

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO
Mestrado em Administração Pública

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA: o processo de descentralização em Minas
Gerais**

Filipe Curzio Laguardia

Belo Horizonte
2017

FILIFE CURZIO LAGUARDIA

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA: o processo de descentralização em Minas
Gerais**

Dissertação apresentada para o programa de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho - EG/FJP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz.

Belo Horizonte

2017

L181v

Laguardia, Filipe Curzio.

Vigilância sanitária [manuscrito]: o processo de descentralização em Minas Gerais / Filipe Curzio Laguardia. -- 2017.

[5], 96 p. : il.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2017.

Orientador: Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz

Bibliografia: p. 93-99

1. Vigilância sanitária – descentralização – Minas Gerais. 2. Saúde pública – Minas Gerais. 3. Administração pública – Minas Gerais. I. Cruz, Marcus Vinícius Gonçalves da. II. Título.

614.3(815.1)

FILIPPE CURZIO LAGUARDIA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA: o processo de descentralização em Minas Gerais

Dissertação apresentada para o programa de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho - EG/FJP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Prof. Dr. Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz (Orientador) – Fundação João Pinheiro

Profa. Dra. Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes – Fundação João Pinheiro

Prof. Dr. Murilo Cássio Xavier Fabel – Fundação João Pinheiro

Profa. Dra. Eliete Albano de Azevedo Guimarães – Universidade Federal de São João
Del-Rei

Belo Horizonte, 31 de março de 2017

RESUMO

O controle sanitário é uma atividade típica de Estado que se faz presente nas diversas sociedades como uma das dimensões mais antigas e complexas da saúde pública. A descentralização das ações de vigilância sanitária foi determinada a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde. Este trabalho de pesquisa analisou como esse processo aconteceu no estado de Minas Gerais considerando seus fatores determinantes e condicionantes da descentralização de políticas sociais identificados e descritos nas dimensões institucionais, estruturais e políticas, nos termos de Arretche (2000). Trata-se de um estudo descritivo-analítico com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi feita por meio de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes chave abordando a política de descentralização da vigilância sanitária em Minas Gerais no período de 1988 a 2015. Após análise de conteúdo, os resultados evidenciaram que o processo em Minas Gerais acompanhou a trajetória institucional do setor no Brasil, inicialmente estruturando o serviço a nível estadual e nos grandes municípios através das políticas nacionais e seguindo para descentralização a todos os 853 municípios por meio do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. Foram identificadas fragilidades na estrutura dos municípios no que tange à capacidade de gestão financeira, disponibilidade de equipamentos para ações de rotina e efetividade dos processos de trabalho. Na perspectiva dos fatores de ação política, o projeto estadual de descentralização estabeleceu uma relação cooperativa entre estado e municípios, mas foi pontual na relação com a sociedade, sendo necessário avançar nos canais de comunicação e nas ações de educação sanitária para o cidadão.

Palavras-Chave: *vigilância em saúde, vigilância sanitária, descentralização, avaliação de programas e projetos de saúde. Minas Gerais.*

ABSTRACT

Sanitary control is a typical state activity that is present in the various societies as one of the oldest and most complex dimensions of public health. The decentralization of health surveillance actions was determined based on the Federal Constitution of 1988 and Law nº. 8.080 / 90, which regulated the Sistema Único de Saúde. This research analyzed how this process occurred in the state of Minas Gerais considering its social policies determinants in the institutional, structural and political dimensions, according to Arretche (2000). This is a descriptive-analytical study with a qualitative approach. The data collection was done through bibliographic research, documentary analysis and interviews with key informants addressing the policy of decentralization of sanitary surveillance in Minas Gerais from 1988 to 2015. After a content analysis, the results showed that the process in Minas Gerais followed the institutional trajectory of the sector in Brazil, initially structuring the service at the state level and in the large municipalities through national policies and following decentralization to all 853 municipalities through the Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. Fragilities have been identified in the structure of municipalities in terms of financial management capacity, availability of equipment for routine actions and effectiveness of work processes. In the perspective of the political action factors, the state decentralization project established a cooperative relationship between state and municipalities, but was punctual in the relationship with society, and it is necessary to move forward in communication channels and health education actions for the citizen.

Key-Words: *health surveillance, decentralization, evaluation of health programs and projects, Minas Gerais.*

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. O serviço público de vigilância sanitária.....	14
2.1. Conceito de serviço público e de vigilância sanitária.....	14
2.2. A natureza das ações de vigilância sanitária.....	18
2.3. O desenvolvimento das ações de vigilância sanitária.....	22
2.4. A vigilância sanitária no Brasil.....	25
3. Descentralização na vigilância sanitária.....	32
3.1. A descentralização político administrativa.....	32
3.2. O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária.....	35
4. Descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais.....	42
4.1. Período de 1988 a 1998 – a Constituição Federal e a criação do SUS.....	46
4.2. Período de 1999 a 2010 – a criação da ANVISA e a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.....	49
4.3. Período de 2011 a 2015 – o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.....	55
4.4. Resultados do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.....	70
4.5. O cenário atual da vigilância sanitária dos municípios mineiros.....	73
5. Discussão dos resultados.....	84
5.1. Fatores institucionais.....	84
5.2 Fatores estruturais.....	87
5.3 Fatores de ação política.....	89
6. Considerações finais.....	92
Referência bibliográfica.....	95
Apêndice I – Painel de Desafios.....	100
Apêndice II – Mapa Estratégico da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde ..	101

1. INTRODUÇÃO

O controle sanitário é uma atividade típica de Estado que se faz presente nas diversas sociedades como uma das dimensões mais antigas e complexas da saúde pública. No Brasil, a vigilância sanitária é uma das principais instituições responsáveis por este controle e tem sua trajetória começando ainda nos tempos de Colônia. Ao longo da história, este serviço enfrentou diversos problemas estruturais, mas sua importância foi reconhecida pela Constituição Federal de 1988 que estabeleceu um marco para a organização do serviço. Posteriormente, com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 os objetos de controle por parte da vigilância sanitária foram definidos, assim como seus objetivos de prevenção, promoção e proteção da saúde. Uma vez estabelecida como de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância sanitária segue os mesmos princípios e diretrizes do SUS, entre os quais está a descentralização do serviço (LUCCHESE, 2001; COSTA, 2003; CUNHA, 2007).

No entanto, uma das marcas da vigilância sanitária na década de 1990 foi sua instabilidade institucional e política, bem como a carência estrutural e insuficiência administrativa. Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999, o setor se reestruturou e o processo de descentralização ganhou força. Novas políticas públicas foram criadas possuindo financiamento e estratégias de pactuação próprias. A adesão de estados e municípios a essas políticas determinaram o início do processo de municipalização da vigilância sanitária. Evidentemente, ações da área já eram executadas pelos governos locais antes, mas a organização de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, regido pelos princípios e diretrizes do SUS e com as competências distribuídas entre os três níveis de gestão teve início neste período (LUCCHESE, 2001; COSTA *et al*, 2008; DE SETA & DAIN, 2010).

Minas Gerais, como um ente subnacional, se inseriu nesse esforço de descentralização, e mais do que isso, como gestor estadual ficou responsável pela coordenação do processo para os municípios de seu território. E é exatamente esse o ponto de interesse desta pesquisa, o processo de descentralização da vigilância sanitária em Minas Gerais.

Este estudo, portanto, tem como objetivo principal fazer uma análise do processo de descentralização da vigilância sanitária no estado de Minas Gerais em suas dimensões institucionais, estruturais e políticas. Como objetivos específicos a pesquisa procurou: i) descrever a trajetória institucional e estrutura organizacional da vigilância sanitária estadual; ii) analisar a adesão dos municípios mineiros às políticas nacionais de descentralização da vigilância sanitária e a atuação do estado como coordenador deste processo; e iii) descrever e analisar a política estadual de descentralização da vigilância sanitária e a consequente adesão dos municípios.

A pesquisa buscou abranger aspectos gerais do contexto da descentralização no estado analisando o papel dos fatores que influenciam nesse processo. Para Oliveira (2004) o método mais adequado para o pesquisador obter melhor entendimento a respeito do comportamento dos fatores que influem sobre determinados fenômenos é o estudo descritivo. Sendo assim, buscou-se realizar uma descrição clara e detalhada do processo de descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais.

A abordagem utilizada foi qualitativa, extrapolando seu escopo qualquer intenção de determinar o grau de descentralização ou fazer avaliações quantitativas e financeiras. Conforme Flick (2008), a legitimidade dos dados gerados em uma pesquisa qualitativa deve seguir critérios próprios de rigor científico. Paiva Jr, Leão & Mello (2011) discutem os critérios que a análise qualitativa tem utilizado para garantir a legitimidade das pesquisas em Administração, e apontam, além da ética que é sempre indispensável, os princípios da validade e da confiabilidade como ferramentas fundamentais para gerar a objetividade e o rigor necessários a uma boa pesquisa. Seguindo esses critérios e princípios, a pesquisa procurou, sempre que possível, a confirmação, por duas ou mais fontes, das informações obtidas para alcançar a legitimidade requerida.

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa seguiu um percurso metodológico baseado na análise de conteúdo que, segundo Vergara (2012), é adequado tanto para abordagens quantitativas quanto qualitativas e presta a fins exploratórios como também de verificação. Adaptando o modelo proposto pela autora à realidade deste estudo foram definidas 4 (quatro) etapas para o desenvolvimento da pesquisa. A primeira foi uma

revisão literária e normativa sobre os objetos de interesse, quais sejam: o serviço público de vigilância sanitária e a descentralização político-administrativa na vigilância sanitária em seu contexto nacional.

A segunda etapa tratou do levantamento de dados, desde a definição dos meios de coleta até a coleta dos dados em si. Seguindo os fundamentos metodológicos de Marconi & Lakatos (2010) as técnicas utilizadas nesta etapa foram a pesquisa bibliográfica, análise documental, análise de indicadores em base de dados secundária, sendo utilizada a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (IBGE, 2015) e entrevistas com informantes chave. Foram analisadas as legislações que dispuseram sobre os órgãos responsáveis pela saúde pública e o controle sanitário no estado desde a criação do serviço até o momento atual, sendo possível conhecer a estrutura organizacional do serviço de vigilância sanitária no estado de Minas Gerais e sua evolução institucional. Também foi realizado a análise de documentos oficiais que envolveu ferramentas de planejamento como projetos documentados, planos de ação, relatórios de gestão, o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) e as normativas relacionadas. Dessa forma, foi possível verificar como estado e municípios aderiram às políticas públicas nacionais de descentralização e como as políticas estaduais de descentralização se configuraram e os municípios aderiram a elas. Ademais, a análise dos dados do IBGE (2015) permitiu conhecer o cenário atual da estrutura político-administrativa das vigilâncias sanitárias municipais.

Para averiguação dos fatos encontrados e determinação de opiniões, sete profissionais com experiência de no mínimo dez anos no serviço de vigilância sanitária foram entrevistados como informantes chave. Buscou-se por pessoas que apresentassem pontos de vista múltiplos e que os três níveis de governo e o setor regulado estivessem representados. Assim, como o foco é o processo em Minas Gerais, todos os entrevistados envolvidos possuem experiência na gestão estadual, sendo que alguns deles acumulam experiências na gestão municipal, na gestão federal, na gestão estadual regional, e/ou atuando no setor regulado. Quando autorizado, as entrevistas foram registradas por meio de gravação, o que aconteceu em três casos. Para os demais o registro se deu por meio de anotação das respostas no momento da entrevista. Por sua

vez, a experiência do autor acumulada em 4 anos de serviço público na área também permitiu uma observação do processo a partir de seus conhecimentos e interesses no tema.

A coleta dos dados permitiu identificar três marcos importantes para a compreensão do processo de descentralização no estado sendo utilizados como linhas divisórias para apresentação dos resultados. O primeiro marco foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990 que instituíram e regulamentaram o SUS, reconheceram a importância da vigilância sanitária e determinaram a descentralização como diretriz do serviço. O segundo marco trata da criação da ANVISA em 1999, a quem foi atribuída a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e deu início às políticas nacionais específicas para descentralização das ações do setor. O terceiro marco foi a implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, quando uma política estadual com objetivo de efetivar a descentralização da área contou com adesão dos 853 municípios mineiros. Por se tratar da primeira política estadual de descentralização do setor com alcance universal, o Projeto de Fortalecimento recebeu especial atenção sendo realizada uma descrição mais detalhada das atividades de formulação, implantação e funcionamento da política, bem como de alguns de seus resultados até o ano de 2015.

A terceira etapa tratou da análise do conteúdo apresentado e as categorias de análise escolhidas para fazer a discussão dos resultados da pesquisa teve como base os fatores determinantes e condicionantes da descentralização de políticas sociais identificados e descritos nos estudos de Marta Arretche (2000), os quais são: fatores institucionais, fatores estruturais e fatores de ação política. De acordo com a autora, o processo de descentralização, por se tratar de transferência de atribuições de gestão, deve ser analisado sob uma perspectiva institucional e não apenas financeira, como é comum em muitos estudos no país.

A quarta etapa, finalmente, formulou as conclusões da pesquisa e permitiu descrever como esses fatores institucionais, estruturais e de ação política influenciaram o processo de descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho, foi possível também identificar no cenário nacional algumas pesquisas com temática semelhante e que influenciaram no percurso metodológico escolhido. Cohen (2009) analisou a descentralização da gestão da vigilância sanitária empreendida pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2002 a 2006 e as condições das secretarias municipais no exercício das respectivas funções. Marangon *et al.* (2010) analisaram as estratégias adotadas pela vigilância sanitária estadual de Mato Grosso na descentralização das ações para os municípios e as dificuldades encontradas no período de 1996 a 2005. Barreto e Guimarães (2011) analisaram os fatores que interferem na descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios de gestão plena do estado da Bahia no período de 2006 a 2007. Estes estudos demonstram a importância do tema e corroboram para situar esta dissertação como um trabalho de relevância para compreensão do processo de descentralização da vigilância sanitária no Brasil, mas principalmente em Minas Gerais. A possibilidade de registro da trajetória institucional da vigilância sanitária mineira, bem como a utilização dos dados levantados por esta pesquisa na formulação de novas estratégias e políticas públicas de descentralização justificam sua realização.

Em termos de limitações à pesquisa, uma das principais dificuldades refere-se à complexidade normativa do SUS. São muitas legislações, que estiveram em constantes alterações, e algumas não se efetivaram na prática sendo cumpridas só parcialmente. No final, descrever o processo em uma sequência temporal se torna um trabalho árduo devido as constantes mudanças regulamentares. Outra dificuldade encontrada foi com relação ao acesso a alguns documentos oficiais de interesse da pesquisa que não foram encontrados na superintendência de vigilância sanitária. Diante disso, as entrevistas foram uma importante ferramenta para resgatar o histórico das políticas públicas da vigilância sanitária estadual.

Superados os desafios, esta dissertação, como produto final desse trabalho de pesquisa, foi dividida em 6 (seis) capítulos. O primeiro, que é esta introdução, teve como finalidade apresentar a questão da pesquisa, seus objetivos, dificuldades e o percurso metodológico escolhido. O segundo capítulo trata de uma revisão literária para melhor compreensão do serviço público de vigilância sanitária. Assim, procura-se caracterizá-lo

como uma atividade de interesse público, de competência exclusiva do Estado, como uma ação de saúde com vasto campo de atuação e complexidade e de intenso conflito político. No terceiro capítulo a descentralização será abordada, inicialmente sob uma perspectiva teórica mais abrangente em sua dimensão político-administrativa, passando a seguir para a descrição do processo de descentralização da vigilância sanitária no Brasil.

No capítulo 4 (quatro) o processo de descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais será descrito a partir dos marcos da Constituição Federal de 1988, da Criação da ANVISA e da implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. No capítulo 5 (cinco) os resultados da pesquisa serão discutidos e analisados em suas dimensões institucionais, estruturais e políticas. Finalmente, o capítulo 6 (seis) tecerá as considerações finais do trabalho.

2. O SERVIÇO PÚBLICO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2.1. CONCEITO DE SERVIÇO PÚBLICO E DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Administração carrega consigo dois sentidos que remetem às origens da própria palavra. Para alguns, o sentido principal indica a ideia de servir, executar. Para outros o sentido original envolve principalmente a ideia de direção, gestão. Independente da origem da palavra, os dois conceitos se aproximam e a Administração assume hoje tanto a ideia de prestar um serviço, quanto a de dirigir e governar. Nas palavras de Maria Sylvia Zanella Di Pietro “*o vocábulo tanto abrange a atividade superior de planejar, dirigir, comandar, como a atividade subordinada de executar*” (DI PIETRO, 2014; p. 49). Quando essas atividades, seja de gestão ou de execução, são praticadas por órgãos e agentes formalmente responsáveis por atender ao interesse público, está-se na área de abrangência da Administração Pública. A regra é que aquele deve sempre prevalecer sobre os interesses particulares, pois, conforme conceituado por Mello (2010), o interesse público é o conjunto de interesses que os próprios indivíduos têm na sua pura qualidade de membros da sociedade. A Administração Pública, portanto, tem como principal atribuição oferecer para a coletividade serviços que atendam às suas necessidades (MARCELINO, 1988; DI PIETRO, 2014).

São diversos os conceitos apresentados na literatura para o serviço público. Alguns autores o definem de forma mais restritiva, como é o caso de Celso Antônio Bandeira de Mello. Este jurista inclui em sua definição apenas as atividades materiais realizadas pelo Estado sob regime jurídico de Direito Público, e considera o poder de polícia, a intervenção do Estado no domínio econômico e social e a provisão de bens públicos como atividades administrativas paralelas ao serviço público propriamente dito (MELLO, 2010). Conforme definição do autor:

[Serviço público são] atividades materiais que o Estado, inadmitindo que possam ficar simplesmente relegadas à livre iniciativa, assume como próprias, por considerar de seu dever prestá-las ou patrocinar-lhes a prestação, a fim de satisfazer necessidades ou comodidades do todo social, reputadas como fundamentais em dado tempo e lugar. (MELLO, 2010; p. 667)

Outros autores, porém, fazem uso de um conceito mais ampliado, como Hely Lopes Meirelles. Para este autor, todas as atividades administrativas prestadas pela Administração Pública são serviços públicos:

Serviço público é todo aquele prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado. (MEIRELLES, 1998; p. 286)

Fazendo uso dessa conceituação ampliada, pode-se classificar o serviço público em três classes: as funções públicas, os serviços indivisíveis e os serviços divisíveis. As funções públicas não se caracterizam como uma prestação de serviço, mas se constituem em um conjunto de atividades típicas do Estado que decorrem do seu poder de polícia, por isso lhe são de competência exclusiva. Cobrança de impostos, atividades normativas e cartoriais são alguns exemplos (MARCELINO, 1988).

Os serviços indivisíveis são aqueles que só podem ser fornecidos na mesma quantidade para todos os consumidores envolvidos (VARIAN, 2003). Incluídos nesta categoria, estão os chamados bens públicos, que se caracterizam por serem não rivais, ou seja, seu consumo por uma pessoa não reduz a disponibilidade do bem para o restante da sociedade; e por serem também não excludentes, o que significa que é impossível excluir o consumo do bem por alguém. Devido a essas características, só podem ser prestados pelo Estado, ainda que em regime de concessão ou permissão. É o caso da segurança, das praças, da iluminação pública e das vias públicas (MARCELINO, 1988; MANKIW, 2009).

Os serviços divisíveis, por sua vez, são aqueles em que o usuário e o custo de cada unidade produzida podem ser identificados. São, portanto, atividades econômicas. Consideram-se desta ordem os serviços de educação, saúde, infraestrutura e outros. Não há restrições quanto a prestação ser pública ou privada. Quando o serviço é público, no entanto, o é por conveniência do Estado. Pode ser ofertado direta ou indiretamente, ser gratuito ou cobrado, pode dar prejuízo ou ser lucrativo, mas se distingue do particular porque o interesse público prevalece sobre as demais motivações (MARCELINO, 1988; MANKIW, 2009).

Por dependerem da capacidade e da conveniência do Estado para terem oferta pública, o serviço público é dinâmico e varia de acordo com o cenário histórico e político de cada sociedade. Por exemplo, em alguns países determinadas questões são tidas como de interesse público e providas por serviços públicos; em outros países essas mesmas questões podem não ser objeto de qualquer intervenção do governo. De forma semelhante, alguns serviços providos hoje pelo Estado podem não ter sido oferecidos em décadas passadas por não serem considerados à época de relevante interesse público. Sendo assim, o serviço público é o que o direito constitucional à época define para cada sociedade (MARCELINO, 1988). Reforçando esta afirmação, Meirelles (1998) argumenta:

O que prevalece é a vontade soberana do Estado, qualificando o serviço como *público ou de utilidade pública*, para sua prestação direta ou indireta, pois serviços há que, por natureza, são privativos do Poder Público e só por seus órgãos devem ser executados, e outros são comuns ao Estado e aos particulares, podendo ser realizados por aquele e estes. Daí essa gama infindável de serviços que ora estão exclusivamente com o Estado, ora com o Estado e particulares e ora unicamente com particulares. (MEIRELLES, 1998; p. 287 grifo do autor)

No caso brasileiro, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 175, incumbiu ao Poder Público – mediante o estabelecimento de leis que definam os direitos dos usuários e regulamentam as obrigações dos ofertantes – a responsabilidade sobre a prestação dos serviços que pelo Estado foram considerados de relevante interesse público (seja a prestação direta, sob regime de concessão ou permissão). Essa mesma Constituição, do artigo 196 ao 200, definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado e, assim: i) estabeleceu as ações e serviços de saúde como de relevância pública; ii) constituiu o Sistema Único de Saúde como a política nacional de promoção, proteção e recuperação da saúde; iii) permitiu a livre participação da iniciativa privada como forma complementar de assistência à saúde; iv) atribuiu exclusivamente ao Estado as atividades de regulamentação, fiscalização e controle desses serviços; e v) definiu a descentralização como diretriz para organização do sistema (BRASIL, 1988).

A vigilância sanitária, por sua vez, também se encontra prevista na Constituição Federal

como um serviço público de competência do SUS e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em seu artigo 6º, §1º, fez a seguinte conceituação para o termo:

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. (BRASIL, 1990a)

A vigilância sanitária, portanto, é o serviço público responsável pelas ações de regulamentação, fiscalização e controle sanitário dos produtos, serviços e ambientes relacionados com a saúde pública. Conforme Costa (2009), como atividade de controle que envolve regulamentação e fiscalização, a vigilância sanitária se configura como uma função pública, de responsabilidade exclusiva do Estado. Segundo De Seta & Dain (2010), também é um bem público, pois seus serviços cumprem com os requisitos de não exclusividade e de não rivalidade no consumo, que caracterizam esse tipo de bem.

O termo vigilância sanitária, no entanto, não é de uso universal, por isso varia de país para país, onde os órgãos de controle sanitário assumem diferentes modelos institucionais e adotam diferentes tipos de ação (COSTA, 2009). Importante lembrar que a vigilância sanitária não é o único serviço de controle na área da saúde. Lucchese (2001) destaca a atuação de outros órgãos da Administração Pública brasileira que também são responsáveis pelo controle sanitário, dentre os quais estão: i) Agricultura, que exerce controle sobre alimentos, bebidas, agrotóxicos e produtos veterinários; ii) Meio Ambiente, que monitora o equilíbrio ambiental; iii) Indústria e Comércio, que monitora o sistema de metrologia e avaliação de conformidade; iv) Trabalho, com questões relacionadas à medicina laboral; e v) Setor Nuclear, que controla o uso de radiação ionizante.

2.2. A NATUREZA DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Para melhor compreensão do serviço público de vigilância sanitária e da natureza das ações desenvolvidas sob sua competência é necessário explorar três conceitos fundamentais que se apresentam a partir da definição legal citada na Lei 8.080/1990: o risco sanitário, as relações de consumo da sociedade e o controle estatal.

A compreensão do risco sanitário é imprescindível, pois é ele que fundamenta todos os objetivos e práticas da vigilância sanitária. Se um serviço ou produto não apresenta risco à saúde, ele não deverá ser objeto de vigilância (LEITE & NAVARRO, 2009). Cada ramo de conhecimento, como a Administração, a Engenharia, o Direito, as Ciências Sociais ou a Epidemiologia possui uma definição própria para a palavra, portanto, são diversos os conceitos de risco, mas todos eles têm em comum a ideia de probabilidade de ocorrência de um evento indesejado, perigoso ou danoso (GUILAM & CASTIEL, 2006).

Segundo Lucchese (2001) a atuação da vigilância sanitária sobre o risco sanitário se dá em duas dimensões: a avaliação do risco e o gerenciamento do risco. A avaliação do risco é de natureza científica e utiliza de dados concretos para identificar os fatores do risco e os efeitos advindos da exposição àquele determinado risco. De caráter estatístico e epidemiológico, a avaliação do risco exige pessoal, técnicas e equipamentos muito sofisticados, o que faz dela um desafio para os países em desenvolvimento. O gerenciamento do risco, por sua vez, é de natureza político-administrativa e, com base na avaliação do risco, tem a finalidade de selecionar a ação regulatória mais adequada considerando as preocupações sociais, econômicas e políticas de uma determinada sociedade. Ou seja, o gerenciamento “*decide o que fazer com o risco avaliado*” (LUCCHESE, 2001; p. 60).

Para Leite e Navarro (2007), devido ao caráter multidisciplinar da vigilância sanitária, com intervenção política, jurídica, econômica e administrativa sobre uma variada gama de produtos, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, serviços de saúde e até ambientes de interesse da saúde, sua atuação deve ser integral, o que significa que ela deve adotar diferentes estratégias para a prevenção, a proteção e a promoção da saúde.

As estratégias de promoção da saúde são aquelas voltadas para a capacitação e conscientização de consumidores e produtores com a finalidade de melhorar a qualidade dos produtos e serviços e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas. São ações educativas e, portanto, não se relacionam diretamente com o risco. Já as estratégias de prevenção são voltadas para eliminar ou minimizar fatores de risco específicos que acometem uma determinada população, em um local e período estabelecidos. Nesse sentido, o conceito clássico de risco, como probabilidade de ocorrência de um evento danoso, se aplica adequadamente.

Porém, quando se fala em estratégias de proteção, que são aquelas destinadas à defesa da saúde, o conceito clássico de risco é insuficiente, porque nesses casos as informações acerca dos fatores de risco e como eles se relacionam com o efeito danoso nem sempre são precisas, impedindo muitas vezes de se determinar suas probabilidades de ocorrência. Nesse sentido, Leite e Navarro (2009) constroem o conceito de risco potencial:

O risco potencial diz respeito à possibilidade de ocorrência de um agravo à saúde, sem necessariamente descrever o agravo e sua probabilidade de ocorrência. É um conceito que expressa o juízo de valor sobre exposição em potencial a um possível risco. É como se representasse o risco do risco. (LEITE & NAVARRO, 2009; p. 77)

Para Lucchese (2001), o alto número de incertezas envolvidas no processo de avaliação de risco faz com que nenhum sistema regulatório seja perfeito. Por isso, as substâncias e tecnologias suspeitas de causar algum dano devem ter seu uso restrito e controlado até que se obtenham evidências mais definitivas acerca do seu grau de risco. Assim, o princípio da precaução se constitui em uma importante ferramenta para a vigilância sanitária fazer o gerenciamento do risco.

Para exemplificar, em um equipamento de diagnóstico mal calibrado, não é possível determinar, em função desta não conformidade, a probabilidade de ocorrência de um evento danoso. Mas é possível que um erro de diagnóstico decorra desse fato e que um tratamento inadequado cause danos à saúde do paciente. Na mesma medida, um

tratamento de saúde pode curar um paciente, mas pode também gerar efeitos adversos sérios. Abrir mão da tecnologia implicaria em abrir mão de seus benefícios. Desta forma, a vigilância sanitária não atua apenas nos eventos prováveis, com causas e efeitos bem delimitados, mas nos eventos possíveis de causar dano, ainda que suas causas e efeitos não estejam bem definidos. Muitas vezes nem é possível eliminar o risco. Cabe, então, à vigilância sanitária buscar meios de controlá-lo para que a sociedade desfrute dos benefícios a um menor custo social possível. (LEITE & NAVARRO, 2009).

O conceito de risco potencial e o princípio da precaução, portanto, são fundamentais para a vigilância sanitária em sua finalidade de proteger a saúde da população. No entanto, isso afeta fortes interesses comerciais. Se algumas tecnologias, mesmo com risco sanitário presente, podem ser comercializadas sob regulação estatal em função dos benefícios que trazem para a coletividade, por outro lado as relações de consumo podem perverter esse ciclo e submeter as pessoas a riscos desnecessários.

De acordo com Duarte, Werneck e Menezes (2007) os riscos sanitários podem ser intrínsecos dos produtos; podem se originar de alguma etapa ou defeito no processo de produção e comercialização - por vezes chamados de externalidades negativas; ou podem até ser resultado de má fé deliberada de produtores, comerciantes e prestadores de serviços. Costa e Rozenfeld (2000) mostram que o modo de produção capitalista, uma vez voltado para o lucro, tem como objetivo produzir e vender mercadorias, bens e serviços em escala sempre crescente. Para garantir essa finalidade, a estratégia utilizada nem sempre é o desenvolvimento de novos produtos que aumentam o bem-estar humano. Algumas vezes, as empresas recorrem a um sistema de propagandas para maquiagem seus produtos e criar necessidades artificiais que só podem ser atendidas através do consumo de suas mercadorias. Nessa “ideologia consumista”, tudo pode ser transformado em um objeto de compra, inclusive os produtos e serviços relacionados com a saúde. O problema é que este a oferta e o consumo crescentes e cada vez mais diversificados de produtos podem gerar riscos à saúde e economia do indivíduo e da coletividade, assim como danos ao meio ambiente.

Para Costa (2001), compete à vigilância sanitária intermediar essas relações conflitivas que se dão entre a produção e o consumo. Dada a necessidade de preservação da saúde coletiva frente aos riscos gerados pela ampliação dos processos produtivos, o controle estatal se faz cada vez mais necessário. O controle estatal na área da saúde descreve o conjunto de ações sanitárias destinadas para que pessoas, atividades, estabelecimentos, produtos e serviços, bem como substâncias e agentes causadores de doença ou prejuízo financeiro não se desviem das normas pré-estabelecidas ou não tenham suas frequências extrapoladas dos padrões sanitários vigentes (COSTA, 2000). O controle sanitário, portanto, envolve desde ações de regulamentação e fiscalização até ações de educação e informação em saúde. A regulação sanitária estabelece normas para mediar os interesses da saúde e os interesses econômicos. A fiscalização verifica o cumprimento das normas através de inspeções, emissão de licenças, autorização de funcionamento de estabelecimentos e registro de produtos. As ações educativas e de informação, por sua vez, podem ser destinadas à população ou especificamente ao setor regulado e têm como finalidade promover a qualidade dos produtos/serviços e a saúde da população (COSTA, 2009).

Analisando todas essas características sob a perspectiva da Abordagem das Arenas presente na Teoria Política, pode-se situar a vigilância sanitária em uma arena política regulatória que se caracteriza pela criação de normas que limitam o poder discricionário dos indivíduos e das organizações por meio de ameaças e punições. Os benefícios esperados dessa atividade regulatória se dispersam para vários grupos da sociedade, mas os custos de atender a regulamentação recaem de forma concentrada sobre pequenas categorias ou grupos sociais. Isso leva a uma arena de intenso conflito, justamente como acontece na intermediação da vigilância sanitária entre mercado e sociedade. Nessa arena, o poder de barganha dos regulados é alto e faz com que haja espaço para constantes negociações e se tenha um jogo em que todos ganham um pouco (nem todos perdem tudo e nem todos ganham tudo que pleiteiam). Outra característica da arena regulatória é a sua instabilidade, uma vez que mudanças tecnológicas, culturais e sociais podem acontecer e alterar as questões sobre as quais as regulamentações se baseiam. Assim, a vigilância sanitária precisa estar em constante atualização de seus métodos e marcos regulatórios (RUA & ROMANINI, 2013).

Utilizando ainda a Abordagem das Arenas, quando os serviços de saúde assistenciais são comparados com a vigilância sanitária, esta apresenta uma clara diferenciação no comportamento dos atores. Os serviços de saúde, em sua concepção assistencial, se inserem em outro tipo de arena, a arena distributiva, onde a relação entre os atores se dá em função da forma como alguns bens providos pelo Estado serão alocados. Assim, o benefício da política redistributiva se concentra em um setor, uma localidade ou um segmento populacional; por exemplo, a contratação de um médico para uma determinada unidade de saúde. Entretanto, os custos decorrentes da política pública se dispersam por toda a sociedade, pois nenhum cidadão pode perceber o quanto de seus impostos foram investidos naquela ação. Desta forma, os atores defendem seus interesses nesta arena por meio de sucessivas alianças e os conflitos em torno dessas políticas distributivas são de baixa intensidade (RUA & ROMANINI, 2013).

Portanto, apesar de ser uma ação de saúde, em sua natureza, as ações de vigilância sanitária possuem especificidades que a diferem das ações assistenciais. Como atividade exclusiva do Estado, ela não compartilha sua prestação de serviço com o setor privado como as ações assistenciais. Em sua atividade de regular as externalidades negativas do processo produtivo e controlar os serviços e produtos que apresentam risco sanitário, a vigilância sanitária situa-se em uma arena política de forte conflito, diferente das demais ações de saúde que são distributivas e de baixo conflito. Com todas essas especificidades, autores como Lucena (2015) defendem que o setor necessita de abordagens e políticas diferenciadas dentro do sistema de saúde.

2.3. O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Conhecer o desenvolvimento histórico da regulação sanitária também é importante para uma melhor compreensão da vigilância sanitária. Os estudos de Costa (2003) e Costa & Rozenfeld (2000) apresentam uma descrição temporal de como essas ações evoluíram desde a Antiguidade até os dias contemporâneos e mostram que o controle sanitário está presente, desde tempos imemoriais, nos mais diferentes modos de vida social. De acordo com esses autores, as ações para regular o que pode gerar risco à saúde são a face mais antiga da saúde pública e sempre tiveram como finalidade o controle sanitário

do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de produtos, serviços e tecnologias de interesse da saúde que são objetos de trocas comerciais.

Para exemplificar, dados arqueológicos indicam que, já no século XVI a.C., a preocupação com a conservação e o prazo de validade das drogas da época se fazia presente. Aos 300 a.C. também já havia leis instituídas na Índia que proibiam a adulteração de cereais, medicamentos e perfumes. Outro exemplo é o povo hebreu que, através de Moisés e o conjunto de leis do Antigo Testamento, institui uma série de normas sanitárias que previam sanções para aqueles que as descumprissem. Na Idade Média, as ações do controle estatal sobre os estabelecimentos e serviços relacionados à saúde foram se conformando ainda mais. Com o crescimento do comércio nas praças e mercados surgiram as inspeções rotineiras e as ações policiais com o fim de evitar a venda de produtos sem qualidade, impedir a disseminação de doenças e proteger o comprador (COSTA, 2003; COSTA & ROZENFELD, 2000).

Lucchese (2001) demonstra que, mesmo antes do desenvolvimento suficiente da medicina para explicar as causas das doenças, à medida que os povos antigos identificavam fatores de risco à saúde, eles estabeleciam regulamentos disciplinadores para a vida em comunidade. Segundo Costa (2003), o fundamento para que as sociedades legitimem essas medidas de controle sanitário têm origem justamente no conceito histórico e social do nocivo - aquilo que pode oferecer risco à coletividade - e desde o seu surgimento têm sido reconhecidas como uma questão para o Poder Público.

A partir do século XVI, com a constituição dos Estados Modernos, a vigilância sanitária começou a ensaiar sua conformação atual. O absolutismo e o mercantilismo valorizavam a população de uma nação como um importante recurso para a geração de riquezas. Daí surgiram os primeiros estudos estatísticos de vigilância epidemiológica, como as estimativas de vida da população e o conceito de uma política nacional de saúde. De acordo com Costa (2003), cada sociedade desenvolvia seu próprio modelo de controle sanitário:

A intervenção estatal sobre a questão da saúde das populações configurou tipos diferenciados de medicina de Estado quando a Medicina Social assumiu pelo menos três direções, podendo-se verificar que o campo da Vigilância Sanitária bebe nas três fontes: a medicina de Estado que se desenvolveu mais especificamente na Alemanha, de onde se originou o conceito de polícia médica e, com ele, a sistematização das questões de saúde sob a administração do Estado. A medicina urbana, que se desenvolveu particularmente na França, no final do século XVIII e que deu origem à noção de salubridade e, com ela, a organização do ambiente urbano em tudo que poderia relacionar-se com as doenças. E a chamada medicina da força de trabalho, que sem excluir as demais e tendo incorporado o assistencialismo, desenvolveu-se na Inglaterra, onde mais rapidamente floresceu o modo de produção capitalista. (COSTA, 2003; p. 4)

Com o crescimento das cidades, os problemas sociais e sanitários foram aumentando de complexidade. Amplos poderes foram dados à vigilância sanitária a fim de intervir nos problemas da saúde pública e garantir interesses políticos e comerciais. Ao final do século XVIII, a Alemanha já detinha uma concepção de saúde pública sistematizada em um Código Sanitário baseado na regulação estatal e colocado em prática através do poder de polícia sanitária (COSTA & ROZENFELD, 2000). A medida que novas tecnologias, serviços e produtos iam surgindo com o avanço das forças produtivas na Revolução Industrial, ia havendo também uma intensificação da regulação sanitária. Segundo Lucchese (2001):

Nascia, assim, outro campo de promoção e prevenção dentro do espaço da saúde pública, o qual cuidaria da regulamentação e controle sanitários de produtos e serviços, correspondendo ao que chamamos de vigilância sanitária. Desse modo, embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é filha da Revolução Industrial e assume diferentes conformações em cada lugar, em função de valores culturais, políticos e econômicos, bastante relacionados com a divisão internacional do trabalho, pois o grau de desenvolvimento tecnológico da produção determina funções diferenciadas para a regulação nessa área. (LUCCHESI, 2001, p. 25)

Já no século XIX, mas principalmente a partir das primeiras décadas do século XX, as economias mais desenvolvidas começaram a criar órgãos especializados no controle sanitário de bens e serviços com risco potencial à saúde. De acordo com a realidade

social e cultural de seu povo, cada sociedade começou a desenvolver um sistema próprio de normas e instituições sanitárias (LUCCHESI, 2001). A partir da década de 1960, tendo como marco o trágico evento com a talidomida, em que milhares de crianças nasceram com deformidades nos membros devido ao mau uso do medicamento, os órgãos e sistemas nacionais de controle sanitário se expandiram em praticamente todos os países. Conforme Costa e Rozenfeld (2000), esse acontecimento iniciou o período que vivemos atualmente, caracterizado por uma ampla legislação para regulamentação sanitária, monitoramento estatal dos efeitos adversos dos produtos relacionados com a saúde e responsabilização dos fabricantes quanto a qualidade dos produtos disponibilizados no mercado.

2.4. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

No Brasil, as ações de controle sanitário, segundo Cunha (2007), começam a se desenvolver ainda no Século XVI, no período colonial, e estavam baseadas nos costumes e leis de Portugal. O termo e o conceito atual de vigilância sanitária ainda não existiam, mas o poder de polícia já era amplamente exercido. As principais normatizações eram para a cobrança de taxas e para a regulamentação do exercício de atividades profissionais como físico, cirurgião e boticário. Com a chegada da Família Real, em 1808, as primeiras medidas sanitárias voltadas especificamente para o nosso território, no caso ainda restrito à cidade do Rio de Janeiro, tiveram seu início. A abertura dos portos para as nações amigas de Portugal levou a uma intensificação das trocas comerciais. De um lado era necessário adequar as práticas sanitárias para atender às exigências do comércio marítimo internacional; de outro, era preciso também adotar medidas sanitárias de proteção contra epidemias que poderiam se espalhar por aqui. Quando foi o ano de 1810, Dom João criou o importante cargo de Provedor-Mor da Saúde da Corte do Estado do Brasil a quem conferiu a responsabilidade para a fiscalização, punição e cobrança de taxas nas áreas de interesse da saúde pública. Esse ato organizou o exercício da polícia sanitária e reconheceu a responsabilidade do governo no controle sanitário (CUNHA, 2007).

Em 1828, seis anos após a Independência do Brasil, o cargo de Provedor-Mor foi

extinto, sendo as suas responsabilidades transferidas para as Câmaras Municipais. A municipalização do serviço sanitário deu origem em 1832 ao Código de Posturas do Rio de Janeiro que estabelecia normas para cemitérios, açougues, medicamentos, casas de saúde, o exercício da farmácia e medicina, entre outros. No entanto, esse primeiro passo rumo à descentralização do serviço não durou muito. Em 1849 o controle sanitário foi novamente centralizado através da criação da Junta Central de Higiene Pública (COSTA & ROZENFELD, 2000; CUNHA, 2007).

Veio a Proclamação da República em 1889 e junto a definição das competências de atuação: os governos estaduais ficaram responsáveis pelas ações sanitárias voltadas para os territórios e o governo federal assumiu o controle sanitário dos portos marítimos. As ações de controle sanitário nos estados começam a ganhar consistência e, ao longo da década de 1890, vários institutos de pesquisa foram criados, o que reforçou a luta contra os problemas de saúde do país. No meio deste movimento, em 1897 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública que organizou em torno do governo federal os serviços de fiscalização e cobrança de taxas das atividades profissionais de médico e farmacêutico, dirigiu estudos epidemiológicos e de estatísticas demográfico-sanitárias, além de orientar as ações sanitárias nos portos. Nesse período o Rio de Janeiro era afligido por uma epidemia de Febre Amarela e o programa de saneamento urbano de Oswaldo Cruz ganhou notoriedade. A Diretoria Geral de Saúde Pública, por sua vez, fortaleceu suas atividades de polícia sanitária, os serviços de higiene urbana e as ações de prevenção às doenças infecciosas (CUNHA, 2007).

Em 1904 uma nova instituição foi criada, o Juízo dos Feitos, que tinha a responsabilidade de analisar e julgar crimes e contravenções contra a saúde pública, possuindo base legal para a cobrança de taxas e multas sanitárias. De acordo com Campos, Werneck e Tonon (2001) desde a Colônia até o a década de 1920 as ações de vigilância sanitária não apresentavam uma diferenciação organizacional das demais ações de saúde pública. Até que em 1923 uma ampla reformulação dos serviços de saúde foi implementada como consequência da publicação do Regulamento Sanitário Federal. Esta norma trouxe, pela primeira vez, a expressão vigilância sanitária para a legislação, no entanto, aplicou o termo de forma indistinta para as ações de controle de

estabelecimentos e produtos (vigilância sanitária propriamente dita) e as ações de controle de pessoas e agravos - hoje de competência da vigilância epidemiológica (CUNHA, 2007; COSTA & ROZENFELD, 2000; CAMPOS, WERNECK & TONON, 2001).

Em 1930, início da Era Vargas, deu-se a criação do Ministério da Educação e Saúde. O Regulamento Sanitário Federal teve suas normas alteradas para se adequar ao processo de industrialização e urbanização do país e reforçou o caráter centralizador do controle sanitário. Os serviços dos portos passaram a aderir a acordos internacionais e foram instituídos decretos que intensificavam a regulação e fiscalização sobre o exercício das atividades profissionais de saúde, o controle sobre alimentos e produtos farmacêuticos (COSTA & ROZENFELD, 2000).

Com o advento da República Nova, novas normas continuaram a ser implementadas com vistas a acompanhar o esforço desenvolvimentista do país e o crescimento da indústria química farmacêutica. O Ministério da Saúde foi finalmente criado em 1953, e um ano depois foi criado também o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos para realização de análises de controle de qualidade de produtos para o mercado nacional. Mais tarde, em 1961 este laboratório passou a realizar também análises fiscais de alimentos. Neste mesmo ano foi regulamentado o Código Nacional de Saúde que conferiu ao Ministério da Saúde o poder de estabelecer e orientar os padrões de qualidade através de análises técnicas, licença, autorização de funcionamento, registro, fiscalização e inspeção nas etapas de produção, distribuição, comércio e propaganda dos produtos que poderiam decorrer em problemas sanitários (CUNHA, 2007; CAMPOS, WERNECK & TONON, 2001).

Em 1962 e 1963 ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde e as propostas de descentralização e municipalização dos serviços estiveram em pauta. Veio, no entanto, o Regime Militar e esforço desenvolvimentista com caráter centralizador. Para acompanhar o crescimento da produção e do consumo, a vigilância sanitária teve um aumento no seu campo de atuação e em 1969 foi criada a Secretaria de Saúde Pública dentro do Ministério da Saúde. O setor ficou responsável pela organização e

fiscalização sanitária na área de alimentos, a vigilância dos portos e aeroportos, a fiscalização do exercício profissional da medicina e farmácia, o monitoramento dos serviços de hemoterapia e a gestão do o Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (CUNHA, 2007; COSTA & ROZENFELD, 2000).

Em 1976 foi publicada outra importante ferramenta para o setor, a Lei nº. 6.360/76. Conhecida como Lei de Vigilância Sanitária, além de fixar normas sobre a produção de cosméticos, saneantes e equipamentos de odontologia e medicina, também estabeleceu procedimentos padronizados para o controle sanitário de medicamentos e insumos farmacêuticos nas diversas etapas de sua produção, desde a armazenagem, transporte e venda até a publicidade. A partir deste ato, a legislação começou a contar com infrações e sanções mais detalhadas, o que orientou melhor os procedimentos administrativos da vigilância sanitária. No entanto, a ação era caracteristicamente policalesca, e tanto a população quanto os trabalhadores da saúde não enxergavam a ação promotora da vigilância sanitária. Neste mesmo ano o Ministério da Saúde passou por nova reformulação, resultando na criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (CUNHA, 2007; COSTA & ROZENFELD, 2000).

Com o esgotamento do Regime Militar, o movimento de participação popular alcançou também a vigilância sanitária. Em 1985 a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária organizou o I Seminário Nacional de Vigilância Sanitária. O evento deliberou orientações técnicas e políticas para a área que vieram a integrar as discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e o movimento de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1986 também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Consumidor. Estes eventos reconheceram as especificidades da vigilância sanitária nos diferentes estados recomendando a descentralização dos serviços, a revisão da legislação e uma maior divulgação das ações da área para consumidores e população. Mas também expuseram as fragilidades da vigilância sanitária em acompanhar o desenvolvimento tecnológico, em solucionar a desarticulação e os conflitos de competências que havia entre os diferentes órgãos responsáveis pelo controle sanitário e em lidar com as constantes pressões políticas sofridas. A tragédia ocorrida em Goiânia, em 1987, onde material radioativo de um aparelho médico abandonado contaminou

centenas de pessoas e causou a morte de quatro, expunha ainda mais as fragilidades do setor (CUNHA, 2007; CAMPOS, WERNECK & TONON, 2001).

O processo democrático e participativo se consolidou em 1988 com a promulgação da Constituição Federal. Nela a saúde e a vigilância sanitária foram reconhecidas como um direito do cidadão e um dever do Estado. O papel da vigilância sanitária como protetora da saúde da população foi fortalecido ainda mais pela Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor) que reconheceu a vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo e a necessidade de proteção da sua saúde, atribuindo ao fornecedor a responsabilidade sobre a qualidade dos produtos. Finalmente, a Lei 8.080/90 dispôs sobre a organização e funcionamento do SUS, definiu a atuação da vigilância sanitária e fortaleceu a descentralização como uma diretriz que levaria os serviços de saúde a serem providos preferencialmente pelos governos locais.

No entanto, segundo Cunha (2007) e Costa & Rozenfeld (2000) o Governo de Fernando Collor promoveu uma desregulamentação desordenada que privilegiava os pedidos dos produtores e facilitava a liberação de produtos e medicamentos para o mercado desconsiderando a necessidade de análises técnicas da vigilância sanitária. Após o impedimento do então presidente, o governo Itamar Franco promoveu uma nova reestruturação de ministérios e em 1993 a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária passou a denominar-se apenas Secretaria de Vigilância Sanitária. (CUNHA, 2007).

No governo Fernando Henrique Cardoso, as pressões internacionais devido a globalização econômica e a implantação do Mercado Regional do Cone Sul (Mercosul) demandavam da vigilância sanitária urgentemente a harmonização de procedimentos sanitários para as relações comerciais externas. As ações tornavam-se mais complexas e abrangentes com novos conceitos e concepções de controle sanitário (CAMPOS, WERNECK & TONON, 2001). As fragilidades da vigilância sanitária ficavam cada vez mais evidentes: quadro de funcionários insuficiente, capacidade técnica questionada e diversos conflitos políticos – envolvendo conflitos internos, com o governo e com o setor produtivo. As denúncias de falsificação de medicamentos, adulteração de produtos para a saúde e corrupção na Secretaria de Vigilância Sanitária não paravam

(LUCCHESE, 2001). Em meio a essa intensa crise institucional, em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi instituído num esforço de valorização da intervenção estatal na regulação sanitária e de Reforma do Aparelho do Estado fomentado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (LUCCHESE, 2001). Através da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o SNVS foi definido e a ANVISA criada na forma de agência reguladora, ou seja, uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e caracterizada pela independência administrativa, pela estabilidade de seus dirigentes e pela autonomia financeira.

À ANVISA foi atribuída a competência de coordenar todo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com a finalidade institucional de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras. Sendo assim, se submetem à vigilância sanitária as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases dos processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos (BRASIL, 1999).

Entre os produtos que tem seu controle exercido no âmbito do SNVS estão: medicamentos de uso humano; alimentos; cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes; saneantes; conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico; equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem; imunobiológicos, sangue e hemoderivados; órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições; radioisótopos para uso diagnóstico *in vivo* e radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia; cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco; quaisquer produtos que envolvam a

possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação; e outros produtos de interesse para o controle de riscos à saúde da população (BRASIL, 1999).

Já os serviços sujeitos à vigilância sanitária são aqueles voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias e outros serviços de interesse para o controle de riscos à saúde da população. Também estão incluídos as atividades de portos, aeroportos e fronteiras, as estações aduaneiras e terminais alfandegados e os serviços de transportes aquáticos, terrestres e aéreos (BRASIL, 1999).

De acordo com Lucchese (2001), a criação da ANVISA resultou em uma significativa melhora na capacidade de coordenação do setor de vigilância sanitária. A arrecadação aumentou através das taxas de fiscalização implementadas; o orçamento do órgão federal e o financiamento dos estados e municípios para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária foi incrementado significativamente; as instâncias de participação da sociedade deram maior visibilidade às ações; e a autonomia gerencial permitiu maior agilidade administrativa. No entanto, em relação às competências técnicas, houve várias regulamentações polêmicas, intensas críticas quanto a ausência da área de vigilância à saúde do trabalhador no escopo de atuação da ANVISA e sérios questionamentos quanto ao excessivo objetivo arrecadatório de suas ações. Outra crítica importante ao Sistema é feita por Lucena (2015). Segundo a autora, a Lei nº 9.782/1999 pretendeu dispor a respeito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e definiu as competências da União, no entanto, não tratou de regulamentar as competências e atribuições de estados e municípios. Isso deixou um vazio quanto a configuração, princípios e diretrizes do SNVS e o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária que ele pretendia desencadear ficaria comprometido (LUCENA, 2015).

3. DESCENTRALIZAÇÃO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3.1. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO ADMINISTRATIVA

A prestação de um serviço público, como o de vigilância sanitária, pode se dar de forma centralizada, desconcentrada ou descentralizada. Na forma centralizada o Estado presta o serviço através de repartições próprias do Poder Público que assumem a exclusiva responsabilidade pela ação. O serviço desconcentrado, por sua vez, é realizado de forma semelhantemente centralizadora, no entanto a Administração Pública o distribui entre diferentes órgãos de uma mesma entidade com vistas a facilitar sua execução e sua capilaridade para o cidadão. Já o serviço público descentralizado é quando o Poder Público transfere a sua titularidade ou a sua execução para outro. Este termo é definido por Marcelino (1988) na citação abaixo:

Na realidade, o que é descentralização? Descentralizar, em sentido comum, é afastar-se do centro; descentralizar, em sentido jurídico-administrativo, é atribuir a outro poderes de administração. Na acepção jurídica do termo, é o procedimento consistente em retirar poderes de um “*centro*” para conferi-los a outras pessoas jurídicas ou órgãos que lhe sejam exteriores. É, portanto, distribuição de poderes (MARCELINO, 1988; p. 14).

De acordo com Pollitt (2005) nos últimos anos os países desenvolvidos, de uma maneira geral, consentem a favor da descentralização. Sua configuração, no entanto, é bastante ampla, pois pode se referir a várias dimensões como: a descentralização política e administrativa; a descentralização territorial; a descentralização competitiva ou não competitiva; a descentralização interna ou externa; e por fim, a descentralização vertical ou horizontal (POLLITT, 2005; p. 374). Neste estudo, a dimensão política e administrativa da descentralização é a questão de interesse.

Conforme Abrucio (2006), a descentralização política resulta da transferência efetiva de poder decisório para os governos subnacionais. Como consequência, há autonomia: i) para escolha dos governantes e comando da Administração Pública; ii) para escolha dos legisladores e elaboração de uma legislação própria; e iii) para cuidar da estrutura tributária e financeira. Seus poderes, portanto, advêm diretamente da Constituição

Federal. No Brasil, esse processo resultou em uma das federações mais descentralizadas do mundo com três níveis de governo – federal, estadual e municipal – com capacidade política, atribuições e competências distribuídas entre os três entes (ARRETICHE, 2000).

No entanto, dois tipos de relações federativas subsistem: a cooperativa e a competitiva. A política tributária é exemplo da relação competitiva em que as competências entre as esferas de governo são distribuídas de modo a preservar a autonomia e a competição nas atribuições. Já uma relação cooperativa é encontrada nas políticas sociais, em que as atribuições são repartidas entre os entes federados com vistas a atuação conjunta destes na formulação e na implementação das políticas públicas (CAVALCANTE, 2011). Nas políticas de saúde, por exemplo, Lucena (2015) mostra que não há consenso se a relação de federalismo sanitário brasileiro é predominantemente de cooperação ou de competição. Ora a primeira se manifesta, como nas Comissões Interiores Tripartite e Bipartite onde pactuações entre os entes federados são permanentemente realizadas. Em outros momentos, porém, a dificuldade de assunção de funções que os municípios enfrentam e a falta de cooperação entre estados e municípios no processo de municipalização fazem prevalecer um modelo competitivo que se torna um desafio para a descentralização.

A descentralização administrativa, por sua vez, decorre da delegação de atividades administrativas – e não da atividade política – de um órgão central da Administração Pública para outros órgãos. Nesse sentido, pode haver transferência de competências e atribuições da administração direta para órgãos públicos de administração indireta (como agências reguladoras e autarquias) ou até mesmo para entidades da sociedade (como empresas e organizações não governamentais). Por se referir a atividades meramente administrativas, os poderes descentralizados advêm de leis ordinárias e trazem inerente consigo a ideia de descongestionamento das funções públicas e autonomia para execução das ações (MARCELINO, 1988; ABRUCIO, 2006).

Para Arretche (2000) o conceito de descentralização político-administrativa envolve a *“institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de*

tarefas de gestão de políticas sociais" (ARRETICHE, 2000; p. 16) e destaca que fatores institucionais, estruturais e políticos são condicionantes e determinantes para o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil.

O consenso a favor da descentralização das políticas públicas se dá em função dos objetivos e resultados a ela associados. De acordo com Cavalcante (2011), as principais promessas da descentralização são aumentar a eficiência alocativa dos recursos disponíveis e incrementar a responsabilização e transparência dos governos locais na gestão das políticas sociais. O aumento da participação popular, a preservação e o respeito às diversidades e uma maior equidade nos programas governamentais também são resultados muitas vezes associados aos processos de descentralização. No entanto, vários casos de fracasso e efeitos adversos também podem ser encontrados na literatura. Ampliação das desigualdades regionais, serviços com baixa qualidade, perda de economia de escala, falta de responsabilidade fiscal e corrupção são alguns exemplos que podem ser listados. Arretche (1996) também discute o consenso a favor da descentralização, mas apresenta argumentos que mostram que alguns mitos foram criados em torno do tema. Por exemplo, de que a descentralização está associada a democracia e que a centralização ligada a sistemas políticos menos democráticos. Ou que a descentralização implica em uma redução das atividades do Estado, o que nem sempre é verdade.

Através da abordagem neoinstitucional é possível analisar quais mecanismos podem ser responsáveis por esse consenso. De acordo com John Meyer e Brian Rowan (1977), para sobreviver, as organizações são impulsionadas, algumas vezes, a incorporar políticas, práticas, estruturas e processos preexistentes e institucionalizados na sociedade. As organizações que fazem isto aumentam sua legitimidade e suas perspectivas de sobrevivência. Assim, independentemente da eficiência produtiva, organizações e governos inseridos em ambientes institucionais altamente elaborados legitimam-se e ganham os recursos necessários à sua sobrevivência.

Paul DiMaggio e Woody Powell (2005) apresentam o isomorfismo institucional como o mecanismo que leva as organizações a cederem a essas pressões e adotarem práticas

institucionalizadas que as tornam cada vez mais semelhantes. O isomorfismo pode se desenvolver de forma coercitiva, mimética ou normativa. O isomorfismo coercitivo resulta das pressões formais e informais, bem como das expectativas culturais da sociedade e do ambiente em que as organizações atuam. O isomorfismo mimético ocorre quando diante de algum problema ou situação incerta encontrada pela organização ela opta por tomar uma outra instituição como modelo, e assim ter uma solução mais viável e com menos custos. Já o isomorfismo normativo deriva principalmente da profissionalização que determina condições e métodos de trabalho como forma de legitimação da profissão.

3.2. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Para Arretche (2000), em função da Constituição Federal de 1988 e da estrutura federativa proposta, o Brasil apresenta uma tendência à municipalização dos serviços públicos com a coordenação e o financiamento ocorrendo a cargo do governo federal. E as políticas de saúde não fogem a essa tendência, antes a descentralização entrou definitivamente na agenda governamental ao final de 1990, quando o Sistema Único de Saúde foi regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990). De acordo com a autora a construção do SUS representou a reforma social mais efetiva e importante daquela década, redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde e redefinindo as funções de cada nível de governo. Os atendimentos básicos em saúde foram transferidos para os municípios; a gestão hospitalar e ambulatorial, e as atividades de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica foram transferidas para municípios e estados; e ficou com o governo federal a responsabilização pelo financiamento dessas ações.

Durante a década de 1990, após a criação do SUS, a descentralização das ações de saúde foi regulada pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB SUS), em um processo de descentralização tutelada, em que eram pactuadas ações que permitiram a implantação e a concretização do Sistema. As primeiras normas; NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/92 e NOB SUS 01/93; tiveram grande importância para

a descentralização das ações assistenciais, no entanto, ou omitiram ou não tiveram impactos significativos para a vigilância sanitária (SCATENA & TANAKA, 2001; COHEN, 2009).

Em 1994, a Portaria SVS/MS n.º 109, de 26 de setembro de 1994, fazia uma tentativa de descentralizar da União para estados e municípios os processos de registro de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Alguns processos deveriam ser analisados exclusivamente no nível local ou estadual; outros começariam nos níveis subnacionais e terminariam na Secretaria de Vigilância Sanitária. Os entes receberiam através de convênio um valor estipulado por processo analisado. Conforme Lucchese (2001) não havia estratégia para operacionalizar a ferramenta e as constantes trocas de direção na Secretaria tornaram a Portaria sem validade.

Com o advento da NOB SUS 01/96 a vigilância sanitária teve sua importância reconhecida e as atribuições de cada ente federado para as ações da área foram minimamente descritas. O Piso Assistencial Básico (PAB) foi criado prevendo o repasse regular fundo a fundo diretamente para os municípios de acordo com seu tipo de habilitação para gestão do SUS. Em 1998, através da Portaria GM nº 1.885, de 18 de dezembro de 1997, foi instituído o PAB Variável e, dentro dele, foi destinado um valor *per capita* de R\$ 0,25 hab./ano para financiar as ações básicas de Vigilância Sanitária. Segundo Cohen (2009), este arranjo visava consolidar a proposta de municipalização das ações do SUS e apresentou avanços no financiamento e na definição de competências para as vigilâncias sanitárias locais. No entanto, de acordo com Lucena (2015), os municípios não foram capazes de estruturar adequadamente seus serviços e a execução da maioria das ações permaneceu sob a competência dos estados.

Apesar do repasse regular de recursos financeiros pelo órgão federal para induzir a execução dessas ações, não houve a correspondente estruturação e o funcionamento de serviço correspondente nos municípios. A execução da maioria das competências de vigilância sanitária permaneceu sob responsabilidade dos serviços estaduais. Mesmo nessas instâncias, a insuficiência e fragilidade do financiamento da vigilância sanitária contribuíam para a sua condição marginal no sistema de saúde (LUCENA, 2015; p. 1113).

Com a criação da ANVISA e a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em 1999, instrumentos específicos para regular a descentralização na vigilância sanitária passaram a vigorar sob a coordenação da Agência. No ano 2000, a Portaria GM nº 1.008, de 8 de setembro de 2000, regulou a transferência de recursos fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados na área de vigilância sanitária, através do Termo de Ajustes e Metas (TAM). O TAM era pactuado com estados e tinha como objetivo efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Para isso buscava proporcionar melhores condições de gestão nos três níveis de governo e tentava direcionar os objetivos organizacionais nas unidades da Federação para a realização de metas de inspeção, formação de pessoal e outros. Nesse período, além do financiamento das ações básicas realizada pelo Ministério da Saúde com o PAB Variável, a vigilância sanitária passou a contar com mais recursos da ANVISA para o desenvolvimento de ações de média e alta complexidade (COHEN, 2006; OLIVEIRA JR, 2001).

Segundo De Seta & Dain (2010), a ANVISA elegeu a esfera estadual como seu interlocutor privilegiado para as discussões sobre a descentralização ficando a cargo dos estados a coordenação do mesmo processo com seus municípios. Concomitante a este período, as Normas Operacionais Básicas da Assistência à Saúde – NOAS, publicadas em 2001 e 2002, representavam um esforço para o fortalecimento dos serviços de nível estadual. Para aumentar a capacidade de gestão do SUS buscou-se a cooperação entre os entes federados enfatizando a hierarquização e a regionalização das ações de saúde. Quanto à vigilância sanitária, a norma exigia que os municípios atendessem a alguns requisitos mínimos para que se habilitassem à gestão do SUS. Desta forma, este instrumento acabou fortalecendo ainda mais a ação dos órgãos estaduais na vigilância sanitária (OLIVEIRA JR, 2001; COHEN 2006).

Como resultado, esses instrumentos permitiram uma melhor estruturação dos serviços estaduais de vigilância sanitária, mas o processo correspondente não aconteceu com os municípios (DE SETA & DAIN, 2010). Diante disso, através da Portaria nº 2.473 de 20 de dezembro de 2003, a ANVISA incluiu os municípios na pactuação do Termo de Ajustes e Metas. Os municípios que aderissem à descentralização receberiam, além do

PAB Variável, R\$ 0,10/hab./ano deduzido do valor repassado aos estados mais R\$ 0,10/hab./ano alocado diretamente pela Anvisa. Para Lucena (2015), problemas de coordenação e monitoramento do TAM dificultaram a adesão à ferramenta pelos municípios e conseqüentemente os seus resultados para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como aponta:

Embora tenha contribuído para a estruturação dos órgãos de vigilâncias sanitárias no país, algumas dificuldades foram identificadas ao longo desse período nos mecanismos de pactuação do TAM: viés financeiro na implementação, em detrimento do compromisso sanitário; repasse tardio dos recursos financeiros aos municípios, apenas em 2004; baixa adesão, especialmente dos municípios, pelo descompasso entre as novas atribuições assumidas pelos gestores e os valores insuficientes de financiamento; pactuação de metas generalistas, incoerentes e não raro desvinculadas do quadro de saúde local; monitoramento precário das ações pactuadas, com baixa articulação entre as esferas na programação, execução e, principalmente, avaliação de resultados; e assimetria de relações e estratégias entre as três esferas de gestão (LUCENA, 2015; p. 1113).

Apesar de classificar as ações em diferentes níveis de complexidade, como acontecia na assistência à saúde, a vigilância sanitária não vinculou a execução das suas ações e a pactuação do TAM às modalidades de gestão existentes no SUS. Para Covem (2010) mesmo com o desenvolvimento das ações pelos estados, a insuficiência e fragilidade do financiamento da vigilância sanitária contribuíam para a sua condição marginal no sistema de saúde. Conforme relatório do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária vinha se configurando como *“um arranjo restrito aos serviços de vigilância sanitária, com baixo grau de coesão entre os componentes federal e estadual, incipiência do componente municipal e precário controle social”* (ABRASCO, 2009; p. 2).

Esse processo de descentralização tutelada do SUS, demasiadamente regulamentado, dava sinais de esgotamento. O financiamento compartimentalizado por tipo de serviço diminuía a autonomia dos estados e municípios na utilização dos recursos gerando atritos entre os entes federados e novos debates sobre a forma de financiamento e

política de descentralização. Na vigilância sanitária resultou em fragmentação, pulverização e má utilização dos recursos do SUS, evidenciando a necessidade de uma revisão no modelo (OLIVEIRA JR, 2001; SCATENA & TANAKA, 2001; COHEN, 2006).

Em um esforço para mudar esse cenário, em 2006 foi lançado o Pacto pela Saúde que tinha entre seus propósitos reduzir a complexidade normativa, flexibilizar e simplificar as regras da descentralização e organização do SUS. Em substituição aos processos de habilitação às modalidades de gestão, estados e municípios passaram a pactuar o Termo de Compromisso de Gestão que, em função das necessidades de saúde da população, estabelecia quais as metas e compromissos de cada nível de gestão visando maior solidariedade, cooperação e autonomia dos entes federados. Com o Pacto, o financiamento das ações também foi revisado. O Bloco de Vigilância em Saúde foi criado e, dentro dele, o componente de Vigilância Sanitária. A Portaria nº 1.998 de 21 de agosto de 2007 regulamentou o repasse de recursos instituindo o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária composto pelo Piso Estruturante e pelo Piso Estratégico.

O Piso Estruturante tinha valor de R\$ 0,36/hab./ano, era devido a todos os municípios e se destinava à estruturação e ao fortalecimento da gestão por meio de componentes como instalações físicas, equipamentos, sistema de informações, marco legal, capacitação de equipe técnica, instalação de serviço de acolhimento de denúncias. Já o Piso Estratégico tinha o valor de R\$ 0,21/hab./ano e era composto por ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário, tais como monitoramento de qualidade de produtos, investigação de surtos e controle de doenças.

Para recebimento dos recursos do Piso Estratégico, estados e municípios deveriam pactuar com a ANVISA um Plano de Ação em Vigilância Sanitária. Este era um novo instrumento de planejamento anual que discriminava os resultados esperados pelo setor de vigilância sanitária e quais recursos eram necessários para tais fins. Para se adequar a esse novo modelo e orientar os entes federados na elaboração de seus planos, a ANVISA publicou em 2007 o Plano Diretor de Vigilância Sanitária com o objetivo de *“se constituir em instrumento político norteador, que possibilite uma gestão estratégica*

para a transformação positiva do contexto sanitário nacional” (BRASIL, 2007; p. 17). Este documento estabeleceu as diretrizes e pautas específicas para ação das vigilâncias sanitárias do país visando à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

De acordo com Lucena (2015), esse período gerou importantes avanços para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Houve um significativo aumento no número de municípios que aderiram ao novo modelo e pactuaram seus Planos de Ação. Conseqüentemente, o volume de recursos financeiros disponibilizados para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária também aumentou. Além disso, a execução dos Planos de Ação foi monitorada pela ANVISA, o que levou a uma maior visibilidade das ações de vigilância sanitária. Para Lucchese (2010), essa política teve sucesso na transferência de tarefas para os municípios, no entanto, não proporcionou debate e formulação de propostas inovadoras para a reorganização do modo de ação da vigilância sanitária. Esta continuava sendo marcada por seu caráter cartorial e faltava articulação com o SUS para promover uma ação de saúde mais integral.

O novo modelo de organização e financiamento do SUS impunha uma vigilância sanitária mais articulada com outros setores de prestação de serviços de saúde, principalmente a vigilância epidemiológica e a vigilância ambiental. Cada vez mais era discutida a Vigilância em Saúde, uma proposta de reforma no modelo de atenção com maior integração entre a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a atenção básica (COHEN, 2009). A Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009, normatizou exatamente neste sentido e aprovou novas diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, aí incluída a vigilância sanitária. Entre estas diretrizes estavam o fortalecimento da participação popular, a descentralização regionalizada e cooperativa e a integração da área com a Atenção Primária à Saúde.

A Portaria nº 3.252/2009 regulou o repasse financeiro do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde com dois pisos: o Piso Fixo de Vigilância Sanitária e o Piso Variável de Vigilância Sanitária. O Piso Variável é destinado a incentivos específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da

vigilância sanitária mediante normatizações próprias. Já o Piso Fixo de Vigilância Sanitária objetiva o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária e passou a incorporar o Piso Estratégico e o Piso Estruturante

Em 2013 a Portaria 3252/2009 foi revogada e, atualmente, a norma que regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde é a Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Esta previu que o detalhamento das ações de vigilância sanitária deveria estar incluído apenas na Programação Anual de Saúde dos estados e municípios e a manutenção do repasse se dará mediante a alimentação regular da produção das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), dispensando-se assim os Planos de Ação. O Piso Fixo e Piso Variável de Vigilância Sanitária permaneceram, mas não há mais a divisão em componente estratégico e estruturante, sendo o valor *per capita* devido aos municípios de R\$ 0,60 hab./ano atualmente.

4. DESCENTRALIZAÇÃO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MINAS GERAIS

Para descrever o processo de descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais, essa pesquisa seguiu inicialmente 3 (três) passos. Primeiro procurou conhecer a estrutura organizacional do serviço no estado. Em seguida, analisou a adesão do estado e municípios às políticas nacionais de descentralização. E em terceiro lugar, analisou as políticas estaduais de descentralização e a adesão dos municípios a esses programas.

Após a coleta e análise dos dados foi possível selecionar três marcos fundamentais para compreensão do processo de descentralização da vigilância sanitária no estado e que serão utilizados a seguir para divisão deste capítulo em seções. O primeiro marco foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8080/1990 que instituíram o SUS, reconheceram a importância da vigilância sanitária e determinaram a descentralização como diretriz do Sistema. O segundo marco trata da criação da ANVISA em 1999, a quem foi atribuída a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e deu início às políticas nacionais específicas para descentralização das ações do setor. O terceiro marco foi a implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, uma política estadual com objetivo de efetivar a descentralização da área e que contou com adesão dos 853 municípios mineiros. Mas antes de analisar cada um desses marcos, segue uma breve contextualização da evolução institucional do serviço.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, no histórico institucional publicado no seu sítio eletrônico, a construção de um sistema estadual de saúde começou em 1891. Neste ano foi criada a Secretaria do Interior do Estado de Minas Gerais que recebeu, entre outras atribuições, a responsabilidade sobre as questões relacionadas à higiene e à saúde pública (MINAS GERAIS, 2010a). O serviço se estruturava em decorrência da experiência republicana que estava sendo implantada no Brasil, mas não significa que antes desse período não eram desenvolvidas ações sanitárias no território do estado. Com base em documentos históricos Galvão (2015) relata, por exemplo, que a fiscalização do comércio de alimentos já recaía como competência das Câmaras Municipais. Essas ações, no entanto, eram apenas um ensaio

para uma política de saúde pública.

Com o crescimento das ações desenvolvidas na Secretaria do Interior e a responsabilização do setor público mineiro pelas questões sanitárias frente aos desafios que se colocavam à saúde pública no território de Minas Gerais, a Lei nº. 452, de 09 de outubro de 1906 tratou de reorganizar o serviço no estado e autorizou a criação da Diretoria de Higiene, que veio a se tornar efetiva em 1910, através do Decreto n.º 2.733, de 11 de janeiro de 1910. Subordinada à Secretaria do Interior, a Diretoria de Higiene tinha sua sede em Belo Horizonte e contava com uma Repartição Central, um Laboratório Químico de Análises, um Serviço Geral de Desinfecção e uma Repartição Estatística Demográfica-Sanitária. Havia também as Delegacias de Higiene, estruturas desconcentradas instaladas nos municípios de Juiz de Fora (responsável Zona da Mata) e Caxambu (responsável pela Zona Sul). A Zona Norte do estado ficava na jurisdição da sede de Belo Horizonte. Entre as atribuições que a organização possuía estavam as inspeções sanitárias em estabelecimentos e produtos, a vacinação e o combate a epidemias, a fiscalização do exercício profissional da medicina e farmácia, bem como a desinfecção e a estatística demográfico-sanitária.

Em estudo realizado por Oliveira (2014), é possível verificar detalhes dos bastidores da criação da Diretoria de Higiene e de seu funcionamento. Através de análises dos projetos de lei que deram origem ao órgão, bem como discursos documentados e relatórios de gestão das autoridades legislativas e executivas que lideraram os trabalhos da Diretoria, a pesquisadora identificou o preocupante contexto da saúde pública em Minas Gerais na época, como um estado ameaçado por moléstias. As Câmaras Municipais eram incapazes de atender as demandas sanitárias e a necessidade de estruturação de um serviço sanitário estadual era urgente. Nos discursos citados podem-se perceber também as dificuldades financeiras do Estado, a rigorosa economia nos orçamentos da Diretoria e a opção pela criação de um serviço modesto com recursos humanos escassos. Outro ponto de destaque era a influência que as ações sanitárias de caráter policialesco realizadas por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e em outros locais do país tiveram para a criação do sistema mineiro de saúde.

Com o Decreto n.º 8.116, de 31 de dezembro de 1927, o Regulamento de Saúde Pública de Minas Gerais foi aprovado e a Diretoria de Higiene passou a ser denominada Diretoria de Saúde Pública. Sua estrutura passou a compreender sete inspetorias: Centro de Estudo da Doença de Chagas, Malária, Lepra e Doenças Venéreas; Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Odontologia e Obstetrícia; Inspeção dos Centros de Saúde, Profilaxia e Epidemiologia; Inspeção de Engenharia Sanitária; Inspeção de Demografia e Educação Sanitária; Inspeção das Estâncias Hidrominerais e Laboratórios de Análises. Segundo Abreu (2009) essas instituições permitiram que Minas Gerais se integrasse ao movimento brasileiro de reforma sanitária. Os acordos firmados com o governo federal eram marcados pelo alto grau de centralização e os avanços do estado relativos à administração sanitária realizados nesse período acompanhavam esse modelo fortemente centralizador. Começava a partir daí uma preocupação de ampliar as ações da Diretoria de Saúde Pública para as diversas regiões do Estado o que resultou na criação de postos de higiene, centros de saúde e planos de saneamento rural para alguns municípios. No entanto, as dificuldades de estender a assistência sanitária a todo o território mineiro eram grandes. Com a falta de recursos, o valor econômico das regiões acabava sendo determinante para priorização de ações que também tinham a finalidade de atender as colônias de imigrantes para fixar estes trabalhadores no território.

Em 1930 a política de saúde deixa de estar subordinada à Secretaria de Estado de Interior e passa a compartilhar uma pasta com a educação. O ato foi formalizado pela Lei n.º 1.147, de 06 de setembro de 1930, que criou a Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública. Posteriormente, através da Lei nº 152, de 04 de junho de 1948, foi criada a Secretaria de Saúde e Assistência e as políticas de saúde passaram a contar com uma pasta própria. Após nova reforma administrativa instituída pela Lei n.º 2.877, de 04 de novembro de 1963, a pasta passou a denominar apenas Secretaria de Estado da Saúde e recebeu como atribuição básica a defesa da saúde pública, a educação sanitária, e a assistência médica e sanitária.

No Decreto 7.355, de 02 de janeiro de 1964, que dispôs sobre a organização da nova Secretaria de Estado da Saúde a palavra vigilância sanitária não é usada nenhuma vez,

mas as atividades concernentes à área ficaram distribuídas em diferentes departamentos, como o serviço de análises laboratoriais, o serviço de inspeção, o serviço de registro e licenciamento, o departamento de atividades profissionais, a seção de controle de produtos farmacêuticos, entre outros. Havia também os Distritos Sanitários que se constituíam no conjunto dos órgãos da Secretaria que eram responsáveis pela execução de atividades de saúde pública em determinada região do estado. O destaque vai para o caráter executor desses Distritos. Minas Gerais fortalecia e regionalizava cada vez mais suas ações, mas ainda sem promover a descentralização político-administrativa para os municípios. De acordo com o Entrevistado 2:

Foi na década de 1970 que Minas Gerais fez suas primeiras unidades regionais de saúde de forma mais estruturada. Dividiu o Estado em regiões e começou a alocar contingente de pessoal lá. Então começou a ter um planejamento descentralizado, realmente ascendente. Foi aí que começou a ter um cadastro estadual de estabelecimentos de saúde, ou de interesse da saúde; que começou a conhecer este universo, porque não se sabia como que o universo era. Era totalmente desarticulado. Com as regionais de saúde, Minas Gerais começou a se organizar e a assumir esse papel de gestor do sistema. Nesse momento houve o primeiro movimento de descentralização, que eu chamo de desconcentração. [...] criou o sistema regional de saúde, criou as regionais de saúde e começou a descentralizar para uma secretaria estadual mais perto. Trinta municípios, cinquenta municípios sob uma direção regional, mas ainda continuava o Estado como dono das unidades de saúde. [...] então saía um caminhão daqui para levar papel higiênico em Pedra Azul. Os postos de saúde eram quase todos estaduais. O médico, enfermeiro, laboratorista, o motorista, o que tivesse lá era funcionário estadual. Imagina que loucura. Era absolutamente antieconômico e inviável. E as ações de vigilância também eram assim. O estado fazia a vigilância no estado inteiro, teoricamente, e o município só cuidava da área de alimentos, e as questões de zoonoses um pouco. [...] O que cabia ao município naquele momento? A criação de animais no domicílio em perímetro urbano, águas servidas e alimentos. Era basicamente isso que o município fazia. [...] A União já vinha transferindo o poder dela para o estado. Foram desativando os serviços federais e sendo incorporados à estrutura dos estados. E o primeiro passo para a organização em Minas Gerais foi a regionalização do serviço. [...] quando começou a chamar as pessoas a pensar a região, a planejar as ações por territórios que tinham características semelhantes até de cultura, clima, relevo; aí começou a articular os municípios e favoreceu a posterior municipalização. (Entrevistado 2)

É possível concluir que ao longo da década de 1910 e 1920 o serviço sanitário estadual foi criado e se inseriu na agenda sanitária nacional. Com o passar dos anos, apesar de enfrentar problemas estruturais, o serviço foi se institucionalizando em um ambiente republicano centralizador. Para viabilizar esse sistema, a desconcentração e regionalização das ações foram se fortalecendo e a partir da década de 1970 se consolidaram e ganharam capilaridade em todo o estado. O modelo de controle sanitário centralizador, no entanto, perdurou até a redemocratização, quando a Constituição Federal de 1988 propôs uma ampla reforma do sistema de saúde através da criação do SUS.

4.1. PERÍODO DE 1988 A 1998 – A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A CRIAÇÃO DO SUS

Com o movimento pela redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988 um novo modelo de saúde e de vigilância sanitária era apresentado para a sociedade. Como consequência do movimento popular de reforma sanitária, o SUS propunha a integralidade da atenção à saúde através de ações articuladas de prevenção, promoção e recuperação, bem como o controle social sobre as ações desenvolvidas. A Lei nº 8.080/1990 tratou de regulamentar o Sistema e dispôs sobre a organização e o funcionamento das ações de saúde. Trouxe a definição atual da vigilância sanitária e direcionou a prestação de serviços preferencialmente para o nível municipal. Conforme tratado nos capítulos anteriores, com base nos estudos de Costa & Rozenfeld (2000), Lucchese (2001), Cunha (2007) e De Seta (2010) esse movimento gerou uma reorganização do setor a nível nacional e a vigilância sanitária passou a ter maior notoriedade como uma ação de prevenção e promoção da saúde. Em Minas Gerais não poderia ser diferente. Nas palavras do Entrevistado 2 é possível perceber como essas normas provocaram uma ruptura com o modelo anterior:

As ações de vigilância começaram sempre com esse sentido (*econômico*). Veja, ao longo do Rio Doce, do Rio São Francisco, dos grandes rios navegáveis que chegavam no mar, eles criavam alguns portos fluviais e também criavam uma estrutura de saneamento por causa da lógica do comércio. [...] E só com a Constituição de 1988, para mostrar a ruptura que foi, que a saúde virou direito de cidadania.

Até então era um favor. [...] A instituição da sua categoria profissional que provia saúde para você. Se você não era filiado, você ia para as Santas Casas de Misericórdia. Foi uma ruptura total. Aí muda a lógica, passou a ser direito do cidadão de ter saúde e dever do Estado de prover. Aí não era mais só a assistência médica hospitalar, aí você tinha que ter as ações preventivas, que é a marca da vigilância. Em que pese ela não tivesse esse reconhecimento, ela já fazia um pouco isso ao autorizar o funcionamento de um estabelecimento na área da saúde. Mas a vigilância da época era só essa. Era uma coisa puramente cartorial e burocrática. Só para colocar formalmente o estabelecimento no sistema e arrecadar em cima dele. Não era tão sanitária a lógica, era muito mais econômica. E na Constituição de 1988 que muda e aí sim cria uma regra para a vigilância. Ela passa a ter um caráter menos “fiscalizativo” e menos burocrático cartorial e amplia a visão. Deixa de ser só o cadastro e passa a ser uma ação de saúde efetiva. A lógica passa a ser antecipar o problema, fazer a prevenção. [...] por isso que acontece a Lei Orgânica da Saúde; você cria uma estrutura para a saúde. Aí sim você tem uma lei, uma norma legal que estabelece uma outra lógica para a vigilância sanitária. Você tinha legislação anterior, claro, tinha um arcabouço legal, mas a visão era outra. Ela era puramente centrada na questão de resgatar a saúde. A intervenção não era para antecipação ou promoção. E a vigilância é basicamente o contrário, é evitar que a coisa aconteça. (Entrevistado 2)

Ainda de acordo com o Entrevistado 2, além da mudança no modelo de atenção à saúde, a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080/1990 também consolidavam o movimento de regionalização pelo qual passava o estado de Minas Gerais; davam início a uma nova cultura de participação popular e controle social na saúde e colocavam em pauta a necessidade de reestruturação do serviço de vigilância sanitária para iniciar o processo de descentralização das ações para o município.

Com essa ruptura, com essa mudança, o Estado começa a se reorganizar. [...] E a Constituição Federal instituiu também o controle externo. Bem ou mal, você tinha que ter um Conselho de Saúde. Pelego ou não, todo município tinha que ter um Conselho de Saúde. Então começa a criar uma capacidade de cobrança e de articulação. [...] A Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, então, propuseram de cara municipalizar. Não foi o que aconteceu imediatamente, mas fortaleceu esse movimento de regionalização do estado. De certa forma o estado perdia sua função de dono do negócio, e o Ministério mais ainda, deixando de ser o operador do sistema para ser o gestor do

sistema. E Minas Gerais passa a colocar as regionais para assumir esse papel de gestor do sistema. (Entrevistado 2)

Como desdobramento desse processo de reforma, a Lei nº 10.636, de 16 de janeiro de 1992 reorganizou a Secretaria de Estado da Saúde e a vigilância sanitária de Minas Gerais foi formalizada pela primeira vez como uma superintendência incorporando em um só setor as ações de controle sanitário sobre produtos, serviços e estabelecimentos de saúde ou de interesse da saúde.

Ao longo da década de 1990 o processo de descentralização foi sendo regulado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/92, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96) que estabeleceram as competências e responsabilidades de cada ente federativo para a organização do Sistema. Em 1998, a introdução do Piso Assistencial Básico Variável determinou o repasse de recurso próprio para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária para o estado e municípios que se habilitassem ao processo de descentralização. Entretanto, seguindo a tendência nacional, a municipalização da assistência à saúde avançou, mas em relação à vigilância sanitária, o forte contexto de crise institucional pelo qual passava a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária comprometia os avanços da área.

Como um reflexo da insipiência da política nacional de vigilância sanitária, o Entrevistado 1 declara que não existia por parte do estado de Minas Gerais uma estrutura de monitoramento ou incentivo à descentralização das ações de vigilância sanitária. Acerca desse período o Entrevistado 4 também relata:

Não se falava em descentralização de vigilância sanitária no município. Quem fazia as ações de vigilância sanitária era o estado. A descentralização e a municipalização estavam na pauta, mas só da assistência. (Entrevistado 4)

Havia também uma resistência dos próprios municípios em assumir as ações da área:

Até os grandes municípios eram resistentes demais a assumir as ações de vigilância sanitária. A maioria dos fiscais era de nível médio, não tinha fiscal de nível superior. Então era questão de poder, eles iam

perder espaço, iam chegar os doutores e tomar o espaço deles. Por isso eles nunca queriam ação que exigisse nível superior para fiscalizar. Eles queriam só manter a fiscalização de zoonoses, ambiente de trabalho, alimentos, essas coisas que não precisavam de uma formação mais qualificada. E a categoria era muito forte, como é até hoje. Então essas questões políticas interferiam demais. Tinha cidades que a fiscalização sanitária estava na secretaria de posturas, não estava nem na secretaria de saúde. Tem muita cidade que é assim ainda. Era muito heterogênea a forma de organização. (Entrevistado 2)

Assim, ao longo da década de 1990, apesar de estabelecida a diretriz de descentralização, a municipalização do serviço pouco avançou na vigilância sanitária de Minas Gerais.

4.2. PERÍODO DE 1999 A 2010 – A CRIAÇÃO DA ANVISA E A DEFINIÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No início do ano de 1999 a ANVISA é criada e fica responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sob direção da Agência, a vigilância sanitária passou a contar com novos instrumentos de gestão para fortalecer o financiamento de suas ações e o processo de descentralização. O primeiro deles foi o Termo de Ajustes e Metas que, a partir do ano 2000, pactuou entre governo estadual e ANVISA o desenvolvimento das ações de média e alta complexidade do setor. Conforme De Seta & Dain (2010) nesse período a ANVISA priorizou a interlocução com a esfera estadual e deixou a cargo dos estados a coordenação do processo de descentralização aos municípios, o que não veio a se concretizar. Em Minas Gerais, os relatos dos entrevistados 1 e 4 confirmam essa avaliação. Segundo eles, nesse período a Agência Nacional realizou uma série de reuniões com a vigilância sanitária estadual, elaborando planos de ação conjunto para estabelecer a transferência de competências. O estado, entretanto, não tinha condições para coordenar o processo de descentralização para 853 municípios enquanto, ao mesmo tempo, reorganizava suas estruturas para executar as ações que antes estavam no nível nacional.

No ano de 2003 a Secretaria de Estado de Saúde propõe uma nova estrutura administrativa através do Decreto 43.241, de 27 de março de 2003, e cria a Subsecretaria de Vigilância em Saúde, na qual foram incluídas as superintendências de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica. No plano federal, com a avaliação de que o processo de descentralização ainda não havia avançado à municipalidade, a partir de 2004 a ANVISA estende aos municípios a possibilidade de pactuação do Termo de Ajustes e Metas (DE SETA & DAIN, 2010; COHEN, 2009).

Em Minas Gerais apenas 16 municípios aderiram a esta pactuação, e entre esses apenas municípios grandes, de maior população e economia mais desenvolvida. De acordo com os entrevistados 1 e 5 o motivo desta baixa adesão era devido à forma do financiamento das ações. Uma vez que o recurso destinado aos municípios que pactuassem o Termo era subtraído do montante financeiro estadual, não havia incentivo para que o estado fomentasse a descentralização, pois isso significaria menos recursos na conta da vigilância sanitária do estado. O entrevistado 4 destaca que a política de estruturação da esfera estadual continuava como prioridade nesse período, mas a municipalização do serviço de vigilância sanitária entrava definitivamente na pauta do estado, que começava a desenvolver suas primeiras ações nesse sentido. Além disso, os municípios de maior porte já se estruturavam para assumir as ações de média e alta complexidade.

Quando a ANVISA foi criada começou a ter mais recursos (*financeiros*) para a vigilância sanitária do estado e de alguns municípios maiores. O Termo de Ajustes e Metas vinha de Brasília, era pactuado com os municípios, e Minas repassava de novo para Brasília para receber o recurso. Esse foi o primeiro passo para os municípios começarem a assumir suas responsabilidades nas ações de vigilância sanitária. Só que nesse período tinha que estruturar a vigilância sanitária. A opção do estado foi claramente o fortalecimento da própria estrutura. A ANVISA fazia reuniões periódicas com todos os estados para estruturação dos serviços. Nesse período as vigilâncias sanitárias das regionais receberam carros, microcomputadores, equipamentos. Isso porque a estrutura era muito ruim mesmo. Precisava arrumar a casa primeiro. Mas depois o estado também doou para mais de trinta municípios carros e microcomputadores para que eles desenvolvessem as ações prioritárias de vigilância sanitária. Talvez essa foi a primeira vez que pensamos nos municípios. Só que o que a gente observou é que raramente esses carros eram usados pela

vigilância. O município acabava usando para transporte de pacientes e outras mil coisas, menos vigilância. Acaba que nessa época tínhamos sempre a preocupação de capacitar os municípios, mas sem expectativa de que eles assumissem de fato as ações. (Entrevistado 4)

Com a vigência do Pacto pela Saúde e a revisão do financiamento das ações, todos os municípios passaram a receber, a partir de 2007, o Piso Estruturante de Vigilância Sanitária para que os serviços básicos fossem estruturados e mantidos. Para o financiamento dos serviços estratégicos para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA instituiu o Piso Estratégico de Vigilância Sanitária e desenvolveu uma nova ferramenta de pactuação em substituição ao Termo de Ajustes e Metas, o chamado Plano de Ação. Com a finalidade de fortalecer as vigilâncias sanitárias locais, este instrumento teve maior importância para o processo de descentralização em Minas Gerais, pois contou com uma maior adesão por parte dos municípios. Em 2007 foram 17 municípios que pactuaram o Plano e, portanto, estiveram aptos para receber os recursos do Piso Estratégico (Portaria nº 1998/2007). No ano de 2010 esse número já havia subido para 560 (Portaria nº 1106/2010) e em 2012, eram 626, ou seja, 73% dos municípios mineiros estavam recebendo o recurso estratégico da ANVISA (Portaria nº 926/2012) para desenvolver ações de média e alta complexidade. Isso significou mais recursos financeiros disponíveis para o desenvolvimento de ações estratégicas de vigilância sanitária nos municípios. De acordo com o Entrevistado 1, a vigilância sanitária estadual fazia um monitoramento com foco apenas em questões financeiras dos Planos de Ação pactuados pelos municípios. O acompanhamento da execução das ações pactuadas ficava em segundo plano. Sobre esses Planos de Ação o Entrevistado 2 declara:

A grande vantagem dos Planos de Ação é que eles estabeleciam um planejamento das ações que você iria fazer e o financiamento dessas ações. Foram um avanço sim, porque você criou e estabeleceu regras e deu transparência ao que ia ser feito. Como que você ia fazer com um sistema que sempre funcionou centralizado? Como que você ia mudar isso? Quem ia fazer o que, como, quando, qual a responsabilidade de um, de outro. Mais ou menos como um contrato com obrigações dos dois lados. Esse tipo de ferramenta realmente é capaz de organizar o sistema. Mas depende de como ele é usado. A ferramenta não é ruim,

o ruim é como eles usam a ferramenta. E a pactuação era uma moeda de troca. Ou você pactua ou não recebe o recurso. (Entrevistado 2)

Ainda no ano de 2007, a partir do Plano Piloto de Microrregionalização de Vigilância Sanitária, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais começou a implementar as primeiras políticas públicas estruturadas e de iniciativa própria visando à descentralização das suas ações. Esse Plano Piloto foi desenvolvido em parceria com o Ministério Público e as prefeituras de 9 (nove) municípios da microrregião de saúde de Águas Formosas. Tendo em vista a solução de problemas relacionados à higiene de alimentos comercializados na região, o projeto realizou um minucioso diagnóstico do território e estabeleceu uma estrutura microrregional de vigilância sanitária através do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região. O estado aportou recursos para custeio das ações de inspeção, para contratação de profissionais, compra de veículos e o desenvolvimento de ações educativas para comerciantes, fiscais sanitários municipais e população da região. De acordo com o relatório do Plano Piloto seus resultados foram positivos e permitiram a adequação de muitos produtores às normas sanitárias com consequente formalização e licenciamento sanitário de suas atividades.

O Plano Piloto vigorou até 2011 quando sua continuidade e ampliação para as demais regiões do estado foi proposta. Mas a gestão da Subsecretaria de Vigilância em Saúde que assumiu a pasta naquele mesmo ano encerrou o Plano Piloto e deu início a um novo Projeto que será descrito na seção seguinte. Considerando a perspectiva dos entrevistados, o minucioso diagnóstico realizado pelo Plano Piloto permitiu ao estado conhecer melhor a realidade e dificuldades dos municípios na gestão de vigilância sanitária. No entanto, há críticas quanto à estratégia de implantação, utilizando-se de convênios com consórcios, uma vez que a unidade regional de saúde poderia ser fortalecida para cumprir este papel.

Valendo-se dessa experiência, em 2010 a Superintendência de Vigilância Sanitária elaborou o Plano Mineiro de Descentralização da Vigilância Sanitária. O documento reconhece a omissão e a ausência de controle por parte do estado quanto ao processo de descentralização da vigilância sanitária para os municípios e justifica a criação deste

Plano com base na importância de adequação de Minas Gerais às legislações federais que estabelecem a municipalização do serviço. Alguns dos principais pontos críticos podem ser destacados:

É fato que a implementação da VISA¹ a nível municipal ocorreu de forma desordenada, transferindo responsabilidades sem um apropriado acompanhamento destas ações. Vários fatos podem justificar o ocorrido, como escassa mão de obra a Nível Central/GRS's para coordenar a correta descentralização, falta de um sistema de informações entre as esferas de governo (ANVISA/Estado/Município), desconhecimento do papel do Estado, dentre outras, o que acarretou perda de controle e informação a nível Central, o que impossibilita ao Estado realizar de forma eficaz as atividades de coordenação, assessoramento, avaliação, etc.

[...] Através desta breve análise pode-se verificar que o processo de descentralização não ocorreu de forma completa, pois mais de 20% dos municípios de Minas não possuem VISA o que, em relação a descentralização, coloca a Vigilância Sanitária em demérito em relação a outras áreas como a assistência, haja visto que já se decorreram 20 anos da publicação da lei 8080/90 estabelecendo obrigatoriedade do município em realizar ações de vigilância sanitária. Outra constatação, também não exclusiva da Vigilância Sanitária, é que a transferência de responsabilidade e execução das ações de VISA para os municípios que possuem VISA ocorreu sem nenhum controle acompanhamento e supervisão do estado, visto que as VISA's municipais existentes ainda não estão executando as ações de VISA consideradas mais básicas, como drogarias.

[...] Exposto acima, pode-se verificar que é necessário o estado assumir sua principal função que é de coordenador, estabelecendo metas e estratégias para concreta descentralização da execução das ações sanitárias para os municípios. (MINAS GERAIS, 2010b)

Seguindo as diretrizes do Plano Diretor de Vigilância Sanitária estabelecido pela ANVISA em 2007, o Plano Mineiro de Descentralização da Vigilância Sanitária propôs uma estratégia de intervenção para descentralizar as ações da área em 6 (seis) etapas: i) diagnóstico situacional das vigilâncias sanitárias municipais; ii) sensibilização e conscientização dos gestores municipais e sociedade sobre importância e necessidade da vigilância sanitária municipal; iii) estruturação da vigilância sanitária do município; iv) formação e capacitação permanente dos fiscais, v) descentralização da execução das ações de vigilância sanitária; e vi) coordenação, monitoramento, avaliação das ações realizadas pelo município.

¹ VISA é a sigla utilizada no documento para designar a vigilância sanitária.

A execução da primeira etapa, a realização dos diagnósticos situacionais, se deu conjuntamente à elaboração do Plano, portanto, seus principais resultados podem ser verificados no próprio documento, como destacado no trecho a seguir:

No estado encontram-se municípios com Vigilâncias Sanitárias bem estruturadas, funcionando satisfatoriamente, bem como municípios sem Vigilância Sanitária [...] Segundo levantamento realizado em 2010 pela VISA-MG, dos 853 municípios de Minas Gerais, 677 municípios declaram ter VISA (79%), porém em uma análise de estabelecimentos de ampla disseminação nos municípios, ou seja, estabelecimentos presentes em quase todos os municípios, verificou-se que apenas 207 (24%) das VISA's municipais inspecionam drogarias e 71 Municípios (8%) inspecionam Farmácias, ficando o restante a cargo da Vigilância Sanitária estadual.

[...] Devido à grande demanda de execução de ações de Vigilância Sanitária consideradas de baixa complexidade e passíveis de serem executadas pelos municípios, o estado vem se ocupando em executar as ações de VISA, cuja competência é estabelecida só em caráter complementar, deixando sua principal função que é de coordenador das ações sanitárias. (MINAS GERAIS, 2010b)

O Plano de Descentralização e o diagnóstico realizado expõem a fragilidade estrutural e de gestão do processo de descentralização da vigilância sanitária em Minas Gerais. No entanto, não houve nenhum mecanismo ou estratégia para implantação efetiva de suas propostas. Logo, a execução do Plano Mineiro de Descentralização acabou se restringindo à sua primeira etapa que ocorreu ainda em 2010 e serviu apenas como um documento de diretrizes para os anos seguintes.

Na perspectiva dos entrevistados 2 e 3, as experiências acumuladas do Projeto Piloto e do Plano Mineiro de Descentralização, apesar de não se perenizarem, forneceram aos técnicos estaduais envolvidos um importante subsídio para a formulação e gestão de políticas públicas. Essas experiências seriam fundamentais para a construção de um novo projeto estadual visando efetivar descentralização das ações de vigilância em saúde.

4.3. PERÍODO DE 2011 a 2015 – O PROJETO DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Antes de descrever este projeto, é importante contextualizar acerca das normativas e diretrizes que o fundamentaram. No ano de 2009 foi publicado pelo Ministério da Saúde a Portaria n. ° 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que regulamentou novas diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde e preconizou pela integração dos processos de trabalho das vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador, situação de saúde e promoção da saúde) com a atenção primária. Essa legislação começou a desencadear em Minas Gerais uma proposta de maior inserção e integração da vigilância sanitária com os demais setores da saúde.

Com base no modelo de vigilância em saúde apresentado por essa Portaria, em 2011, a Secretaria de Estado de Saúde iniciou um trabalho de reestruturação e planejamento das ações de vigilância. O Decreto n. ° 45.812, de 14 de dezembro de 2011, dispôs sobre a nova estrutura orgânica da Secretaria e definiu a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SubVPS em substituição à Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Nessa nova estrutura organizacional a Subsecretaria foi instituída com duas superintendências: Superintendência de Vigilância Sanitária e Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. A vigilância sanitária foi designada com quatro diretorias: a diretoria de vigilância em serviços de saúde, a diretoria de vigilância de alimentos, a diretoria de vigilância em medicamentos e congêneres e a diretoria de infraestrutura física. A Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador tinha sob sua direção a diretoria de vigilância epidemiológica, a diretoria de promoção à saúde de agravos não transmissíveis, a diretoria de vigilância ambiental, a diretoria de análise da situação de saúde e a diretoria de saúde do trabalhador. Nas Unidades Regionais de Saúde, que somam um total de 28 (vinte e oito), através da Resolução SES n. ° 3070, de 30 de dezembro de 2011, foram criadas as Coordenações de Área Temática de Vigilância e Proteção à Saúde, possuindo sob sua supervisão o Núcleo de Vigilância Sanitária e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A primeira iniciativa deste processo de reestruturação e planejamento das ações de vigilância em saúde do estado foi a definição dos gestores estratégicos para a Subsecretaria. Além do subsecretário, superintendentes e diretores que ocuparam seus cargos no nível central, foram nomeados os coordenadores de Área Temática de Vigilância e Proteção à Saúde nas Unidades Regionais que passariam a ter papel central no projeto que estava sendo desenhado.

O planejamento iniciou com uma etapa denominada Análise de Cenário. Sua condução foi feita pela assessoria da SubVPS e tinha como objetivo conhecer o contexto da vigilância em saúde no Estado. Inicialmente foi feito um levantamento de indicadores que pudessem refletir a situação da vigilância em saúde de Minas Gerais e assim, priorizar ações do seu rol de atuação. Em paralelo, cada diretoria preencheu um questionário elaborado pela Subsecretaria chamado Painel de Desafios² que buscava identificar os objetivos institucionais da área, as principais rotinas de trabalho, os projetos desenvolvidos pelo setor, os desafios encontrados para operacionalização de seu papel e quais as sugestões da área para avanços na gestão. Em seguida, foram realizadas oficinas regionais que envolveram todas as Áreas Temáticas de Vigilância e Proteção à Saúde das 28 Unidades Regionais de Saúde com o objetivo de compreender a situação da vigilância em saúde nos territórios regionais, divulgar os objetivos da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde e formular estratégias para alcance dos resultados e metas propostas pela gestão.

Esta etapa, no fim, identificou pouca integração entre as áreas da vigilância em saúde, baixa capacidade de gestão das ações da área e reduzido poder de coordenação e monitoramento das ações municipais. A fragilidade na gestão parecia clara para os gestores estaduais. Havia pouco monitoramento das ações municipais e a informação disponível para o estado acerca das ações desenvolvidas nos municípios era insipiente. Isso foi demonstrado na apresentação utilizada pela SubVPS para apresentar seu planejamento estratégico em que ela resume a situação do Estado como: “*cenário de muita execução e pouca gestão*” se referindo a que a vigilância em saúde estadual executava muitas ações, mas não fazia a gestão e coordenação do processo de

² Para o Painel de Desafios veja o Apêndice I.

descentralização aos municípios.

Um cenário de um estado, com 853 municípios, em franca transição epidemiológica, demográfica e nutricional, apresentando uma Vigilância em Saúde distante do território, pouco integrada internamente e do modelo de atenção, com baixo potencial de resultados para o cidadão (Apresentação institucional do Planejamento Estratégico SubVPS/SES, 2012)

Na vigilância sanitária, o primeiro grupo de desafios identificado estava relacionado a falta de informação qualificada sobre os recursos humanos e materiais dos municípios. Não se tinha dados precisos acerca da capacidade técnica e operacional das vigilâncias sanitárias locais para desenvolverem suas ações. O conhecimento deste cenário estava intrínseco com os técnicos estaduais que atuavam nas Unidades Regionais de Saúde em atividades diretamente ligadas aos municípios. Os técnicos do nível central, no entanto, os principais formuladores de políticas, não conheciam adequadamente este panorama.

Outro problema relacionado no Painel de Desafios e complementado pela fala dos entrevistados foi a falta de informação acerca das ações de vigilância sanitária desenvolvidas pelos municípios. Quais ações eram executadas e quais não? Qual a qualidade dessas ações? A percepção era de que grande parte dos municípios executavam pouco e com baixa qualidade, no entanto, a ausência de indicadores não permitiam um diagnóstico preciso que apontasse gargalos para priorizar intervenções.

A segunda etapa do planejamento teve início com a elaboração de um Mapa Estratégico contendo os objetivos da Subsecretaria. Todos os gestores estratégicos até então (assessores da subsecretaria, superintendentes, diretores e coordenadores de área temática) foram inscritos em um Programa de Capacitação de Gestores ministrado pela Fundação Dom Cabral (instituição de educação executiva que atua em cooperação com instituições locais) que teve como um de seus produtos a elaboração do Mapa Estratégico da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde.³ Entre os principais objetivos estratégicos deste Mapa estava a construção de um sistema de vigilância em

³ Para o Mapa Estratégico da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde veja o Apêndice II.

saúde que fosse capaz de descentralizar para os municípios as ações da área e monitorar permanentemente a situação de saúde dos territórios, funcionando de forma regionalizada e integrada.

Esse objetivo foi considerado prioritário pela gestão e teve início uma terceira etapa no planejamento que foi a formulação de um projeto de descentralização que permitisse a construção desse sistema de forma a agregar as principais estratégias e diretrizes da vigilância em saúde de Minas Gerais. Outra diretriz para a formulação do Projeto era seu caráter participativo, por isso procurou envolver técnicos estaduais e representações municipais em sua concepção.

Visando dar resposta a alguns dos desafios encontrados, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais formulou o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (Resolução SES/MG nº 3152, de 14 de fevereiro de 2012) com o objetivo geral de *“implantar um Sistema Regionalizado de Vigilância em Saúde visando efetivar a descentralização das ações da área para todos os municípios mineiros”* (SES, 2012). Esta Resolução determinou o primeiro projeto de iniciativa própria do Estado de Minas Gerais para regulamentar e fomentar o processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde de forma universal e com incentivo financeiro para todos os municípios do território estadual. Entre seus objetivos específicos estava a preocupação de articular o conjunto de tecnologias de vigilância em saúde entre si (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e promoção da saúde) e a necessidade de desenvolver um ambiente de monitoramento constante das ações realizadas pelos municípios.

Com base nas entrevistas realizadas, é possível notar que o Projeto de Fortalecimento teve como fundamento a Portaria nº 3252/2009 e essa proposta de organização integrada de vigilância em saúde. A influência desta legislação é tão significativa que, mesmo após a sua revogação pela Portaria nº 1.378/2013, algumas ferramentas de gestão do Projeto continuaram a fazer referência a ela. Os comentários do Entrevistado 2 indicam a significância desse processo:

[...] Havia um conhecimento técnico e uma certa militância política de fazer entender que se você não tiver uma visão holística da saúde a coisa não avança. A Portaria 3.252/2009 foi o grande avanço. É a nossa bíblia. [...] Foi a Portaria que motivou a criação do Projeto de Fortalecimento. A proposta era implantar a vigilância em saúde em Minas Gerais e tentar acabar com o trabalho desarticulado da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica. Claro que já existia a consciência sanitária disso antes, de que não existem várias vigilâncias, existe a vigilância em saúde. Por que vigilância sanitária? As duas são sanitárias. Como que separa uma coisa da outra? Por exemplo, em um açougue que está com as prateleiras todas bonitinhas, mas o teor de sal da carne de sol é muito alto, é a hipertensão que mata. Não é a falta de higiene ou achar pelo de rato. [...] O que o Projeto propunha? Juntar as visões e que a vigilância tinha que ser feita lá na ponta, na unidade de saúde. É pensar nos condicionantes e determinantes dos agravos mais do que só o cartão de vacinação e o peso do menino. Então tem que ser vigilância em saúde. O menino está vacinado, mas quais os demais agravos que ele pode ter? E a Portaria é brilhante nesse sentido. Ela propõe uma visão holística da saúde. E a Portaria foi revogada em 2013, né? Perdemos de novo a guerra. A Portaria juntava, a que substituiu separa de novo as vigilâncias. Quando começamos a avançar, ela retrocedeu. Todo o Projeto de Fortalecimento está baseado na Portaria e deram uma rasteira na gente. Quase morremos quando perdemos essa Portaria. Você avança na lógica da integralidade e perde de novo para a dicotomia. (Entrevistado 2)

O Projeto, no entanto, encontrou dificuldades e resistência para ser implementado, principalmente na vigilância sanitária. Note abaixo a percepção dos entrevistados 2 e 4:

O Projeto de Fortalecimento foi implantado a duras penas. Tivemos que criar uma grande estrutura de implantação. Foram 13 viagens regionais, dois dias com os técnicos para liderar essa mudança. Os técnicos não acreditavam. Teve muito boicote. A briga entre as vigilâncias é muito grande até hoje. Disseram que estava acabando com o poder de polícia da vigilância sanitária e passando para a epidemiologia. Foram três abaixo assinados dos servidores para o secretário pedindo para ele acabar com o Projeto. Então o contexto político não era muito favorável, mas você tinha um arcabouço legal que favorecia. Então nós tentamos implantar usando esse arcabouço legal. E como implementar isso em Minas Gerais? É organizando o município para que ele possa cumprir isso. Aí tinha que organizar a estrutura física, padronizar o financiamento. Incentivar o município a pegar o dinheiro que ele tinha e as várias ações que ele fazia para transformar em uma ação única. (Entrevistado 2)

Por sua vez, o Entrevistado 4 declara:

Algumas iniciativas de vigilância em saúde aconteceram em algumas regionais antes, mas nada da grandeza do Projeto de Fortalecimento, que impôs o processo para todo o estado. Quando veio a descentralização, o Projeto de Fortalecimento e essa proposta de Vigilância em Saúde tivemos muitas dificuldades. Para mim todos os funcionários tinham que ser efetivos e a vigilância sanitária precisa de funcionários com carreira típica de Estado, e isso não acontece nos municípios. Sinceramente eu não acho possível trabalhar vigilância sanitária e vigilância epidemiológica junto. Não na estrutura que nós temos. O fiscal do município acaba fazendo pequenas ações porque ele fica com medo do prefeito. Se ele ameaçar interditar um estabelecimento o empresário que é amigo do prefeito vai lá reclamar dele e ele é mandado embora. [...] O funcionário tem ação de fiscal e de inspetor. E hoje as pessoas não querem fazer isso. E isso é um dos maiores problemas porque a gente não consegue fortalecer a vigilância sanitária nos municípios. O fiscal municipal, de forma geral, não tem nível superior e não é efetivo. A vigilância sanitária compreende um vasto campo de atuação e tem que ter uma formação muito complexa. Sempre achei que para trabalhar na vigilância sanitária tinha que gostar e ter perfil militar. Ele não é um soldado, mas ele que constitui os olhos e ouvidos da sociedade. Ele tem que chegar no local e ter postura, saber o que fazer, sem medo de ser mandado embora. Antigamente tinha uma capacitação contínua para isso. Não é perguntar e aceitar a resposta do fiscalizado. O sujeito tem que saber o que está fazendo e ser firme na sua postura. Hoje o pessoal é muito menos sensibilizado. Parece que o sujeito não está se sentindo “empoderado” para proteger o cidadão. (Entrevistado 4)

Esses depoimentos mostram que há duas concepções de vigilância sanitária que se conflitam. Uma de polícia sanitária, que se apega ao poder de polícia do fiscal e confia na sua capacidade de proteger a saúde da população. E uma outra voltada para a consciência sanitária, que defende a integralidade da atenção à saúde e prioriza a educação sanitária como a melhor forma de prevenir e promover a saúde. Mas diante da Portaria 3.252/2009, Minas Gerais optou por este projeto de integração, de educação sanitária e de vigilância em saúde. Sendo assim, a partir de 2012 a vigilância sanitária passou a integrar um projeto estadual para descentralização das ações de Vigilância em Saúde, quando foi implementado o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (Resolução SES/MG nº 3252, de 14 de fevereiro de 2012).

O Projeto de Fortalecimento propôs um incentivo financeiro para os municípios que pactuassem com o estado, por meio da assinatura de um Termo de Compromisso, um elenco de ações e metas de vigilância em saúde. Até o período aqui estudado foram três

pactuações realizadas em decorrência da publicação de três resoluções estaduais. A primeira, Resolução SES/MG nº 3152, de 14 de fevereiro de 2012, vigorou de junho de 2012 a maio de 2013. A segunda, Resolução SES/MG nº 3.717, de 17 de abril de 2013, vigorou de junho de 2013 a maio de 2014. E a terceira, Resolução SES/MG nº 4.238, de 19 de março de 2014, vigorou de junho de 2014 a dezembro de 2015. Estas resoluções são editais de convocação aos municípios para adesão ao Projeto e mantiveram os mesmos princípios, apenas com pequenas alterações entre elas.

Para aderir ao Projeto, os municípios precisavam primeiro preencher um Formulário de Diagnóstico Local de Vigilância em Saúde. Esta ferramenta, além de permitir ao município a avaliação de sua estrutura atual na vigilância em saúde, tinha como objetivo disponibilizar as mesmas informações para o estado, possibilitando assim a formação de um banco de dados para subsidiar políticas públicas do setor. O formulário, de preenchimento eletrônico, tinha cinco blocos: i) o bloco de identificação, em que eram declarados os dados gerais do município; ii) o bloco de gestão, cobrando informações acerca dos gestores, da legislação municipal, do planejamento da vigilância em saúde e dos recursos humanos; iii) o bloco de estrutura, que era discriminado para cada uma das seis áreas da vigilância e solicitava informações sobre os espaços físicos, equipamentos, insumos e meios de transporte disponíveis; iv) o bloco de procedimentos de interesse da vigilância em saúde, para declarar o que era realizado pelo município; e v) o bloco de ações de vigilância em saúde, a informar quais atividades eram desenvolvidas pela administração local.

Após o diagnóstico de sua estrutura, o município deveria então escolher qual elenco de ações ele faria adesão. O Projeto de Fortalecimento propôs 3 (três) elencos, com complexidade de ações crescentes e que envolviam um conjunto de ações das seis áreas de vigilância em saúde (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância ambiental e promoção da saúde). O Elenco 1 representa ações consideradas de baixa complexidade. O Elenco 2 ações de média complexidade e sua pactuação implica em desenvolver também as ações do Elenco 1. O Elenco 3 representa as ações de alta complexidade e, de modo semelhante, acumulam as ações do Elenco 1 e 2.

Quadro 1: Resumo das ações pactuadas no Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde por elenco:

ELENCO 1 – AÇÕES DE BAIXA COMPLEXIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção sanitária de estabelecimentos de saúde - Inspeção sanitária de estabelecimentos de interesse da saúde - Inspeção sanitária de estabelecimentos na área de medicamentos e congêneres - Inspeção sanitária de estabelecimentos na área de alimentos - Investigação de surtos relacionados a alimentos e água para consumo humano - Notificação dos riscos identificados nas inspeções - Atendimento de denúncias da população - Realização de ações de educação e informação em saúde na área de vigilância sanitária
ELENCO 2 – AÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção sanitária de estabelecimentos de saúde - Inspeção sanitária de estabelecimentos na área de medicamentos e congêneres - Inspeção sanitária de estabelecimentos na área de alimentos - Avaliação de projetos arquitetônicos dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário
ELENCO 3 – AÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção sanitária de estabelecimentos de alta complexidade

Fonte: Resolução SES/MG nº 4.238, de 19 de março de 2014.

Tendo como base a última edição do Projeto, o Elenco 1 contou com 8 (oito) ações específicas para a vigilância sanitária que são: i) a inspeção sanitária de estabelecimentos de saúde, ii) inspeção sanitária de estabelecimentos de interesse da saúde, iii) inspeção sanitária de estabelecimentos na área de medicamentos e congêneres, iv) inspeção sanitária de estabelecimentos na área de alimentos, v) investigação de surtos relacionados a alimentos e água para consumo humano, vi) notificação dos riscos identificados nas inspeções, vii) atendimento de denúncias da população, e viii) realização de ações de educação e informação em saúde na área de vigilância sanitária.

O Elenco 2 (dois) conta com 4 (quatro) ações que são: i) a inspeção sanitária de estabelecimentos de saúde, ii) inspeção sanitária de estabelecimentos na área de medicamentos e congêneres, iii) inspeção sanitária de estabelecimentos na área de alimentos, e iv) avaliação de projetos arquitetônicos dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário. Os tipos de estabelecimentos contidos neste elenco diferem do elenco anterior por terem sido considerados de média complexidade. Já o Elenco 3 (três) conta

com apenas uma ação que é a inspeção sanitária dos estabelecimentos considerados de alta complexidade.

Sobre a concepção dos elencos de vigilância sanitária o Entrevistado 3 declara:

Para a vigilância sanitária de municípios pequenos foi a primeira vez que houve uma proposta de organização do seu processo de trabalho, porque cada um fazia do seu jeito. O Projeto veio organizando e padronizando essas ações para todo o estado. Então, para fazer as ações de inspeção, primeiro você forma o seu cadastro. Desse seu cadastro você divide e faz a programação dos seus estabelecimentos para inspecionar durante o ano. Faz a inspeção e notifica o que você encontrou de risco; isso era para estimular uma cultura de análise de risco. Faz então uma ação educativa em cima desses riscos encontrados. E tem o atendimento de denúncias que é a ideia do controle social. Tinha também a investigação conjunta de surtos de doenças transmitidas por alimentos e água, que era para fortalecer a integração da vigilância sanitária com a epidemiologia. Aí pronto, estava tudo claro. Cada ação correspondia a uma etapa do processo de trabalho. E os municípios perceberam isso. Eu acho que o grande ganho do projeto foi para a vigilância sanitária, muito mais do que para a epidemiologia, embora todos tenham ganhado, mas é porque a vigilância sanitária nunca tinha visto nada assim. Eu acho que nem as regionais pensavam que eles tinham a capacidade de estruturar a vigilância sanitária dos municípios, porque a lógica antes era muito cartorial. Com o passar do tempo, esse ciclo se incorporou na rotina dos municípios. (Entrevistado 3)

Na primeira edição do Projeto foi destinado R\$ 0,50 *per capita* ano aos municípios que aderissem ao Elenco 1, R\$ 0,80 *per capita* ano para o Elenco 2 e R\$ 1,00 *per capita* ano para o Elenco 3. Na segunda edição esses valores foram aumentados para \$ 0,75 *per capita* ano aos municípios que aderissem ao Elenco 1, R\$ 1,20 *per capita* ano para o Elenco 2 e R\$ 1,50 *per capita* ano para o Elenco 3. Além disso, criou-se a regra de que a adesão ao Elenco 3 só poderia ser feita por municípios com população acima de 100.000 habitantes. Na terceira edição os valores e regras de financiamento dos elencos permaneceram os mesmos, mas houve um acréscimo de R\$ 1,00 *per capita* ano para os municípios que apresentavam menores taxas no Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS). Esse incentivo alcançou 173 municípios (cerca de 1/5 do total de municípios do Estado) e tinha como justificativa a necessidade de repassar mais recursos para os municípios com menor capacidade instalada e assim tentar reduzir as

iniquidades na prestação dos serviços de saúde.

Foi estabelecido também um piso para o incentivo dos municípios de pequeno porte. Na primeira edição do Projeto municípios com população menor que 24.000 habitantes tinham o incentivo financeiro mínimo de R\$ 12.000,00 e a partir da segunda edição, esse valor subiu para R\$ 16.000,00. No entanto, o recebimento integral do recurso não é garantido, uma vez que o incentivo financeiro é composto por uma parte fixa e outra variável. O componente fixo é recebido integralmente, sem contrapartida. Já o componente variável é conforme a execução do município, por exemplo, se o município executou 67% das ações pactuadas ele faz jus a receber 67% do recurso variável. O Quadro 2 abaixo demonstra os valores percentuais dos componentes fixo e variável em relação ao total do incentivo para cada elenco pactuado.

Quadro 2: Distribuição dos componentes fixo e variável do incentivo financeiro do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde:

ELENCO	COMPONENTE FIXO	COMPONENTE VARIÁVEL
Elenco 1	50%	50%
Elenco 2	30%	70%
Elenco 3	20%	80%

Fonte: Resolução SES/MG nº 4.238, de 19 de março de 2014

O percentual maior de componente fixo nos primeiros elencos tinha como objetivo incentivar a adesão dos municípios às ações de baixa complexidade. Assim elas deveriam ser consolidadas antes do município pleitear assumir um elenco de maior complexidade. O recurso financeiro, por sua vez, seria repassado aos municípios quadrimestralmente, após o monitoramento dos resultados.

Ao definir o elenco desejado o município deveria entregar documentação que comprovasse a designação de fiscais sanitários para o exercício das atividades de vigilância sanitária que demandam o poder de polícia. Para as ações de baixa complexidade (Elenco 1) era exigido dos profissionais escolaridade de nível médio, já para as ações de média e alta complexidade (Elenco 2 e 3) era exigido formação de

nível superior.

Por fim, a adesão envolvia também a elaboração de um Plano Municipal de Investimento em Vigilância em Saúde em que o município deveria prever os recursos que iria receber no ano através do incentivo financeiro do Projeto de Fortalecimento e como ele seria gasto. A concepção era de que o município estabelecesse seu plano atacando as fragilidades encontradas durante a elaboração do Diagnóstico Local e proporcionando a estrutura necessária para alcance das metas estabelecidas no elenco assumido. Para fortalecer a transparência e o controle social, o Plano de Investimento deveria ser aprovado no Conselho Municipal de Saúde.

Com toda a documentação cumprida pelo município, ela deveria ser entregue às instâncias regionais da Secretaria de Estado da Saúde que emitiam um parecer favorável ou desfavorável à adesão do município. Com o parecer favorável a pactuação era concretizada nas Comissões Intergestores Bipartite regionais. Se o parecer fosse desfavorável, a Área Temática de Vigilância e Proteção à Saúde fazia as recomendações para que o município se adequasse às proposições da estratégia estadual.

O Entrevistado 2 destaca que não havia recurso do tesouro estadual para repasse do incentivo financeiro proposto. Como tinha sido definido no planejamento da Subsecretaria que o estado deveria reduzir seu caráter executor de ações e ampliar sua função coordenadora do sistema, a opção foi abrir mão de parte do recurso federal do Bloco de Vigilância em Saúde devido ao estado e fazer seu repasse aos municípios para incentivá-los a efetivamente assumirem as ações.

O que foi proposto ao município? Olha, você já tem um recurso federal, você já tem pela Lei Orgânica da Saúde a obrigação de fazer as ações de epidemiologia, de vigilância sanitária, vigilância ambiental. Vamos juntar tudo com o recurso estadual que será repassado e organizar uma ação de vigilância em saúde. E quem vai dizer o que é prioridade é o próprio município.

O recurso repassado era de origem federal. Não teve aporte do tesouro estadual. O estado abriu mão de parte da sua receita, que antes financiava suas ações, por entender que quem tem que executar é o município. Então tinha que repassar o recurso para eles. O estado é só atravessador nesse caso. O estado não é operação. O estado é gestor do sistema. O desafio agora seria qualificar o pessoal do município

para fazer e prestar assessoria técnica qualificada, porque é claro que os municípios todos não vão ter técnicos para tudo. Poucas ações o estado tem que fazer porque você não teria economia de escala para o município fazer. Você não pode querer que o município tenha fiscal para UTI ou de indústria farmacêutica. Não tem escala para o município assumir isso. Então era só para isso que o estado precisava de dinheiro. [...] Então, nesse primeiro momento do Projeto a lógica era deixar o município escolher o que ele queria fazer e ao estado cabia monitorar e avaliar e financiar essas ações. Como o estado não tinha dinheiro próprio, a resistência interna na secretaria também foi grande. Eles perguntavam: como assim vai repassar esse recurso para o município? Afinal, o município já recebia recurso federal. Mas a lógica era incentivar financeiramente para o município criar sua estrutura. E aí categorizamos os municípios porque as estruturas e complexidade das ações são muito diferentes. (Entrevistado 2)

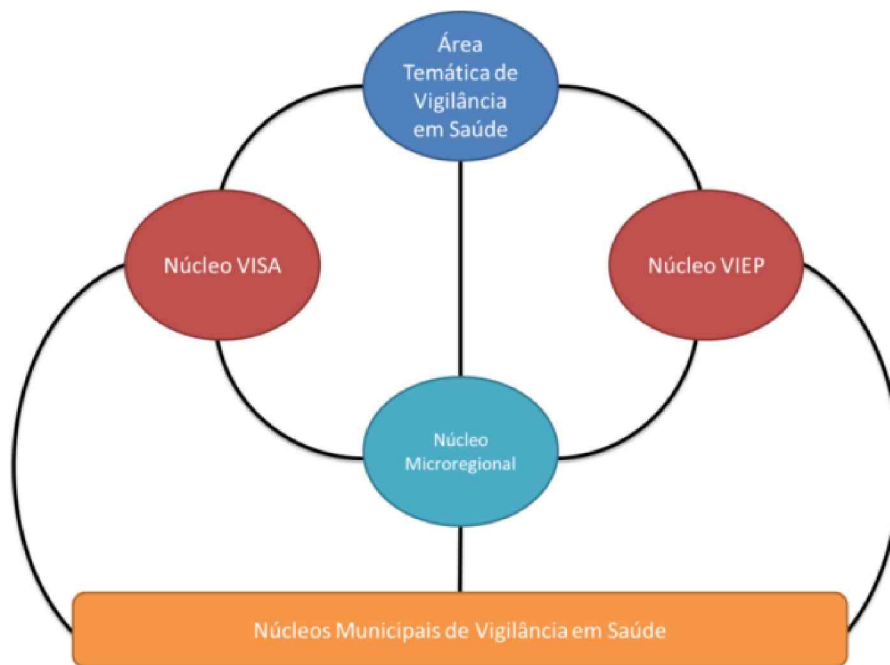
Uma vez pactuado o Projeto, era necessário que novas ferramentas de gestão chegassem até os técnicos municipais e permitissem o monitoramento e execução das práticas propostas. A primeira ferramenta desenvolvida foi o Instrutivo para Execução e Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde. Este livro foi publicado pelo estado e reproduzido em larga escala para que todos os municípios recebessem pelo menos 3 exemplares para distribuir aos seus técnicos e continha a descrição detalhada de cada ação, suas metas, fórmula de cálculo e estratégias sugeridas para o alcance das metas. Apesar de simples, foi considerada pelos entrevistados como uma ferramenta fundamental para o sucesso do Projeto, pois permitiu ao técnico municipal manejar com facilidade as informações técnicas básicas relacionadas às ações pactuadas. Também foi confeccionado um Guia de Ações de Vigilância Sanitária. Específico para esta área, tinha como objetivo detalhar a legislação pertinente a cada ação e cada tipo de estabelecimento sujeito ao controle sanitário contido nos elencos. Este livro também detalhava quais os materiais mínimos eram necessários para execução das ações de inspeção e quais os procedimentos administrativos sanitários deveriam decorrer de cada ação.

Outras ferramentas foram a Planilha de Programação Anual das Inspeções Municipais, a Planilha Municipal de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde e o Painel de Bordo. Diante da ausência de um sistema informatizado, essas planilhas serviam ao monitoramento e avaliação do Projeto e apresentavam todos os resultados de todas as

ações pactuadas permitindo a visualização das ações que tiveram suas metas alcançadas ou não por município. E justamente com base nos resultados apresentados nestas planilhas que o incentivo financeiro era calculado para repasse.

Para o correto funcionamento de todas essas ferramentas e a viabilização desse Sistema Regionalizado de Vigilância em Saúde, foi então implementada a Estrutura Gestora responsável pela gestão do Projeto de Fortalecimento e pelo monitoramento permanente do Sistema Regionalizado de Vigilância em Saúde, conforme a Figura 1.

Figura 1: Estrutura Gestora Regional do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.



Fonte: Manual de Monitoramento e Avaliação das Ações do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2015.

No âmbito estadual, foi formada uma assessoria na Subsecretaria de Vigilância e Proteção da Saúde que ficou responsável por toda a coordenação do Projeto. Durante os anos de 2012 e 2013 também houve apoiadores selecionados entre as diversas diretorias da Subsecretaria (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância da situação de saúde, vigilância da saúde do trabalhador e promoção da saúde) que ficaram responsáveis por acompanhar e orientar as Unidades Regionais de Saúde nos assuntos relacionados a implantação e gestão do Projeto. Cada apoiador tinha uma ou duas unidades regionais de referência e, além de contatos por telefone para

acompanhar a agenda de implantação, deveriam fazer visitas às regionais para sensibilizar e orientar os técnicos regionais na estruturação do sistema.

Até então, no âmbito das Unidades Regionais de Saúde do Estado, existia na estrutura organizacional apenas os Núcleos de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária, sendo a Área Temática uma terceira coordenação criada para atender ao Projeto e gerar maior integração e articulação entre essas duas áreas técnicas e coordenar os Núcleos Microrregionais de Vigilância em Saúde possibilitando um monitoramento mais efetivo e permanente das ações desenvolvidas pelos municípios. Os Núcleos Microrregionais foram instituídos informalmente e eram compostos por no mínimo dois técnicos, sendo um do Núcleo de Vigilância Sanitária e outro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Sua tarefa era de monitorar e avaliar a execução das ações pactuadas no Projeto de Fortalecimento de um determinado conjunto de municípios. Destaca-se ainda que esses técnicos não deixaram suas atribuições nos seus núcleos de origem, antes acumularam às suas funções as atividades de monitoramento do Núcleo Microrregional.

No âmbito municipal, o objetivo do incentivo financeiro era de estimular a organização de Núcleos Municipais de Vigilância em Saúde para que se estruturassem de forma adequada à execução das ações locais de vigilância em saúde.

Implementada essa estrutura, teve início uma rotina de monitoramento em que os Núcleos Microrregionais de Vigilância em Saúde faziam, a cada quadrimestre, vistas *in loco* a todos os municípios que aderiram ao Projeto. Nesta visita as ações pactuadas deveriam ser discutidas e avaliadas. No caso das ações que não tinham fonte de comprovação oficial através de um sistema informatizado, como a vigilância sanitária, essas visitas serviam para conferir as documentações dos municípios e determinar se as ações pactuadas contariam como executadas ou não. Ao final, os técnicos do Núcleo Microrregional preenchiam um Termo de Visita onde atribuíam a nota final do município (percentual de execução das ações pactuadas) e prestavam orientações quanto a possíveis melhorias nos processos de trabalho municipal. Finalizadas as visitas de um quadrimestre, os resultados eram consolidados e apresentados para os gestores

municipais na reunião regional da Comissão Intergestores Bipartite. O objetivo desta apresentação era dar maior visibilidade as ações do Projeto de Fortalecimento, e assim, tentar sensibilizar os gestores de saúde para melhorarem seus resultados na vigilância em saúde.

Além dos resultados municipais, os resultados das Unidades Regionais de Saúde eram consolidados e geravam um indicador que era pactuado no Acordo de Resultados do governo de Minas Gerais. O alcance das metas deste Acordo implicava em um prêmio de produtividade aos servidores estaduais, por isso, foi usado como um mecanismo para que os técnicos estaduais das regionais se comprometessem na implementação do Projeto de Fortalecimento. Os resultados também eram apurados em relação a cada área técnica, ou seja, as ações pactuadas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância à saúde do trabalhador, vigilância da situação de saúde e promoção à saúde eram calculadas individualmente e também tinham metas estipuladas no Acordo de Resultados. Isso, com a finalidade de envolver ainda mais as diretorias na implementação do Sistema Regionalizado e incentivarem os funcionários de nível central a trabalharem em prol da proposta.

O último eixo de estratégias do Projeto de Fortalecimento estava na proposta de implantação de um ciclo de formação profissional continuada para lidar com todas essas ferramentas e para subsidiar a Vigilância em Saúde de Minas Gerais com novas tecnologias e abordagens próprias da área. Este processo era voltado para a capacitação dos trabalhadores das vigilâncias estaduais e municipais e envolvia profissionais de nível médio (fiscais sanitários), técnico (técnicos em Vigilância em Saúde) e superior (com atualização profissional, formação de especialistas e mestres). Foram firmadas, portanto, parcerias com instituições de ensino que permitiram a realização de algumas destas propostas. Em 2012 foi realizado um Curso Básico de Vigilância Sanitária na modalidade à distância voltado para os fiscais municipais que, de acordo com relatório da assessoria da SubVPS, aprovou 982 alunos. Quanto ao nível técnico de ensino, foram instituídas três turmas para um Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Quanto ao nível superior, foi realizado um Curso de Atualização Profissional destinado à 700 técnicos estaduais com a finalidade de dar a eles o conhecimento teórico necessário à proposta de

trabalho de Vigilância em Saúde, uma vez que os técnicos rotineiramente trabalhavam apenas na sua área específica, como vigilância sanitária ou vigilância epidemiológica ou vigilância ambiental. As propostas de curso de especialização e mestrado até o momento da pesquisa não haviam sido implementadas.

4.4. RESULTADOS DO PROJETO DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em seu primeiro ano, a pactuação das ações do Projeto de Fortalecimento aconteceu com 841 municípios, o que representou mais de 98% de adesão. A partir de 2013, com a vigência do segundo edital, todos os 853 municípios aderiram à proposta e esse percentual de 100% de adesão se manteve com o terceiro edital. Três fatores foram apontados pelos entrevistados como fundamentais para o sucesso das adesões municipais ao Projeto. Primeiro, a presença de incentivo financeiro aos municípios, que por si já é capaz de grande mobilização. Segundo, a construção participativa da política, que envolveu regionais e municípios e permitiu superar as resistências iniciais encontradas para a proposta. E terceiro, a bem-sucedida estratégia de implantação do Projeto, com intenso esforço de comunicação e presença da equipe gestora em todas as regiões do estado, o que permitiu um alinhamento no entendimento das diretrizes e objetivos do Projeto.

Quanto ao tipo de adesão que os municípios fizeram, tendo como referência a última pactuação, realizada em 2014, aproximadamente 94,7% dos municípios assumiram o Elenco 1; cerca de 4,5% assumiram o Elenco 2; e menos de 01% assumiu o Elenco 3 (Quadro 3).

Quadro 3: Número de municípios que pactuaram o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, por elenco no ano de 2014.

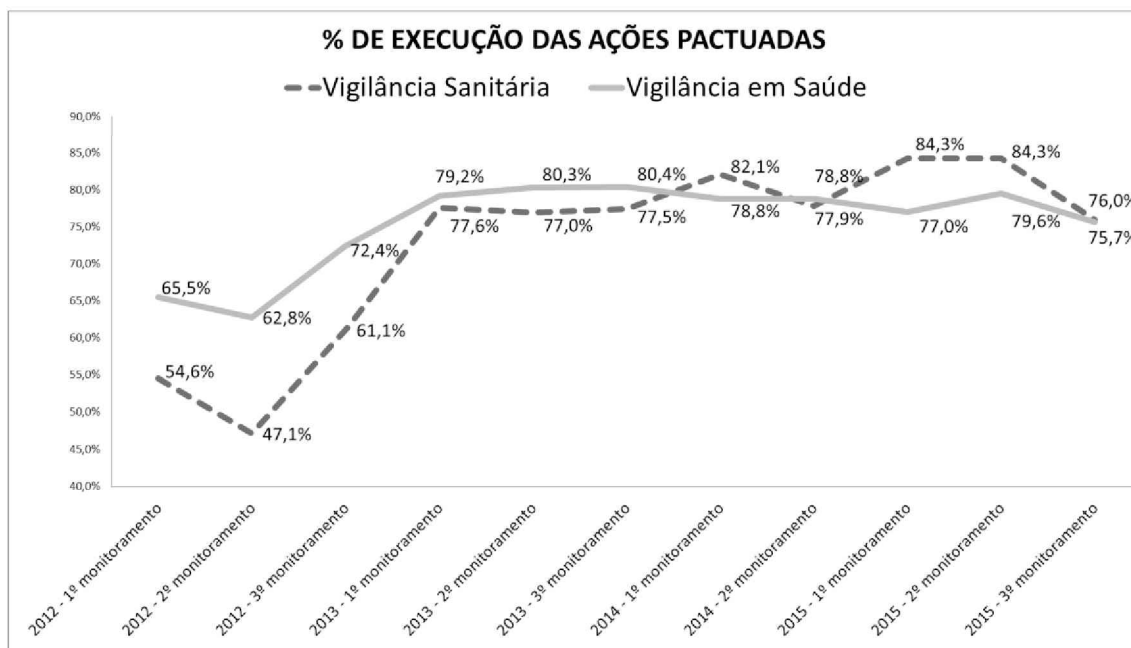
	ELENCO 1	ELENCO 2	ELENCO 3
Total de Municípios	808	38	7

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2015.

Esses dados representam uma clara opção dos municípios pelas ações de baixa complexidade. No caso do Elenco 3, que é direcionado aos municípios com mais de 100.000 habitantes, em 2014 30 (trinta) municípios cumpriam com este parâmetro, no entanto, apenas 7 (sete), ou seja, pouco mais de 20% assumiram suas ações. Para os entrevistados 1 e 5 esse dado se constitui em um problema, pois reflete equívocos na estrutura de financiamento do Projeto. Uma vez que o componente fixo do incentivo financeiro para o Elenco 3 é muito menor que o do Elenco 1, os municípios são mais penalizados quando não cumprem com as ações pactuadas. Sendo assim, municípios de maior porte têm optado pelo Elenco 1 e não estão sendo estimulados a assumir ações de maior complexidade, comprometendo o processo de descentralização dessas ações. Para os entrevistados 2 e 3, no entanto, esse resultado era esperado, uma vez que o incentivo financeiro do Projeto foi desenhado para estimular a adesão ao Elenco 1 e assim fortalecer as ações básicas. Caso os gestores avaliem que esse objetivo foi atingido, a forma de financiamento pode ser revista.

Quanto ao percentual de execução das ações pactuadas, é possível mensurar o resultado através dos monitoramentos quadrimestrais realizados pelas unidades regionais de saúde. Desde que teve início até o período abrangido neste estudo, foram realizados 11 (onze) monitoramentos. O primeiro mostrou a vigilância sanitária como a área da vigilância em saúde com menor percentual de execução das ações pactuadas. Ao final de 2015, os resultados apresentavam uma grande evolução para a vigilância sanitária; os municípios que antes executavam apenas 54,6% das ações pactuadas com o estado atingiam o patamar de 76,0% de cumprimento. O gráfico a seguir mostra o resultado desses 11 (onze) períodos de monitoramento e apresentam os dados da vigilância sanitária em comparação com o percentual de execução das ações de vigilância em saúde, que envolve a média de cumprimento de todas as ações pactuadas para a vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância ambiental, promoção da saúde e vigilância sanitária.

Gráfico 01: Percentual de Execução das Ações Pactuadas entre estado e municípios no Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde – 2012 a 2015.



Fonte: Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde/SES-MG, 2016.

Esses indicadores apontam que o Projeto de Fortalecimento proporcionou um grande avanço para a municipalização das ações de vigilância sanitária no estado de Minas Gerais. O Entrevistado 1, no entanto, destacou que esses dados devem ser interpretados com cautela, pois advêm de informações autodeclaradas pelos municípios que têm como uma de suas motivações a obtenção do máximo recurso financeiro possível. O sistema de monitoramento através de planilhas é frágil e, mesmo através das visitas de monitoramento *in loco* realizadas pelos técnicos regionais para conferência dos dados, não é possível garantir que esse seja o cenário real de execução das ações.

Partindo do princípio da boa-fé, toma-se esses dados como fidedignos, mas admite-se também a fragilidade que a vigilância sanitária apresenta em relação a indicadores de desempenho e sistemas de informação. Enquanto as ações da vigilância epidemiológica dispõem de sistemas de informação oficiais para mensurar seus resultados, a vigilância sanitária se baseou em planilhas de informações autodeclaradas pelos municípios. Essas informações, no entanto, permitiram levantar um cenário até então desconhecido para a vigilância sanitária. Se à época em que o Projeto estava sendo modelado um dos

principais problemas levantados pela área era a falta de informação acerca do que os municípios estavam executando, com os dados do monitoramento do Projeto é possível verificar município por município, ação por ação, o que tem sido executado e o que não está sendo entre as ações pactuadas.

4.5. O CENÁRIO ATUAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DOS MUNICÍPIOS MINEIROS

Os resultados do Projeto de Fortalecimento já demonstram um aumento significativo na execução das ações de vigilância sanitária pelos municípios. Mas além de executar a ação pactuada é preciso ter essa estrutura bem estabelecida no município para que a ação tenha um mínimo de qualidade e seja permanente. Afinal, o objetivo do incentivo financeiro do Projeto foi justamente fomentar a criação de núcleos municipais de vigilância em saúde estruturados.

Para fazer um levantamento do cenário atual dos municípios quanto a estrutura dos órgãos de vigilância sanitária, optou-se pela utilização dos dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2014 do IBGE (IBGE, 2015). Foram selecionados indicadores a fim de obter informações acerca da caracterização, estrutura, planejamento e gestão financeira dos órgãos de vigilância sanitária, da qualificação da força de trabalho empregada, bem como da disponibilidade de canais de comunicação que possibilitem a participação social. Os dados foram tabulados e apresentados como indicadores do cenário atual da vigilância sanitária dos municípios mineiros.

Como já visto, as atividades de vigilância sanitária são de competência do SUS e as organizações públicas responsáveis pela sua execução se fundamentam sob os conceitos estabelecidos pela Lei nº 8.080/90. Diante disso, apesar de poder assumir diversos arranjos institucionais, o esperado é que essas organizações façam parte da administração direta dos municípios subordinadas diretamente à área da saúde. Em Minas Gerais 91,44% dos setores de vigilância sanitária estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, mas em 42 municípios (4,92%) o serviço está subordinado a outra

Secretaria, o que pode dificultar o processo de descentralização orientado pelas diretrizes do SUS. Na Tabela 1 é possível conferir a caracterização dos órgãos municipais de vigilância sanitária do Estado.

Tabela 1: Caracterização do órgão municipal de vigilância sanitária, 2014.

CARACTERIZAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Setor da secretaria municipal de saúde	780	91,44%
Secretaria exclusiva de vigilância sanitária	1	0,12%
Órgão da administração indireta	0	0,00%
Secretaria em conjunto com outra política	1	0,12%
Setor subordinado a outra secretaria	42	4,92%
Setor subordinado diretamente à chefia do executivo	4	0,47%
Não possui estrutura	25	2,93%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Esses dados também mostram que 25 municípios mineiros não possuem nenhuma estrutura administrativa para o setor de vigilância sanitária. Essa informação é relevante, pois mesmo com o repasse regular de recursos do governo federal e do governo estadual, esses municípios não foram capazes de estruturar o serviço. Ao analisar esses municípios com base no porte populacional, verifica-se que todos eles estão na faixa abaixo de 20.000 habitantes. Isso corrobora a importância de estabelecer um piso para o incentivo financeiro aos municípios de pequeno porte, como o financiamento federal já faz e o Projeto de Fortalecimento também estabeleceu para os municípios com população inferior a 24.000 habitantes (Tabela 2).

Tabela 2: Municípios de Minas Gerais sem estrutura para vigilância sanitária, por faixa populacional, 2014.

MUNICÍPIO SEM ESTRUTURA PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, MG - 2014			
Faixa Populacional	Nº de Municípios sem Estrutura	Total de Municípios	% Relativo de Municípios sem Estrutura
1 - Até 5000	12	224	5,36%
2 - 5001 até 10000	5	254	1,97%
3 - 10001 até 20000	8	190	4,21%
4 - 20001 até 50000	0	117	0,00%
5 - 50001 até 100000	0	37	0,00%
6 - 100001 até 500000	0	27	0,00%
7 - Maior que 500000	0	4	0,00%
Total	25	853	2,93%

Fonte: IBGE, 2015.

Outro indicador importante é sobre a capacidade da vigilância sanitária se articular com os demais setores da política de saúde. Para conhecer este cenário pode-se analisar primeiro se a Programação Anual de Saúde (PAS) contempla as ações de vigilância sanitária e depois se o planejamento da saúde é realizado de forma integrada com a vigilância sanitária. Com relação a inserção das ações de vigilância sanitária no PAS, o esperado é todos os municípios tenham esse quesito atendido, uma vez que a Portaria 1.378/2013 estabelece que as ações da área devem contar na Programação. Em Minas Gerais, 87,57% atendem satisfatoriamente a questão. Quanto a presença das ações de vigilância sanitária no Plano Municipal de Saúde o resultado é um pouco melhor e 90,74% dos municípios contemplam diretrizes, objetivos e metas relacionados à vigilância sanitária. No entanto, 53 municípios (6,21%) não realizam planejamento integrado com os setores de Vigilância em Saúde ou com a própria Secretaria Municipal de Saúde. Os dados sobre o planejamento na vigilância sanitária podem ser visualizados nas tabelas 3, 4 e 5 na página seguinte.

Tabela 3: Municípios de Minas Gerais com ações de vigilância sanitária integrando o conjunto de ações da Programação Anual de Saúde, 2014.

AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INTEGRAM O CONJUNTO DE AÇÕES DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	747	87,57%
Não	27	3,17%
Não informado	79	9,26%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 4: Municípios de Minas Gerais com existência de diretrizes objetivos e metas relacionadas à vigilância sanitária no Plano Municipal de Saúde, 2014.

EXISTÊNCIA DE DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS RELACIONADAS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	774	90,74%
Não	75	8,79%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 5: Municípios de Minas Gerais em que a vigilância sanitária participa do processo de planejamento da vigilância em saúde e da secretaria municipal de saúde, 2014.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARTICIPA DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Não	53	6,21%
Sim, do planejamento da Vigilância em Saúde	306	35,87%
Sim, do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde	53	6,21%
Sim, de ambos	438	51,35%
Não informado	3	0,35%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Além da estrutura administrativa e da integração do planejamento, é necessária uma estrutura legal para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Os municípios podem estabelecer códigos sanitários próprios ou aderir formalmente ao código sanitário estadual para embasar todas as ações administrativas necessárias ao controle sanitário. O problema acontece quando nenhum dos dois casos acontece, pois aí não existe respaldo legal para o exercício do poder de polícia. Em Minas Gerais 143 municípios (16,76%) encontram-se nesta situação, portanto em grande fragilidade nesta área.

Tabela 6: Número de Municípios com Código Sanitário Municipal, 2014.

EXISTÊNCIA DE CÓDIGO SANITÁRIO MUNICIPAL	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	390	45,72%
Não, utiliza o Código Sanitário Estadual	317	37,16%
Não	143	16,76%
Não informado	3	0,35%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Quanto ao número de municípios que não instauram processo administrativo sanitário, são 462, ou seja, mais da metade dos municípios mineiros (54,16%). Considerando que o processo administrativo sanitário é ato necessário para aplicar qualquer sanção ao regulado que se encontra em inconformidade às normas sanitárias, esse dado pode corroborar com a fala do Entrevistado 4 que diz que as ações dos fiscais dos municípios têm sido pouco efetivas. Complementando a análise pode-se perceber que quase na exata proporção, em 54,63% dos municípios, não existe profissional capacitado para o exercício desta atividade. Logo constitui espaço importante para o estado atuar promovendo capacitações. Os dados podem ser conferidos nas tabelas 7 e 8 na página seguinte.

Tabela 7: Número de Municípios que instauram processo administrativo sanitário, 2014.

INSTAURA PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	387	45,37%
Não	462	54,16%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 8: Número de Municípios que possuem profissional capacitado em processo administrativo sanitário, 2014.

POSSUI PROFISSIONAL CAPACITADO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	319	37,40%
Não	466	54,63%
Não informado / Não soube informar	68	7,97%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Mas para além da existência de Código Sanitário e a instauração do devido processo administrativo para as ações, é importante que o município também seja capaz de editar normas próprias para a realização das ações de vigilância sanitária que atendam às especificidades locais. Este pode ser um indicador da qualidade e do grau de estruturação das vigilâncias sanitárias municipais e, no estado, 32% dos municípios são capazes desta ação, conforme mostra a Tabela 9.

Tabela 9: Número de Municípios que Produzem Normas Específicas para a Realização das Ações de Vigilância Sanitária, 2014.

GOVERNO MUNICIPAL PRODUZ NORMAS ESPECÍFICAS PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	273	32,00%
Não, aplica apenas a legislação estadual e/ou federal	577	67,64%
Não informado	3	0,35%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

A gestão financeira dos recursos da vigilância sanitária também é fundamental para análise desse processo de descentralização aos municípios. Em 47,60% dos municípios o órgão responsável pela vigilância sanitária é gestor do orçamento, portanto tem autonomia sobre sua execução. O fato preocupante é o de que mais da metade (52,29%) dos coordenadores municipais de vigilância sanitária não conhecem sequer quais os recursos federais são repassados aos municípios para financiar as ações de vigilância sanitária. Além disso, apenas 253 municípios (29,66%) tem a cobrança de taxas de vigilância sanitária regulamentadas, deixando de arrecadar com processos de licenciamento sanitário e outros. Isso evidencia uma baixa capacidade de gestão financeira dos municípios mineiros no setor de vigilância sanitária (Tabelas 10, 11 e 12).

Tabela 10: Número de Municípios em que o órgão responsável pela vigilância sanitária é a unidade gestora do orçamento, 2014.

ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL É A UNIDADE GESTORA DO ORÇAMENTO	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	406	47,60%
Não	443	51,93%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 11: Número de Municípios em que o coordenador de vigilância sanitária conhece os recursos repassados pela união, 2014.

COORDENADOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONHECE RECURSOS REPASSADOS PELA UNIÃO	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	403	47,25%
Não	446	52,29%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 12: Número de Municípios com existência de taxa de vigilância sanitária, 2014.

EXISTÊNCIA DE TAXA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	253	29,66%
Não	596	69,87%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Os equipamentos disponíveis para o trabalho também são fundamentais para uma estruturação adequada da vigilância sanitária. O IBGE (2015) pesquisou junto aos municípios se alguma inspeção sanitária realizada ao longo do ano de 2013 ficou prejudicada pela falta de algum equipamento. Em Minas Gerais, 325 municípios (38,10%) declaram ter suas ações prejudicadas por este motivo, um número bastante significativo, podendo indicar a falta de qualidade e imprecisão técnica nas ações desenvolvidas.

Tabela 13: Número de Municípios com Inspeções Realizadas em 2013 Afetadas pela Falta de Equipamento, 2014.

INSPEÇÕES REALIZADAS EM 2013 FORAM AFETADAS PELA FALTA DE EQUIPAMENTO	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	325	38,10%
Não	498	58,38%
Não realizou inspeção	26	3,05%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Os recursos humanos e a qualificação dos trabalhadores da vigilância sanitária também são fatores que determinam a complexidade das ações que os municípios irão assumir no processo de descentralização. Ao analisar a formação educacional dos funcionários responsáveis pelas vigilâncias sanitárias dos municípios, percebe-se que a maior parte dos chefes do setor em Minas Gerais apresentam ensino superior ou pós-graduação, sendo 61,79%. No entanto, são 322 municípios mineiros (37,74%) onde a vigilância

sanitária é chefiada por profissionais sem ensino superior completo. Quanto à capacitação dos recursos humanos que trabalham nas vigilâncias sanitárias, 92,03% dos municípios de Minas Gerais, avaliam que seus profissionais estão de fato capacitados para realizar as ações sanitárias demandadas pelo serviço.

Tabela 14: Escolaridade do Responsável pela Vigilância Sanitária Municipal, 2014.

ESCOLARIDADE DO RESPONSÁVEL PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Ensino fundamental (1º Grau) incompleto	6	0,70%
Ensino fundamental (1º Grau) completo	4	0,47%
Ensino médio (2º Grau) incompleto	24	2,81%
Ensino médio (2º Grau) completo	225	26,38%
Ensino superior incompleto	63	7,39%
Ensino superior completo	356	41,74%
Pós-graduação	171	20,05%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 15: Município com profissional capacitado para realizar ação sanitária, 2014.

POSSUI PROFISSIONAL CAPACITADO PARA REALIZAR AÇÃO SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	785	92,03%
Não	44	5,16%
Não informado / Não soube informar	24	2,81%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Com relação ao controle social, apenas 46 municípios mineiros possuem uma comissão específica de vigilância sanitária dentro do Conselho Municipal de Saúde. Esse dado é esperado, tendo em vista o grande número de municípios de pequeno porte e, portanto, não demandam comissões temáticas específicas. Pode-se verificar também como os municípios estabelecem canais de comunicação para atender as demandas da população e para informar sobre as ações de vigilância sanitária à sociedade. Desta forma, percebe-se que 79,60% dos municípios possuem canais abertos para o acolhimento de denúncias

relacionadas à vigilância sanitária, uma das ações consideradas pela ANVISA como necessária a todo o município.

Tabela 16: Número de municípios com comissão de vigilância sanitária no Conselho Municipal de Saúde, 2014.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE POSSUI COMISSÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	46	5,39%
Não	803	94,14%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 17: Número de municípios em que a vigilância sanitária possui canal próprio para acolhimento de denúncias, 2014.

POSSUI CANAL PRÓPRIO PARA ACOLHIMENTO DE DENÚNCIAS	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	679	79,60%
Não	170	19,93%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Quanto a ações de comunicação de risco, ou seja, devolver à sociedade a informação acerca dos problemas sanitários que a vigilância sanitária tem encontrado, 225 municípios (26,38%) não as fazem. Para as ações de educação sanitária, que se constituem em estratégia de prevenção e promoção da saúde para informar a população e ao setor regulado o que pode gerar risco sanitário, não são adotadas por 91 municípios (10,67%). Os dados são mostrados nas tabelas 18 e 19 na página seguinte.

Tabela 18: Número de municípios em que a vigilância sanitária realiza ações específicas de comunicação de risco, 2014.

REALIZA AÇÕES ESPECÍFICAS DE COMUNICAÇÃO DE RISCO	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	624	73,15%
Não	225	26,38%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tabela 19: Número de municípios em que a vigilância sanitária realiza ações específicas de educação sanitária, 2014.

REALIZA AÇÕES ESPECÍFICAS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA	MINAS GERAIS	
	Nº de Municípios	% de Municípios
Sim	758	88,86%
Não	91	10,67%
Não informado	4	0,47%
Total	853	100,00%

Fonte: IBGE, 2015.

Tendo analisados os indicadores que permitem um melhor conhecimento do cenário atual da estrutura político-administrativa da vigilância sanitária dos municípios mineiros, o capítulo seguinte fará a discussão dos resultados encontrados na pesquisa.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Retomando os pressupostos de Marta Arretche (2000), para fazer a discussão dos resultados encontrados nesta pesquisa são analisados como os fatores institucionais, estruturais e de ação política determinaram e condicionaram o processo de descentralização da vigilância sanitária em Minas Gerais. O pressuposto é de que para um governo assumir as atribuições a ele descentralizadas é necessário que haja capacidade estatal. Desta forma, a análise de um processo de descentralização deve ser multidimensional, buscando-se ir além dos estudos bastante comuns no país que analisam apenas a execução financeira para determinar o grau de descentralização de uma política pública.

5.1. FATORES INSTITUCIONAIS

Os fatores institucionais são aqueles que se relacionam com o legado das políticas prévias, as normas legais para a oferta do serviço público e o modelo operacional do programa social. Como hipótese tem-se que: i) a descentralização e “*os processos de reforma de programas sociais são influenciados pela herança institucional dos programas anteriores*” (ARRETCHE, 2000; p. 30); ii) as regras para oferta do serviço também influenciam na transferência de atribuições para outro nível de governo na medida em que “*determinam procedimentos que facilitam ou impedem a emergência de determinados desenhos institucionais*” (ARRETCHE, 2000; p. 31); e iii) “*os fatores relacionados às condições particulares de operação dos serviços [...] podem ser elementos facilitadores ou inibidores da transferência de atribuições*” (ARRETCHE, 2000; p. 31).

Quanto às políticas prévias, observou-se que as políticas nacionais tiveram papel determinante no processo de descentralização da vigilância sanitária em Minas Gerais. Como aconteceu no cenário nacional, as Normas Operacionais Básicas não representaram avanços significativos para a descentralização da vigilância sanitária do estado. Com a criação da ANVISA e o início da pactuação dos Termos de Ajustes e Metas, a estrutura estadual foi fortalecida, no entanto, a municipalização do serviço se

restringiu aos municípios de maior porte. Com o Pacto pela Saúde, o financiamento da vigilância sanitária foi revisado e a estratégia de pactuação das ações entre os entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária passou a ser o Plano de Ação. Esse período, acompanhando o que aconteceu no restante do país, determinou um avanço na municipalização em Minas Gerais, alcançando 73% de adesão dos municípios.

Apesar do insucesso das primeiras políticas públicas e falta de definição de competências e responsabilidades entre os entes do setor, o que determinou um atraso no processo de descentralização da vigilância sanitária quando comparada com a assistência básica, as revisões das políticas nacionais permitiram a estruturação da vigilância sanitária estadual e deram início ao processo de municipalização do serviço. Com as bases lançadas pelo governo federal, tiveram início as políticas estaduais de descentralização. Os planos mineiros de descentralização, apesar de não terem continuidade, foram frutos do amadurecimento institucional da vigilância sanitária do estado e forneceram subsídios e experiências para a organização do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde que apresentou resultados significativos na transferência de ações de vigilância sanitária para os municípios.

Este projeto, por sua vez, não conclui a agenda de descentralização da vigilância sanitária, mas, ao contar com adesão de 100% dos municípios, incluiu o desenvolvimento de ações da área em todos os entes locais, até naqueles de menor porte. Evidentemente, com políticas diferentes, o processo de descentralização se daria de forma diferente. Por isso, todo esse legado de políticas prévias determinaram os resultados do Projeto de Fortalecimento e a descentralização das ações por ele promovida.

Também foi possível identificar como as normas legais que regulam o setor foram determinantes para o processo de descentralização em Minas Gerais. Primeiro, a Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde determinaram a descentralização como diretriz de organização do sistema de saúde. Conforme consta no Plano Mineiro de Descentralização, uma das principais motivações para que Minas Gerais elaborasse o documento e formulasse a política que orientava o processo de descentralização era

justamente o atendimento a essas normas federais. Da mesma forma, as portarias publicadas que definiram o modelo de pactuação e o financiamento das ações, à medida que foram se consolidando, conformaram o setor e as responsabilidades de cada ente. A Portaria 3.252/2009 também foi determinante para o desenho e modelo operacional do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde e mesmo após a sua revogação, continuou a influenciar a estrutura do Projeto.

Sendo assim, o principal mecanismo observado para institucionalização do processo de descentralização da vigilância sanitária de Minas Gerais foi o isomorfismo coercitivo. Tendo em vista que toda a legislação e até a forma de financiamento das ações têm direcionado os serviços de saúde para a municipalização, a vigilância sanitária não foge à regra e as suas instituições têm se conformado neste ambiente para atender a estas normativas e assim conseguirem recursos e adquirirem legitimidade nas suas ações.

Quanto ao último componente dos fatores institucionais, o modelo operacional do programa social, também foi possível perceber como ele foi determinante para a adesão dos municípios ao processo de descentralização. Considerando as estratégias nacionais de financiamento do período logo após a Constituição Federal de 1988 e de vigência do Termo de Ajustes e Metas, a adesão dos municípios foi baixa em função da estratégia de pactuação e do reduzido financiamento. Com a revisão dessas estratégias que culminou na pactuação dos Planos de Ação, a adesão dos municípios à descentralização foi gradativamente aumentando. Lançadas as bases pelo governo federal, o estado de Minas Gerais também adotou uma estratégia própria para financiamento e descentralização das ações da área através do Projeto de Fortalecimento. Sua forma de financiamento também determinou o tipo de adesão, uma vez que concentrou os municípios no Elenco 1, ou seja, para o desenvolvimento das ações de baixa complexidade, sendo baixo o estímulo à adesão de ações de média e alta complexidade.

O processo de formulação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde também foi determinante para a implementação da política e a consequente descentralização das ações. Optou-se por um modelo participativo em que os técnicos estaduais, com especial importância para aqueles lotados nas unidades regionais de

saúde, estiveram envolvidos nas etapas de formulação, planejamento e definição dos objetivos da política. Assim, mesmo com a resistência inicial à proposta de descentralização e de vigilância em saúde integrada, o desafio foi superado com base em uma política pública construída de forma ascendente.

Ao considerar o modelo de atenção à saúde implementado, isto é, a vigilância sanitária como parte integrante da Vigilância em Saúde e não como uma política independente, os resultados, na concepção dos entrevistados, foram positivos para a descentralização, embora tenha sido destacado que as ações desenvolvidas pelos municípios ainda carecem de qualidade e efetividade. O desenho da Estrutura Gestora do Sistema Regionalizado de Vigilância em Saúde também foi um facilitador do processo de descentralização na medida em que permitiu o acompanhamento regular das ações realizadas pelos municípios com constante avaliação do processo e *feedback*. Além disso, foi possível perceber que a seleção estratégica das ações de vigilância sanitária pactuadas, a fim de criar uma rotina simples de trabalho, permitiu a organização de um fluxo mínimo na vigilância sanitária de alguns municípios que não tinham o serviço estruturado e que buscaram se orientar para atender as ações do Projeto de Fortalecimento.

5.2 FATORES ESTRUTURAIS

Os fatores estruturais, por sua vez, estão relacionados à capacidade financeira e a capacidade político-administrativa do município. Conforme a hipótese proposta por Arretche (2000): *“assumir atribuições de gestão em programas sociais depende diretamente de sua capacidade de gasto ou de sua capacitação político-administrativa”* (ARRETCHÉ, 2000; p. 28). Desta forma, quanto maior a capacidade estrutural do município, maiores as possibilidades de sucesso ao assumir a gestão das ações descentralizadas.

Como a pesquisa do IBGE (2015) é inédita para o setor, coletando dados sobre vigilância sanitária apenas no ano de 2014, não foi possível descrever evolução na estrutura dos municípios ao longo período abrangido pelo estudo, mas três aspectos

destacaram como problemas do cenário atual e que condicionam negativamente o processo de descentralização: a capacidade de gestão financeira, a capacidade de instaurar processo administrativo sanitário e a disponibilidade de equipamentos para realizar ações de inspeção.

Os dados revelam que em 51,93% dos municípios mineiros o órgão responsável pela vigilância sanitária não é a unidade gestora do orçamento, além de que a maioria dos coordenadores municipais de vigilância sanitária (52,29%) desconhece o financiamento que seu respectivo município recebe do governo federal para o desenvolvimento das ações do setor. Considerando também a capacidade de arrecadação, em 69,87% dos municípios não há existência de taxas de vigilância sanitária. Esses resultados analisados em conjunto indicam que a gestão financeira do setor de vigilância sanitária nos municípios mineiros apresenta fragilidades que podem comprometer a autonomia orçamentária do setor, restringir o avanço da descentralização e dificultar a incorporação definitiva das ações por parte dos municípios.

Outro fator estrutural para a vigilância sanitária que se encontra em grande deficiência está relacionado à instauração de processo administrativo sanitário. Além do fato de que 16,76% dos municípios não tem código sanitário e sequer adotam formalmente o código sanitário estadual, aproximadamente 54% deles não possuem técnicos qualificados para o desenvolvimento de processo administrativo sanitário e acabam por não realizar o procedimento. Pode-se concluir que o processo de descentralização em Minas Gerais, apesar de transferir para os municípios algumas atribuições e ações de vigilância sanitária, tem na transferência de competência uma agenda ainda insipiente, visto que a maioria dos municípios mineiros ainda não está estruturada para dar o devido seguimento a todos os procedimentos administrativos necessários ao controle sanitário. Assim, as ações sanitárias nestes municípios podem não estarem sendo efetivas, ou ainda estão dependentes da estrutura do estado para que o devido processo administrativo sanitário seja realizado.

Também foi identificado que 38,10% dos municípios tiveram suas ações de inspeção sanitária comprometidas por causa da falta de equipamentos, corroborando ainda mais

para a conclusão de que muitas vigilâncias sanitárias municipais em Minas Gerais ainda possuem grandes problemas estruturais. Foi identificado que a gestão que ocupou a superintendência entre 2003 e 2006 buscou através da doação de equipamentos para os municípios, como carros e computadores, dar início à estruturação do setor. No entanto, nas propostas estaduais seguintes, como o Plano Mineiro de Descentralização da Vigilância Sanitária e o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde foram realizados apenas diagnósticos situacionais para conhecimento desta estrutura municipal, sem uma ação mais efetiva.

O Projeto de Fortalecimento, através do Diagnóstico Local, estimulou o município para que este fizesse sua avaliação de estrutura, realizasse o Plano de Investimento atacando essas deficiências, e submetesse essas informações ao estado para a criação de um banco de dados estadual. No entanto, os dados gerados neste processo não foram aproveitados pela gestão estadual para subsidiar ações concretas. Percebeu-se, portanto, que as ações do estado para aprimorar a estrutura administrativa e financeira dos municípios ainda são insipientes e este fator se mostra como um grande desafio para o processo de descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais.

5.3 FATORES DE AÇÃO POLÍTICA

Os fatores ligados à ação política são aqueles associados à natureza das relações entre Estado e sociedade e entre os diferentes níveis de governo. As hipóteses são de que: i) *diferenças na qualidade da ação pública de governos regionais [...] são explicadas por diferenças em sua cultura cívica*” (ARRETCHE, 2000; p. 31) e que ii) *“estratégias de indução de um nível mais abrangente de governo sobre um outro menos abrangente podem ter impacto sobre a produção de políticas públicas deste último”* (ARRETCHE, 2000; p. 33). Logo, a cultura cívica de proximidade entre sociedade e governo e a relação pactuada e cooperativa entre os entes de governo também são determinantes no processo de descentralização.

A relação entre estado e município foi fator determinante positivo no processo de descentralização em Minas Gerais na medida em que as competências de cada ente

foram ficando mais claras e a capacidade de monitoramento se ampliava. Inicialmente, o Termo de Ajustes e Metas, que carecia de monitoramento, teve pouca adesão. Depois, com os Planos de Ação e a pactuação das responsabilidades de cada ente, a adesão à ferramenta chegou a 73% dos municípios de Minas Gerais. Com o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde a vigilância sanitária estadual se aproximou da gestão municipal como não tinha feito antes e 100% dos municípios pactuaram o desenvolvimento local das ações de vigilância sanitária. Primeiro, o Projeto de Fortalecimento estabeleceu nos elencos de ação a clara definição do que o município deveria fazer, incluindo as metas e as estratégias sugeridas para o alcance dessas metas. Segundo, implementou o Sistema Regionalizado de Vigilância em Saúde que permitiu o monitoramento sistemático das ações dos municípios e fortaleceu o papel do estado como coordenador regional das políticas de saúde. A aproximação da gestão estadual à municipal se deu em dois níveis: político e técnico. A apresentação quadrimestral aos gestores de saúde nas Comissões Intergestores Bipartite acerca do cumprimento ou não cumprimento pelos municípios das metas pactuadas no Projeto de Fortalecimento foi apontado pelos entrevistados como um fator desencadeador de iniciativas políticas para melhoria dos indicadores. Na mesma medida, a rotina quadrimestral de monitoramento e avaliação das ações através de visitas *in loco* permitiu ao estado assessorar tecnicamente os municípios e estar em contato próximo com os servidores municipais. Essa relação parece ter gerado uma aproximação efetiva entre os entes e pode estimular um processo de descentralização mais cooperativo entre o estado e os municípios.

Já na relação entre o governo e sociedade, identificou-se que o Projeto de Fortalecimento considerou a importância deste fator ao determinar como etapa obrigatória à adesão que os municípios aprovassem seus Planos Municipais de Investimento de Vigilância em Saúde junto aos Conselhos Municipais de Saúde. Esse é um ponto positivo para a vigilância sanitária, pois fortalece o controle social das ações.

Mas quanto a ações de comunicação de risco, ou seja, devolver à sociedade a informação acerca dos problemas sanitários que a vigilância sanitária tem encontrado, os dados do IBGE (2015) mostram que 225 municípios (26,38%) não as fazem. Além disso, as ações de educação sanitária, que se constituem em estratégia de prevenção e

promoção da saúde para informar à população e ao setor regulado o que pode gerar risco sanitário, não são adotadas por 91 municípios (10,67%).

Desta forma conclui-se que parte do sucesso do processo de descentralização da vigilância sanitária em Minas Gerais se deve à estratégia política adotada pelo Projeto de Fortalecimento, através de uma relação cooperativa e com as responsabilidades de cada ente compartilhadas de forma clara e pactuada. No entanto, a cultura cívica em assuntos relacionados à vigilância sanitária ainda se mostra insipiente, podendo ser um condicionante limitador do avanço da descentralização. Há necessidade de que o estado de Minas Gerais e seus municípios avancem na criação e manutenção de canais de comunicação permanentemente abertos para debater e informar com a sociedade ações de controle sanitário, uma vez que estas ações também têm impactos sociais e econômicos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa teve como objetivo analisar o processo de descentralização na vigilância sanitária de Minas Gerais. Observou-se que esse processo acompanha a própria evolução institucional do setor. A criação do sistema estadual de saúde, por volta de 1891, e da Diretoria de Higiene, em 1910, deram início à consolidação e responsabilização do estado nas ações de controle sanitário. Ao longo dos anos essas ações foram se fortalecendo em um ambiente republicano centralizador e o estado de Minas Gerais, para alcançar maior capilaridade, desconcentrava e regionalizava cada vez mais suas estruturas a fim de prover o serviço em todo o território. Durante esse período as ações de controle sanitário prevaleceram em seu caráter eminentemente fiscalizatório até que a Constituição Federal de 1988 provocou uma intensa reforma no sistema de saúde brasileiro.

A Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde determinaram uma nova forma de se fazer vigilância sanitária. Primeiro, definiram seu conceito e deram um caráter preventivo e promotor de saúde que antes não constavam na legislação. Depois, estabeleceram seus objetos de intervenção e organizaram as competências dos entes federados sob a diretriz da descentralização e municipalização do serviço. Em Minas Gerais, no ano de 1992, as ações de controle sanitário foram agregadas e passaram a contar com uma estrutura de superintendência dentro da Secretaria de Estado de Saúde. Apesar da diretriz constitucional, a municipalização não avançou muito até a criação da ANVISA e a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999. Como em todo processo, a descentralização não foi imediata e seus avanços se concentraram principalmente nos municípios de maior porte populacional e com economia consolidada. O setor carecia de estruturação e Minas Gerais determinou, nesse primeiro momento, o fortalecimento da estrutura estadual e das suas unidades regionais de saúde.

A partir de 2007, com a revisão do financiamento pelo Pacto pela Saúde e a pactuação dos Planos de Ação com a ANVISA, a descentralização na vigilância sanitária apresentou seus maiores avanços até então. Gradativamente os municípios elaboravam seus Planos, passavam a contar com mais recursos para estruturação dos serviços locais e assumiam as responsabilidades sobre o controle sanitário em seus territórios. Uma vez

que a estrutura estadual estava fortalecida, o estado passou a formular suas próprias políticas públicas de descentralização voltadas para as necessidades de Minas Gerais. Primeiro veio o Plano Piloto de Microrregionalização da Vigilância Sanitária. Depois o Plano Mineiro de Descentralização da Vigilância Sanitária. E finalmente, o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, experiência bem-sucedida que contou com a adesão dos 853 municípios do estado.

Todo esse processo foi analisado em suas dimensões institucionais, estruturais e políticas, sendo possível perceber fatores determinantes positivos e negativos para a descentralização. A análise dos fatores institucionais permitiu verificar que os grandes esforços implementados para concretizar a municipalização do serviço foram provocados pela diretriz de descentralização da Constituição Federal e da Lei nº. 8.080/90 e seus desdobramentos em portarias de financiamento e pactuação das ações de vigilância sanitária. Além disso, o processo acompanhou a evolução das instituições e das políticas públicas do setor. À medida que as políticas nacionais aperfeiçoaram e o serviço estadual se estruturou melhor a adesão dos municípios à descentralização foi gradativamente aumentando. O Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, por sua vez, adotou uma estratégia de financiamento que, além da adesão de 100% dos municípios, determinou também uma adesão às ações de baixa complexidade. Nesse sentido, este estudo aponta a necessidade de formulação por parte da vigilância sanitária estadual de novas estratégias para estimular os municípios de médio e grande porte a assumirem as ações de complexidades maiores.

A dimensão estrutural se apresentou como o fator determinante mais vulnerável para a descentralização. A fragilidade dos municípios na capacidade de gestão financeira, na instauração de processos administrativos e na disponibilidade de equipamentos para realização das ações de rotina coloca em cheque a capacidade dos municípios, principalmente aqueles de pequeno porte, de assumirem as ações a eles transferidas. Ao se considerar que a estrutura municipal pode ser um fator limitante para a descentralização, é necessário refletir qual a extensão da municipalização que o estado de Minas Gerais pretende atingir. A regionalização do serviço, como aconteceu através do Plano Piloto de Microrregionalização da Vigilância Sanitária em parceria com um

Consórcio de Saúde, pode ser uma alternativa para a qualificação das ações do setor. Nesse sentido existe a ressalva de que a vigilância sanitária é uma atividade típica de Estado, devendo ser executada exclusivamente pelos seus servidores formalmente investidos na condição de autoridade sanitária, no entanto, novos estudos e debates podem ser feitos a respeito do tema.

Quanto aos fatores de ação política, foi identificada a influência positiva que a estratégia cooperativa adotada pelo Projeto de Fortalecimento alcançou. A definição clara e detalhada das competências municipais apresentada nos elencos de vigilância sanitária, aliado à proximidade da gestão estadual com os gestores municipais que se estabeleceram nas Comissões Intergestores Bipartite, assim como a proximidade dos servidores estaduais com os técnicos municipais através das visitas de monitoramento das ações pactuadas determinaram o sucesso do Projeto. No entanto, ao se referir na relação entre governo e sociedade, o projeto estadual foi apenas pontual ao prever a aprovação da adesão e dos Planos de Investimentos pelos Conselhos Municipais de Saúde. Ainda é preciso avançar para manter canais de comunicação abertos para o diálogo com o cidadão e reforçar as ações de prevenção e educação sanitária voltadas para a promoção da saúde.

A título de conclusão, o processo de descentralização da vigilância sanitária de Minas Gerais carece ainda de muitos estudos. Não foram abordados nesta pesquisa aspectos regionais do processo, quanto a qualidade das ações desenvolvidas, tampouco o impacto que as políticas tratadas efetivamente tiveram para a saúde da população. Antes a abordagem aqui trazida buscou reconhecer a evolução institucional que ocorreu no período e a necessidade de continuidade das políticas públicas na área.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Grupo Temático de Vigilância Sanitária. Síntese do relatório da oficina “Subsídios para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”, 2009.

ABREU, Jean Luiz Neves. *Discurso médico-sanitário e estratégias de saneamento em Minas Gerais*. In: Saúde, higiene e sociedade: o sanitarismo em Minas Gerais (1889-1930). FAPEMIG, 2009. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=8> Acesso em 01 jan. 2017.

ABRÚCIO, Fernando Luiz. *Para Além da Descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil*. In: FLEURY, Sônia (org.). Democracia, Descentralização de Desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

ARRETCHE, Marta. *Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 31 (11): 44-66, 1996.

BARRETO, Raylene Logrado & GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *Um Estudo sobre a Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária nos Municípios Baianos: fatores intervenientes*. Caderno de Saúde Coletiva. Vol. 19, n. 3, pp. 305-311, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 11 abr. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 11 abr. 2016.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm> Acesso em: 11 abr. 2016.

BRASIL. *Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília: ANVISA, 2007.

CAVALCANTE, Pedro. *Descentralização de Políticas Públicas sob a Ótica Neoinstitucional: uma revisão de literatura*. Rev. Adm. Pública. Vol. 45, n. 6, pp.1781-1804, 2011.

COHEN, Mirian Miranda. *Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária do Rio de Janeiro*. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Vol. 19, n. 3, pp. 867-901, 2009.

COSTA, Ediná Alves & ROZENFELD, Suely. *Constituição da vigilância sanitária no Brasil*. In: ROZENFELD, Suely (org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA, Ediná Alves. *Conceitos e Área de Abrangência*. In: ROZENFELD, Suely (org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA, Ediná Alves. *Fundamentos de Vigilância Sanitária*. In: COSTA, Ediná Alves (org.). Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009.

COSTA, Ediná Alves. *Vigilância sanitária e proteção da saúde*. In: Márcio Iorio Aranha. (Org.). Direito Sanitário e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, Ediná Alves. *Vigilância Sanitária, Saúde e Cidadania*. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; Werneck, Gustavo Azeredo Furquim & TONON, Lídia Maria (org.). Vigilância Sanitária. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. *A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999)*. Ciência & Saúde Coletiva, Vol.13, suppl.3, pp.995-1004, 2008.

COVEM, Edna Maria. *Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária*. Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 15 (Supl. 2), pp. 3020-3026, 2010.

CUNHA, Maria da Consolação Magalhães. *Vigilância Sanitária no Brasil: evolução histórica*. In: WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; FEKETE, Maria Christina. Textos de Vigilância Sanitária: VISA na atenção básica. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2007.

DE SETA, Marismary Horsth & DAIN, Sulamis. *Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate*. Ciência & Saúde Coletiva, Vol.15, suppl.3, pp.3307-3317, 2010.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo - 27. ed.* - São Paulo: Atlas, 2014.

DIMAGGIO, Paul & POWELL, Woody. *A Gaiola de Ferro Revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais*. RAE - Revista de Administração de Empresas, Vol. 45, n. 2, pp. 74-89, 2005.

DUARTE, Ana Júlia Calazans; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; MENEZES, Sergio Ferreira de. *Risco Sanitário*. In: WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; FEKETE, Maria Christina. *Textos de Vigilância Sanitária: VISA na atenção básica*. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2007.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. *Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930*. Textos do Departamento de Ciências Médicas – Escola de Farmácia: UFOP. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em: 17 jul. 2015.

GUILAM, Maria Cristina Rodrigues & CASTIEL, Luis David. *Risco e Saúde*. In: DE SETA, Marismary Horsth (org.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos estados e dos municípios brasileiros : 2014 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro : IBGE, 2015.

LEITE, Handerson Jorge Dourado & NAVARRO, Marcus Vinícius Teixeira. *Risco Potencial: um conceito de risco operativo para a vigilância sanitária*. In: COSTA, Ediná Alves (org.). *Vigilância Sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA, 2009.

LUCHESE, Geraldo. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ], 2001.

LUCHESE, Geraldo. *Descentralização e Modelo Sistêmico: o caso da vigilância sanitária*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 15 (Supl. 2), pp. 3020-3026, 2010.

LUCENA, Regina Célia Borges de. *A Descentralização na Vigilância Sanitária: trajetória e descompasso*. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, pp. 1107-1120, 2015.

MANKIW, N. Gregory. *Introdução à Economia*. São Paulo – Cengage Learning, 2009.

MARANGON, Mariane Silva; et. al. *Vigilância Sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 15 (Supl. 3), pp. 3587-3601, 2010.

MARCELINO, Gileno Fernandes. *Descentralização: um modelo conceitual*. Brasília: Fundação Centro de Formação do Servido Público, 1988.

MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica* - 7. Ed. - São Paulo: Atlas, 2010.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro* - 23. Ed. - São Paulo: Malheiros, 1998.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo* - 27. Ed. - São Paulo: Malheiros, 2010.

MEYER, John & ROWAN, Brian. *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. The American Journal of Sociology, Vol. 83, No. 2, pp. 340-363, 1977.

MINAS GERAIS. *Manual de Monitoramento e Avaliação das Ações do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde*. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2015.

MINAS GERAIS. *Histórico da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais*, 2010a. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/ngc/page/226-historico-sesmg>> Acesso em: 06 dez. 2016.

MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Descentralização da Vigilância Sanitária*, 2010b.

OLIVEIRA JR, Mozart. *O Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde*. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; TONON, Lidia Maria (org.). *Vigilância Sanitária*. Belo Horizonte: Coopmed (Cadernos de Saúde; 4), 2001.

OLIVEIRA, Liliâne Tiburcio de. *Educar, Divulgar, Persuadir: propostas e ações da Diretoria de Higiene de Minas Gerais (1910-1927)*. Belo Horizonte: [Dissertação de Mestrado – UFMG], 2014.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses* – São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PAIVA Jr, Fernando Gomes de; LEÃO, André Luiz Maranhão & MELLO, Sergio Carvalho Benício. *Validade e Confiabilidade na Pesquisa Qualitativa em Administração*. Revista de Ciências da Administração, Vol. 13, n. 31, p. 190-209, set/dez 2011.

POLLITT, Christopher. *Decentralization: a central concept in contemporary public management*. In: FERLIE, Ewan; LYNN Jr., Laurence; POLLITT, Christopher. The Oxford Handbook of Public Management. New York: Oxford University Press, 2005.

RUA, Maria das Graças & ROMANINI, Roberta. *Para Aprender Políticas Públicas Volume 1: conceitos e teorias*. 2013. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf> Acesso em 04 out. 2016.

SCATENA, João Henrique Gurtier & TANAKA, Oswaldo Yoshimi. *Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde*. Saúde e Sociedade, Vol. 10, n. 2, pp. 47-74, 2001.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. IV Congresso Brasileiro de epidemiologia. 1998.

VARIAN, Hal R. *Microeconomia: princípios básicos*. 7. Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. *Métodos de Pesquisa em Administração* – 5. Ed. – São Paulo: Atlas, 2012.

APÊNDICE I – PAINEL DE DESAFIOS

ROTEIRO - PAINEL DE DESAFIOS

ÁREA:

Identifique aqui a razão de existir da área dentro da política de Vigilância em Saúde (o que fazemos e qual o nosso papel enquanto elemento da Política Estadual de Vigilância em Saúde).

Descreva abaixo as principais rotinas (processos cotidianos) desenvolvidas pela área no cumprimento de seu papel de partícipe da Política Estadual de Saúde, que contribui para a EFETIVAÇÃO da Vigilância e Proteção à Saúde no Estado.

Descreva abaixo os projetos (esforço temporário para a criação de um produto, serviço ou resultado exclusivo) desenvolvidos pela área no sentido de fortalecer seus processos ou qualificar seus resultados.

Indique abaixo os principais desafios encontrados pela área na operacionalização do seu papel enquanto parte da Política de Vigilância e Proteção à Saúde – Utilizar Relatório de Gestão 2010.

Apresente abaixo sugestões para o avanço da sua área:

APÊNDICE II – MAPA ESTRATÉGICO DA SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE

