validade dos alvarás. No entanto, através do programa de informática criado no próprio setor, os dados eram sobrepostos, o que ocasionava a perda dos dados iniciais, ou seja, a data da primeira vistoria em cada estabelecimento. Desta forma, por sua sugestão, foi protocolada solicitação ao Sr. Prefeito Municipal para a coleta de dados junto ao Departamento Fiscal. Este Departamento, de acordo com a já citada lei municipal nº3.924 de 20 de dezembro de 2007, deve manter cadastro de serviços para fins de tributação e de alvará de funcionamento, além de conceder a liberação do alvará sanitário. Assim, seria possível formar uma idéia aproximada do volume de fiscalizações realizadas anualmente pela Vigilância Sanitária. No entanto, até o término previsto para esta pesquisa, não houve resposta à solicitação via protocolo.

Entende-se que a dificuldade de acesso aos dados ou a inexistência destes, dificultam o trabalho desenvolvido na Vigilância Sanitária. Conforme o Ministério da Saúde, na Portaria 2473 de 2003,

A consolidação de um sistema de informações em vigilância sanitária é uma necessidade estratégica dada a dimensão que essa área representa para a saúde pública. A tomada de decisão em tempo hábil e a implementação de políticas sanitárias devem estar apoiadas em informações oportunas e confiáveis, que possibilitem uma maior integração entre os três entes federados, proporcionando a estes um processo de crítica permanente de causas e conseqüências, além de assegurar transparência e efetivo controle social das práticas sanitárias. Por outro lado, a organização e o planejamento das ações de vigilância sanitária requerem a existência de um cadastro atualizado de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, em cada local. Estes cadastros devem ser sistematicamente atualizados de tal modo que os dados possam ser compartilhados pelos gestores e as informações sejam corretas e verdadeiras. Atualmente não existe um cadastro confiável o que gera uma série de distorções quanto aos dados utilizados pelos agentes locais para elaborarem seu planejamento de curto, médio ou longo prazos. O resultado dessa desinformação é a divergência constante das informações existentes nos Estados, Municípios e Distrito Federal sobre o grau de cobertura obtida com as inspeções realizadas.

A falta de dados, aliada a outras dificuldades no trabalho, gera a percepção por parte de um dos entrevistados de não haver planejamento e direcionamento nas ações da Vigilância. Esta visão é compartilhada por um colega e expressa na fala: “cada um trabalha do seu jeito”. O entrevistado entende ser necessário criar protocolos,

“formalizando” o trabalho. Afirmou que as vistorias até então são realizadas sem o preenchimento de qualquer documento e as orientações são dadas verbalmente. Ressaltou que há um formulário, adaptado de outro fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde, o qual pretende futuramente utilizar em seu trabalho (formulário anexo).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Igrejinha conta com 41 estabelecimentos de saúde, sendo 25 privados e 16 públicos, dentre estes 14 mantidos pela Prefeitura Municipal. Os demais são a APAE e o Hospital Bom Pastor. De acordo com os entrevistados, existem no município mais estabelecimentos além destes cadastrados, embora não seja possível precisar o número, pelas razões já expostas.

A falta de planejamento nas ações da Vigilância parece estar associada ao fato de que muito tempo do trabalho dos fiscais é investido na averiguação de denúncias, as quais, muitas vezes, não seriam de competência da VISA. A denúncia e a solicitação de alvará após o pagamento de taxa na Prefeitura Municipal são atualmente os disparadores das ações da Vigilância Sanitária, segundo os entrevistados. Um destes afirmou ser necessário mudar o foco do trabalho, saindo do papel que define como “polícia”, referindo-se ao fato de que a VISA não deveria interceder em conflitos entre vizinhos em razão de animais, lixo, etc.

Após a análise do conteúdo das entrevistas, as respostas foram categorizadas em 4 grupos principais, conforme quadro abaixo.

Ao lado do conteúdo, o número de ocorrências.

Composição da equipe	<p>“Nesta sala tem eu, a M, que é a coordenadora, aquela é a mesa da nutricionista (...) mas ela faz o Bolsa Família. O P. vai sair e vou ficar só eu”. (1)</p> <p>“Eu sou responsável técnica pela vigilância em saúde (...) então eu acompanho mas não coordeno o trabalho dos guris, isso é com eles. (...) agora o P.(fiscal) está saindo. Nós temos aqui uma nutricionista que presta auxílio eventualmente, um veterinário e uma bióloga”.(1)</p> <p>“A equipe hoje conta com dois técnicos de nível médio e um coordenador de nível superior graduado em enfermagem. Então a equipe está defasada de profissionais de outras áreas”(1) (segue)</p>
----------------------	---

“A nutricionista foi dar uma palestra junto com o fiscal, mas ela faz o Bolsa Família”(1).

Fiscalização dos serviços de saúde

Com a descentralização das ações o município tem se responsabilizado cada vez por mais tarefas, não tendo estrutura para desempenhá-las de forma adequada, embora haja apoio dos técnicos do Estado e pactuações (2).

Sobre os estabelecimentos públicos municipais a VISA atua fiscalizando e orientando dentro do possível, mas não possui na equipe o profissional adequado para avaliar certos estabelecimentos (1).

O Estado se omite e deveria fiscalizar o município, mas não faz. O município é o gestor do serviço e não poderia se autofiscalizar (1).

Os serviços mantidos pelo poder público não são fiscalizados. (1)

O serviço consegue fazer as vistorias para concessão de alvará sanitário, não conseguindo retornar anualmente ou para verificar adequações solicitadas. (1)

O serviço faz as vistorias para concessão de alvará sanitário, retornando ao local para verificar adequações, além de notificar estabelecimentos que não solicitam renovação do alvará anualmente. (1)

Nas fiscalizações são verificadas a estrutura física, equipamentos. (2)

São observadas a higiene e processos de esterilização de materiais.(1)

É exigida cópia da carteira profissional (1).

Na maioria dos casos os serviços de saúde estão adequados (2).

Geriatrias são os serviços com mais problemas e nunca conseguem se adequar. *(2)

Os dados dos alvarás estão armazenados no setor em pastas físicas e pastas virtuais no computador (1) (segue)

	<p>As vistorias não tem registro escrito e são dadas orientações verbais. (1)</p> <p>Nunca foi emitido auto de multa: ênfase na função educativa da VISA. (1)</p>
Problemas identificados no setor	<p>Aumento do número de estabelecimentos a fiscalizar. (1)</p> <p>Trocas de funcionários. (1)</p> <p>Redução do pessoal ao longo dos anos. (2)</p> <p>Interferência política no trabalho. (2)</p> <p>Falta de autonomia na gestão do serviço. (1)</p> <p>Carência de dados sobre fiscalizações anteriores (informalidade do trabalho). (1)</p> <p>Conflitos na equipe. (1)</p> <p>Falta de estrutura de trabalho (computador, veículo, impressora adequada). (3)</p> <p>Excesso de tempo investido na averiguação de denúncias (2).</p> <p>Exposição do fiscal a ameaças e intimidações de pessoas que tem os alvarás negados. (1)</p>
Sugestões de melhorias	<p>Criação de um sistema em rede com a Prefeitura. (2)</p> <p>Criação de um programa para armazenamento de dados. (1)</p> <p>Constituição de uma equipe multidisciplinar. (1)</p> <p>Cumprimento da lei que determina a expedição do alvará sanitário no Departamento Fiscal. (2)</p> <p>Criação de coordenação específica para a vigilância sanitária. (1)</p> <p>Contratação de mais fiscais. (1)</p>

*São citadas pelos entrevistados embora não sejam consideradas como serviços de saúde para este trabalho.

Quadro 2- Categorização das respostas
Elaborado pela autora

É possível verificar que há entre os entrevistados percepções diferenciadas quanto ao consideram a equipe de trabalho da Vigilância Sanitária e sobre como tem ocorrido de fato as fiscalizações. Ao mesmo tempo em que um entrevistado refere a necessidade de haver uma equipe multidisciplinar, o outro faz referência à existência de profissionais de formações diversas. Dois entrevistados referem-se a uma coordenação, o outro a uma responsabilidade técnica apenas perante o Estado, não havendo coordenação no setor. Estas diferentes maneiras de percepção da realidade e do cotidiano do trabalho refletem que há profissionais no município atuando junto à VISA de diferentes formas, mas fragmentadamente, não constituindo de fato uma equipe de trabalho que se reconheça como tal e planeje conjuntamente. A fala “a nutricionista foi dar uma palestra junto com o fiscal, mas ela faz o Bolsa Família” exemplifica esta questão.

Todos os entrevistados são concursados. No entanto, mesmo com a estabilidade que a forma de contratação lhes proporciona, apontam a necessidade de serem “conciliadores”, já que há pressão e interferências políticas em seu trabalho, o qual requer bom-senso, além de conhecimento técnico. Os trabalhadores de Igrejinha, em sua percepção, somam-se a inúmeros outros trabalhadores de VISA no Brasil, conforme citado no estudo de Garibotti, Hennington, e Selli, (2006) e nos relatórios de gestão da ANVISA (2001-2002). Conforme as autoras, muitas vezes os profissionais sofrem pressão político-administrativa, pois algumas ações da VISA intervêm em questões do âmbito de outras secretarias ou órgãos públicos, além de o serviço de VISA regular outros serviços públicos municipais.

Percebe-se na fala dos entrevistados que há percepções diferenciadas na equipe também quanto às incumbências que a VISA tem conseguido executar e sobre o que, de fato, seria competência do município. Há dificuldade por parte do município de arcar com as demandas após a descentralização das ações da Vigilância Sanitária. Embora haja pactuações com a Vigilância Sanitária Estadual, há evidências de sua fragilidade e dificuldade de execução, principalmente no que se refere aos serviços públicos mantidos pelo município. Exemplo disso é o fato de um dos entrevistados ter referido que as fiscalizações destes serviços deveriam ser feitas pela VISA Estadual. Aponta como justificativas o fato de a VISA municipal não contar com os profissionais adequados, além de a VISA estadual ter mais “força fiscalizadora” para fazer exigências aos gestores municipais visto que o município não poderia se autofiscalizar. Neste

aspecto, é necessário apontar a evidente contradição expressa no quadro 2 (categorização das respostas) quanto à existência ou não de fiscalizações da VISA municipal nestes serviços. Embora seja notável o conflito na equipe referente a este tema, a resolução 030 da CIB – Comissão Intergestores Bipartite, de 2004, define de forma clara, em seu artigo segundo, que todos os municípios deverão desenvolver as ações da VISA em estabelecimentos de baixa complexidade, tais como postos de saúde, ambulatórios de enfermagem, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros.

De modo geral, nas fiscalizações de serviços de saúde em Igrejinha são observadas a área física e equipamentos, além de higiene e processos de esterilização de materiais. Não foi citada por nenhum dos entrevistados a observação de métodos ou processos de tratamento dos pacientes, de acordo com critérios científicos e não vedados por lei, conforme prevê o Decreto nº 77.052, de 1976. Não são avaliadas as condutas terapêuticas, relatórios de indicadores de saúde, e recursos humanos existentes quanto a quantidade e qualificação. Percebe-se que as fiscalizações privilegiam as questões referentes à estrutura física, negligenciando a averiguação da adequação e legalidade das condutas técnicas, ou seja, dos procedimentos a que são submetidos os usuários dos serviços e seus resultados. Este modelo de fiscalização da VISA de Igrejinha não se difere do que ocorre em outros municípios e estados brasileiros, como referido anteriormente.

O dado referente a não existência de aplicação de penalidades e interdições à estabelecimentos de saúde nos últimos anos é justificado por um fiscal como consequência de uma visão mais educativa e menos punitiva da Vigilância Sanitária moderna. No entanto, outros fatores podem estar contribuindo para esta forma de atuação: a falta de registros escritos das fiscalizações, a dificuldade de retornar aos locais para averiguação após solicitação de adequações, as interferências políticas (ou o receio de sua existência).

Por todo o exposto, conclui-se que a fiscalização dos serviços de saúde não está implementada integralmente em Igrejinha. As fiscalizações ocorrem a partir da solicitação da concessão do alvará sanitário. No entanto, embora haja contradições na fala dos entrevistados, nem sempre as fiscalizações são contínuas nos estabelecimentos. Observa-se também que as mesmas privilegiam aspectos do ambiente físico, deixando de contemplar aspectos referentes aos procedimentos realizados pelos serviços, bem como seus resultados. O conteúdo das entrevistas revela que os serviços

de saúde mantidos pelo município não recebem fiscalização, ou que ela existe de forma deficiente, pois há serviços que a equipe não tem condições técnicas de avaliar. Embora esta questão pudesse ser esclarecida caso houvesse registros formais das fiscalizações, as entrevistas sugerem uma atuação distinta da Vigilância Sanitária nos serviços públicos e privados. Isto porque, mesmo sem as condições técnicas ideais, as vistorias para concessão de alvarás em estabelecimentos privados de baixa complexidade são realizadas.

Percebe-se que a VISA de Igrejinha tem características, problemas e conflitos bastante similares aos serviços de outros municípios brasileiros. A falta de recursos humanos, equipamentos, autonomia, qualificação técnica e a interferência política também estão presentes no município pesquisado, contribuindo como fatores causadores da deficiência nas fiscalizações dos serviços de saúde.

Sobre as potencialidades identificadas no setor pesquisado, pode-se afirmar que os profissionais, de modo geral, identificam problemas com clareza e pensam sobre as alternativas possíveis para a solução de suas dificuldades. Há um planejamento incipiente por parte da equipe, que pretende formalizar algumas etapas de seu processo de trabalho e encontrar o foco de suas ações. Quanto aos recursos humanos, apresenta-se bastante positivo o fato de o setor contar com profissionais concursados, o que teoricamente asseguraria menor rotatividade de profissionais e maior autonomia, além de reduzir interferências externas e pressões no trabalho. De Seta, Reis e Delamarque (2010) afirmam que o trabalhador da VISA precisa ser um agente público investido na função, pois caso contrário, seus atos administrativos podem ser anulados administrativa ou judicialmente. Isso decorre do fato de seu trabalho estar submetido aos preceitos da Administração Pública. No entanto, conforme já apresentado neste trabalho, o MS reconhece que, de forma geral no Brasil, há diversificação dos tipos de vínculo, coexistindo distintas alternativas que variam do Regime Jurídico Único, até a terceirização. Além disso, estudos apontam que cerca da metade dos municípios de até 50 mil habitantes não têm funcionários concursados em seus quadros de vigilância. Constatou-se ainda que há recursos humanos de nível superior no município, os quais poderiam ser melhor aproveitados caso houvesse gestão adequada na Vigilância Sanitária, definindo entre outras coisas, quem constitui a equipe de trabalho.

Cabe ressaltar que a legislação municipal que estabelece as competências dos órgãos da administração (Lei 3.924/2007) não define com clareza as funções

relacionadas à VISA. Algumas atribuições se confundem com as competências do Departamento Fiscal, além de estarem definidas de uma forma que tem gerado diferentes interpretações entre os trabalhadores. Um exemplo seria o fato de que, diante da lei, compete ao Departamento Fiscal “prevenir e eliminar riscos à saúde...” e “proceder ao controle de estabelecimentos (...) ou serviços diretamente relacionados à saúde, procedendo à inspeção e vistoria periódica, à liberação anual de alvará sanitário...”. Ao setor de VISA caberia “elaborar pareceres descritivos e encaminhar ao setor responsável pela liberação e renovação de alvarás...”. A relação entre estes dois setores, VISA e Departamento Fiscal, necessitaria maior atenção da gestão municipal. Um dos entrevistados apontou a necessidade de cumprimento da lei no que se refere à liberação do alvará sanitário, que hoje tem ocorrido na própria VISA, como forma de não exposição dos fiscais à ameaças e pressões. Por outro lado, é possível que o Departamento Fiscal mantenha um cadastro dos estabelecimentos, além de outros dados, que poderiam ser de grande utilidade no planejamento das ações da VISA. No entanto, esta verificação não foi possível, visto que a solicitação ao Sr. Prefeito não foi respondida, conforme dito anteriormente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou, além de responder aos objetivos inicialmente propostos, demonstrar a importância das ações da Vigilância Sanitária na proteção da saúde da população. Conseqüentemente, diante da responsabilidade cada vez maior que a descentralização impõe ao município, é necessário que este amplie as discussões a respeito da VISA, buscando o aprimoramento constante do setor. Sabe-se que os serviços de VISA no Brasil estão muito distantes do que seria considerado ideal. Faltam recursos humanos e materiais, há dificuldades na gestão decorrentes da falta de planejamento das ações ou falta de conhecimento técnico etc. A VISA do município de Igrejinha apresenta problemas em seu funcionamento, os quais foram citados neste trabalho como bastante similares aos de outros municípios. Sabe-se também que os sistemas de informação em nosso país, de modo geral, não são completamente confiáveis, já que há falta de dados e registros. Este é o caso do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que conta com um sub-registro dos estabelecimentos de saúde de Igrejinha. Este cadastro, que deveria conter todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados, poderia se constituir como uma importante ferramenta de gestão, contribuindo com o planejamento e a implantação de políticas de saúde adequadas para cada território.

A partir dos dados coletados neste trabalho, sugere-se que haja a formação de uma equipe multidisciplinar para constituir a VISA, com autonomia e apoio da gestão para desempenhar seu trabalho e superar seus conflitos. Esta equipe necessita planejar suas atividades baseando-se em um diagnóstico da realidade local e, para tal, precisa estar habituada a manter atualizados e acessar sistemas de informação. Desta forma, seria possível para os trabalhadores desenvolverem maior consenso sobre seu trabalho, reduzindo as discrepâncias apresentadas nos resultados desta pesquisa. Uma equipe coesa se torna mais fortalecida e apta a realizar um bom trabalho, neste caso, beneficiando a toda comunidade igrejinense. Conforme dito anteriormente, também merece a atenção da gestão a relação entre os setores de VISA e Departamento Fiscal, pois os dados armazenados por este último podem servir como base para o planejamento das ações de vigilância sanitária. Além disto, as funções de cada um destes setores necessitam ser melhor definidas.

Infelizmente a carência de dados também tornou-se um fator limitador para a realização desta pesquisa, a qual centrou-se basicamente nas informações referidas pelos trabalhadores nas entrevistas. Desta forma, além de haver poucos entrevistados, percebe-se que a forma como estes receberam as perguntas, talvez percebendo a pesquisa como avaliação do seu trabalho, pode ter contribuído para as contradições expressas nos resultados. No entanto, espera-se que seja iniciado um processo de modificação da realidade pesquisada a partir dos resultados encontrados, e que novas pesquisas possam ser realizadas como forma de acompanhamento do trabalho desenvolvido pela VISA.

REFERÊNCIAS

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese: Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, vol.2, nº1. Janeiro-julho de 2005, p.68-80. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em 02.fev.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/B_OLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em 19. dez 2011.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Relatórios de Gestão 2000-2002**. Disponível em:<http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/c_onavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf>. Acesso em 03 jan. 2012.

_____. **Lei8080\90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 08. dez 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.203 de 05 de novembro de 1996**. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 9.dez.2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.565 de 26 de agosto de 1994**. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Portarias/port_156....> .Acesso em 27.dez.2011.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=431010&NomeEstado=>>. Acesso em 06 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96**. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em 21.jan.2012.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Decreto nº 77052. 19 de janeiro de 1976**. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/legis/decretos/77052_76.htm>. Acesso em 21.jan.2012.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. **Resolução RDC nº 63. 25 de novembro de 2011**. Disponível em: <<http://www.abcdt.org.br/>> Acesso em 21.jan.2012.

BATTESINI, Marcelo. **Método Multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária**: uma aplicação em nível municipal. 2008. Tese (Doutoramento). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Escola de Engenharia. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15545/000686575.pdf?sequence=1>> . Acesso em 27.dez 2011.

COSTA, Ediná A. **Vigilância Sanitária, saúde e cidadania**. In: CAMPOS, Francisco; WERNECK, Gustavo; TONON, Lídia. (Org). Cadernos de Saúde, Belo Horizonte, 2001. P.13-27. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cad_saude/cad_saude4.pdf>. Acesso em 17.jan.2012.

COSTA, Ediná A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUARIOL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org). **Epidemiologia e Saúde**. São Paulo, Ed. Medsi, 2003. p. 357-387.

DE SETA, M; REIS, L; DELAMARQUE, E. **Gestão da Vigilância à Saúde**. Universidade Aberta do Brasil. Programa Nacional de Formação em Administração Pública. CAPES, 2010.

EDUARDO, Maria Bernardete; MIRANDA, Isaura Cristina (colaboradora). **Vigilância Sanitária**. Projeto Saúde & Cidadania. São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/edu001.pdf>>. Acesso em 27.dez 2011.

FONSECA, Emílio P. **Construção da Consciência Sanitária**. Abril de 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/costrucao-da-consciencia-sanitaria/64466/>>. Acesso em 03 dez 2011.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, É.; SELLI, L. **A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de Vigilância Sanitária**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/17.pdf>>. Acesso em 27.dez.2011.

GONÇALVES, José Artur T. **O Design do Estudo de Caso**. Junho de 2008. Disponível em:<<http://metodologiadapesquisa.blogspot.com/2008/06/o-design-do-estudo-de-caso.html>>. Acesso em 08.mar.2012

LEITE, Handerson Jorge Dourado. **Vigilância Sanitária em serviços de saúde: risco e proteção da saúde em serviços de hemodiálise**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, dez 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2008-07-17T084419Z-613/Publico/Tese%20Handerson.pdf>. Acesso em 03.jan.2012.

LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e Regulação Sanitária – Os Rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. Agosto, 2001. Tese (Curso de Doutorado em Saúde Pública). ENSP-FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/VISA/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf>. Acesso em 03.jan 2012.

PIOVESAN, Márcia F. *et al.* **Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf>>. Acesso em 27.dez.2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA. **Lei nº3.924**. 20 de dezembro de 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA. Homepage na internet. Disponível em:<<http://www.igrejinha.rs.gov.br>>. Acesso em 08.mar 2012.


SILVEIRA, L.C. **Ciência, tecnologia, inovação e vigilância sanitária**. 2006. Tese de Mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

SOUZA, Gisélia S.; COSTA, Ediná A. **Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a08.pdf>>. Acesso em 27.dez 2011.

VENTURA, Magda M. **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa**. *Revista SOCERJ*. Rio de Janeiro, setembro-outubro de 2007, p.383-386. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2012.

VIEIRA DA SILVA, L.M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HATZ, ZMA; VIEIRA DA SILVA, L.M (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.p.15-39.

ANEXO A – ROTEIRO DE INSPEÇÃO/CONSULTÓRIOS

	<p>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</p>
---	--

ROTEIRO DE INSPEÇÃO / CONSULTÓRIOS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:		Processo n°:	
Endereço:		Bairro:	
Município: IGREJINHA	CEP: 95650-000	Grau de Risco:	
Ramo de Atividade:			
CNPJ:	Fone:	Data:	Hora:
Situação do Estabelecimento		Resp. Técnico:	
Alvará vencido	Sem alvará	Registro N°:	
Alvará atualização	Alvará Inicial		

SITUAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Prédio de Alvenaria	Iluminação/natural-artificial	Projeto aprovado
Possui Cx D'água	Ventilação/natural-artificial	Refeitório
Data da última limpeza	Abastecimento de água tratada	Rede pública
Existe ligação direta com dependência destinadas a uso residencial		
O estabelecimento realiza periodicamente a desinsetização e a desratização, por empresa credenciada na SMS		
Existe certificado de desinsetização e desratização no estabelecimento		

EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS

Os equipamentos são dotados de superfície lisa e de fácil limpeza	em condições de limpeza e organizados
	em bom estado de conservação/funcionamento
Móveis (mesas, bancadas, balcões, etc), estão com as superfícies integras e em bom estado de conservação e limpeza	São em numero suficiente, de material resistente, liso e impermeável
Os utensílios são de material não contaminante, lisos, que permitam fácil limpeza	
Geladeira em bom funcionamento / Temperatura entre +2 e +8 °C / Possui termômetro para medir temperatura	

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Estufa	Autoclave	Manual	Faz uso de água quente para lavagem
--------	-----------	--------	-------------------------------------

MATERIAIS UTILIZADOS

Existe depósito exclusivo	Utiliza materiais descartáveis
O lixo contaminado esta acondicionado em sacos plásticos, dentro de coletores adequados com tampa, em local apropriado	
Medicamentos e vacinas estão dentro do prazo de validade e armazenados em local apropriado	

INSTALAÇÕES

O forro é adequado (pvc, alvenaria, gesso), de cor clara, s/frestas	em perfeitas condições de limpeza
As paredes são de material adequado, liso, de fácil limpeza	em perfeitas condições de limpeza
Os pisos são de material adequado, liso, impermeável, s/falhas	em perfeitas condições de limpeza
Sanitários estão providos de sabão líquido, papel toalha e escova para unhas	
Existe lavatório exclusivo dentro do consultório médico	
A sala de espera e recepção estão adequadas proporcionando conforto e bem estar aos pacientes	

AREA EXTERNAS

Criação de animais (quais)	
Existência de outras contaminações	
O estabelecimento esta livre da presença de animais e objetos estranhos a atividade	

COMENTÁRIOS

Responsável pela Inspeção

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DA VISA DE IGREJINHA

- Qual o seu nome e sua função na Vigilância Sanitária do município de Igrejinha?
- Qual sua forma de contratação? Há quanto tempo trabalha no setor?
- Quais são as atribuições da VISA no município?
- Como é disparada a atuação da VISA?
- Como ocorre a atuação da VISA quanto à fiscalização dos serviços de saúde no município?
- Quais as dificuldades enfrentadas no seu trabalho? O que poderia ser feito para melhorar a atuação da VISA?

ANEXO C – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO NO TRABALHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: A Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde – a realidade do município de Igrejinha.

Pesquisador responsável: Tatiana Lopes de Albuquerque

Instituição/Departamento: UFRGS

Telefone para contato: 9701-1413

Local da coleta de dados: Vigilância Sanitária de Igrejinha

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar da pesquisa intitulada A Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde – a realidade do município de Igrejinha, desenvolvida como trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão de Saúde da UFRGS. Fui informado(a), ainda, de que o trabalho é realizado por Tatiana Lopes de Albuquerque, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 9701-1413 ou e-mail [tatibuquerque @ibest.com.br](mailto:tatibuquerque@ibest.com.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar se as ações da Vigilância Sanitária de Igrejinha estão implementadas no que diz respeito à fiscalização dos serviços de saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de responder à entrevista sobre questões envolvendo o meu trabalho na VISA de Igrejinha e autorizar que os dados coletados sejam incluídos no trabalho. Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, pretendendo contribuir para a melhoria do serviço em questão.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da entrevista realizada.

Igrejinha, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO D – RESOLUÇÃO 030/04 CIB/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE RESOLUÇÃO N.º 030/04 - CIB / RS

A Comissão Intergestores Bipartite/RS, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a proteção e promoção de saúde da população como responsabilidade direta dos órgãos de vigilância sanitária;

o processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, estabelecido na Lei nº 8080/90 ;

a pactuação das ações de baixa complexidade com todos os municípios do Estado que vem ocorrendo desde a NOB/96;

a definição do MS de que as ações consideradas BÁSICAS de Vigilância Sanitária serão pactuadas conjuntamente com as ações básicas de Vigilância em Saúde PPI-VS, estabelecidas na Port.GM nº2473/2003.

a necessidade de explicitar as ações básicas de Vigilância Sanitária ou de baixa complexidade e grau de risco , uma vez que as ações de média e alta complexidade estão definidas pela União (Port.GM nº2473/03).

RESOLVE:

Art. 1º- Definir como estabelecimentos de baixa complexidade, de acordo com o risco sanitário, aqueles constantes do Anexo I, conforme já descrito na Port.nº18 SAS/MS-1999 e anteriormente pactuado entre o Estado e municípios(1999).

Art. 2º- Estabelecer que todos os municípios do Estado deverão implantar, implementar e desenvolver as citadas ações de VISA em estabelecimentos de BAIXA COMPLEXIDADE (Anexo I) e outros que porventura possam ser incluídos neste nível, por decisão da CIT ou da CIB.

Art. 3º - Manter conforme Resolução CIB 130/2000 e Port.SES/RS nº34/2000, equipe mínima para Vigilância em Saúde, acrescida de 01 técnico de nível médio, concursado, a cada 300 estabelecimentos comerciais de alimentos, para atuar em VISA de baixa complexidade.

Art. 4º - Definir um prazo de 24 (vinte e quatro) meses para a adequação das equipes municipais a este novo critério, a contar da aprovação desta Resolução.

Art. 5º - Estabelecer que todos os municípios deverão apresentar trimestralmente, através do Relatório de Gestão, as ações desenvolvidas. Deverão manter arquivados os registros dos relatórios de inspeção e alvarás dos estabelecimentos previstos no ANEXO 1, assim como cadastro de todos estabelecimentos sob VISA a ser elaborado com vistas à implantação do SINAVISA.

Art. 6º - A SES/RS regulamentará, no que couber, o disposto nesta Resolução.

Art. 7º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 6 de outubro de 2004.

OSMAR GASPARINI TERRA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS
*Republicação por alteração

ANEXO I - RESOLUÇÃO Nº 030/04 CIB –RS

1. RELAÇÃO DE ATIVIDADES DE VISA PARA MUNICÍPIOS

- CADASTRAR TODOS OS ESTABELECIMENTOS SOB VISA
- LICENCIAR ESTABELECIMENTOS DE BAIXA COMPLEXIDADE (DE ACORDO C/ RELAÇÃO A SEGUIR)
- INSPECIONAR ESTABELECIMENTOS DE BAIXA COMPLEXIDADE (DE ACORDO C/ RELAÇÃO A SEGUIR)
- COLETAR AMOSTRAS DE PRODUTOS (DE ACORDO C/ RELAÇÃO A SEGUIR)
- AUTUAR ESTABELECIMENTOS DE BAIXA COMPLEXIDADE (DE ACORDO C/RELAÇÃO A SEGUIR)
- APREENDER PRODUTOS INADEQUADOS PARA CONSUMO OU EM SITUAÇÃO IRREGULAR (DE ACORDO C/ RELAÇÃO A SEGUIR)

2. RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE BAIXA COMPLEXIDADE (A NOMENCLATURA APRESENTADA É PADRÃO TENDO EM VISTA A IMPLANTAÇÃO DO SINAVISA)

ÁREA DE ÁGUA:

- RESERVATÓRIO DE ÁGUA POTÁVEL
- SISTEMAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO E PRIVADO
- SOLUÇÕES ALTERNATIVAS, COLETIVAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA
- SOLUÇÕES ALTERNATIVAS INDIVIDUAIS DE ABASTECIMENTO
- FIRMAS DE DESINFECÇÃO E LIMPEZA DE RESERVATÓRIOS DE ÁGUA

ÁREA DE COMÉRCIO DE ALIMENTOS:

- AÇOUGUE
- ALIMENTOS P/ PRONTA ENTREGA
- BAR
- BENEFICIADORES E/OU EMBALADORES DE GRÃOS E CEREAIS

- COMÉRCIO AMBULANTE
- COMÉRCIO ATACADISTA
- COMÉRCIO DE ALIMENTOS CONGELADOS
- COMÉRCIO DE BALAS, CHOCOLATES, CAMELOS E SIMILARES
- COMÉRCIO DE FRUTAS E HORTALIÇAS
- COMÉRCIO DE PRODUTOS DE CONFEITARIA
- COMÉRCIO DE PRODUTOS DE PANIFICAÇÃO (PADARIAS)
- COMÉRCIO DE SECOS E MOLHADOS
- COMÉRCIO DE SORVETES E GELADOS
- DEPÓSITO DE ALIMENTOS NÃO PERECÍVEIS
- DEPÓSITO DE ALIMENTOS PERECÍVEIS
- DEPÓSITO DE BEBIDAS
- DEPÓSITO DE SORVETES E GELADOS
- IMPORTADORA E DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS
- LANCHERIA
- PEIXARIA
- RESTAURANTE
- SUPERMERCADO
- HOTEL C/ REFEIÇÕES
- MOTEL C/ REFEIÇÕES
- TRANSPORTE DE ALIMENTOS

ÁREA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE:

- AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM
- POSTO DE SAÚDE/ AMBULATÓRIO
- SERVIÇO DE ULTRASSONOGRRAFIA
- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)
- CLÍNICA DE FISIATRIA
- CLINICA DE FISIOTERAPIA
- CLÍNICA DE VACINAS
- CLÍNICA MÉDICA SEM PROCEDIMENTOS
- CLÍNICA E/OU CONSULTÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA
- COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
- CONSULTÓRIO MÉDICO
- CONSULTÓRIO DE PSICOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE NUTRIÇÃO
- CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM RX
- CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM

ÁREA DE COSMÉTICOS E SANEANTES:

- EMPRESA DE TRANSPORTE
- DESINSETIZADORA E DESRATIZADORA
- DISTRIBUIDORA SEM FRACIONAMENTO
- COMÉRCIO EM GERAL

ÁREA DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE:

- ALBERGUES
- BARBEARIA
- CLÍNICA VETERINÁRIA
- CONSULTÓRIO VETERINÁRIO
- GABINETE DE PODÓLOGO/PEDICURE

- HOTÉIS-MOTÉIS-PENSÕES
- INSTITUTO DE BELEZA
- LAVANDERIA COMUM
- NECROTÉRIO- CEMITÉRIO –CREMATÓRIO
- RESIDENCIAL P/ IDOSOS
- SAUNAS
- SPAS
- SERVIÇO DE MASSOTERAPIA
- ÓTICA
- ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL
- ESTAÇÕES RODOVIÁRIAS E FERROVIÁRIAS

**3.PRODUTOS – COLETA DE AMOSTRA POR MUNICÍPIO NA GESTÃO
PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA**

- ÁGUA P/ CONSUMO HUMANO
- ALIMENTOS
- COSMÉTICOS E SANEANTES DOMISSANITÁRIOS