



**Universidade Federal da Bahia**  
**Instituto de Saúde Coletiva - ISC**  
**Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**  
**Mestrado em Saúde Comunitária**

## **ANÁLISE SITUACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM SALVADOR**

**Cristian Oliveira Benevides Sanches Leal**



**Salvador - Bahia**

**2007**

**Cristian Oliveira Benevides Sanches Leal**

**ANÁLISE SITUACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM  
SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carmen Fontes Teixeira**

**Salvador - Bahia**

**2007**



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**CRISTIAN OLIVEIRA BENEVIDES SANCHES LEAL**

**“Análise situacional da vigilância sanitária em Salvador”.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 16 de março de 2007.

Banca Examinadora:

Profª. Carmen Fontes Teixeira – ISC/UFBA

Prof. Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA

Prof. Geraldo Lucchesi – Consultoria Legislativa da Câmara de Deputados

Salvador  
2007

## Dedicatória

Aos meus pequenos príncipes,

Lucas e Daniel

Pelo tanto de saudade que senti de vocês  
Pelo tempo precioso que perdi de vocês  
Pela distância em tempo e em qualidade “de estar junto”  
Enfim, pelo que se foi...  
Mas, sobretudo, pelo futuro em que invisto.  
Dedico a vocês com amor

A Renato,  
Por nossa eterna amizade.

## ***Epígrafe***

*“(...) uma palavra, quando dita, dura mais que o som e os sons que a formaram, fica por aí, invisível e inaudível para poder guardar o seu próprio segredo, uma espécie de semente oculta debaixo da terra, que germina longe dos olhos, até que de repente afasta o torrão e aparece à luz, um talo enrolado, uma folha amarrotada que lentamente se desdobra”.*

**José Saramago, “A Jangada de Pedra”, p. 251.**

## PREFÁCIO

Escrever uma dissertação de mestrado<sup>1</sup> é tarefa árdua, mas, chegado o final, sentimos saudades de tudo que passou, dos amigos que sempre fazemos nestes momentos de nossas vidas, do aprendizado contínuo, enfim da experiência de vida adquirida, de forma privilegiada, se levarmos em conta o nível educacional da maioria da população brasileira.

É hora de lembrarmos os motivos que nos levaram a tal empreitada e, sobretudo, de agradecermos a todos pelas inúmeras contribuições.

A saúde coletiva foi a área que escolhi porque é onde se insere a vigilância sanitária e onde achei que poderia dar a minha contribuição como cidadã e profissional. Minha história com a vigilância sanitária data de 1993, em Garça, cidade situada a oeste paulista com cerca de cinquenta mil habitantes e onde tive a feliz oportunidade de ser coordenadora de uma equipe sob o “comando” da Secretaria de Saúde do Estado. E aqui começo agradecendo à Dra. Rosangela Percínio Gianvecchio, Secretária de Saúde do Município àquela época, que depositou em mim uma confiança que me motivou a entrar para a área em que a partir de então não saí mais! Naquele tempo estava se iniciando o processo de descentralização da saúde e tive a oportunidade de entrar em contato com os “movimentos” iniciais deste processo em uma cidade considerada saudável: reunião com Conselho Municipal de Saúde, articulação com a vigilância epidemiológica, ações educativas em creches, para manipuladores de alimentos das escolas do município, enfim, uma série de ações que me encantaram pela forma como eram organizados os serviços. Posteriormente fiquei sabendo que o Estado de São Paulo é um dos pioneiros em matéria de organização, devido às reformas pelas quais passou ao longo de sua história.

Fui coordenadora durante três anos de uma equipe de três técnicos de nível médio: Cidinha, Maria do Carmo e Edna, a quem agradeço também, pela competência e seriedade que imprimiram à nossa equipe. Também coordenava a equipe de controle da dengue, sob orientação da extinta SUCAM e que procurei inserir no contexto da vigilância sanitária, de maneira que minha equipe era bem entrosada no que mais tarde vim a saber tratar-se de

---

<sup>1</sup> Realizado com apoio financeiro da ANVISA/MS através do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária do ISC/UFBA.

Vigilância à Saúde, pela forma articulada inclusive com a assistência, já que ali se formavam as primeiras equipes do que viria a ser o PSF.

Em 1997 mudei-me para Salvador, e devo dizer que muito a contragosto, pois que me acostumara ao estilo de vida de São Paulo. Mas a vida tem desses reversos e não devemos resistir-lhe muito, sob pena de sofrer por resistir às mudanças em vez de aprender com elas! Passei cinco anos em que costumo dizer “criando menino”: meu filho Lucas, que tinha apenas um ano naquela época e Daniel, que nasceu em 2000. Naquele ano prestei concurso para a Secretaria de Saúde de Salvador, para ser técnica da vigilância sanitária local. Era tudo o que eu queria, na área que gostava de trabalhar! Penso sempre que sou uma mulher de sorte! E aqui aproveito para agradecer a Deus, que sempre ilumina meus caminhos. O concurso foi em 2000, mas a Secretaria só convocou em 2002 e, para minha surpresa, naquele mesmo ano o ISC iniciou o primeiro Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com concentração em Vigilância Sanitária, sob a coordenação da professora Ediná Costa, a quem agradeço pela oportunidade de participar do núcleo que tem me aberto portas profissionais e pessoais! O curso me encantou e me motivou muito: conheci pessoas a quem tenho respeito e admiração: Lígia Rangel, pelo carinho e paciência na orientação da monografia; Jairnilson Paim, que inaugurou o curso e que posteriormente viria a me dar as primeiras coordenadas no projeto que apresentaria para o mestrado; Carmen Teixeira, mais que “a orientadora”, mas hoje sobretudo quem considero uma amiga, uma das mulheres mais inteligentes que já conheci e que me ajudou de forma firme e carinhosa (“Violenta e doce”, como diz o título de seu livro). A partir de então as portas se abririam para mim: entrei para o Mestrado em 2005 e novos amigos a quem agradeço especialmente, pelo carinho, apoio e ajuda em todas as horas: Andréa Ferraro, minha “amigona”; Handerson Leite, que sempre fez uma revisão crítica de muito do que apresentei e me ajudou especialmente com as tabelas! Augusto Bastos, sempre prestativo; Rosa Malena, pela doçura; Ana Cláudia Telles, companheira de projetos e de viagens! Marcus Navarro, pela alegria compartilhada tantas vezes.

O resultado da experiência em São Paulo aliado ao começo de trabalho em uma nova Organização, desta vez em Salvador, com características sociais, políticas e culturais totalmente diferentes foi o ponto de partida para as indagações com relação à estrutura da vigilância sanitária local e o desejo de compreender para, de alguma forma, colaborar, pois que as características de centralização de poder aqui são muito mais evidentes que em São Paulo e interferem diretamente na forma como o serviço se organiza. De maneira que, de

uma formação inicial como médica veterinária, passei a profissional da Visa e dediquei-me, através deste estudo, ao aprofundamento de questões relativas à Planejamento e Gestão em Saúde, área temática em que se insere este trabalho, que tem o intuito de ser uma pequena colaboração de um ator social questionador e “apaixonado” pela vigilância sanitária, seu campo, seus saberes e práticas e que acredita que é na estruturação desta que possa ser dado o grande passo em direção à modificação de um modelo de atenção à saúde que privilegie os aspectos de proteção e promoção da saúde, pois que, no dizer de uma colega: “a vigilância sanitária é o ‘tudismo’ da saúde”, pela sua complexidade e capacidade de prevenção de problemas. No entanto, ainda carece de visibilidade no meio e fora dele, se considerarmos que só é real este processo, na medida em que a intersetorialidade seja uma realidade: sozinha a Visa não dá conta desta complexidade, em sociedades “pós modernas”.

Em 2006 fui aprovada em processo seletivo para Professor Substituto da disciplina ISC 001 - Introdução à Saúde Coletiva, e tive oportunidade de conviver com “colegas”, pois que me considero ainda iniciante como professora, dos quais muito apreciei a convivência e que gostaria de agradecer pela confiança em mim depositada: Pedro Prata, Ademário Spínola, Mônica Nunes, Jorge Iriart.

Um agradecimento especial aos colegas da vigilância sanitária do Município, os atores sociais da VISA, pela disponibilidade e boa vontade na concessão das entrevistas, onde não citarei os nomes pelo respeito ao sigilo do processo. Mas agradeço especialmente à facilidade proporcionada pela gestão de Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, Secretário de Saúde de Salvador e aos coordenadores da COSAM e VISA: Antônia Maria e Ana Simões, pelo apoio e compreensão para a finalização deste trabalho, assim como a Dilma, pela lista dos atores sociais da VISA.

A todos os colegas do Centro Colaborador em vigilância sanitária do ISC/UFBA, especialmente a Joel Nolasco, pelas “dicas históricas”. Mas também aos funcionários: Kely, Maurício, Rafael e Gustavo, pela presteza em todas as horas.

A Creuza, um agradecimento especial pela cuidadosa revisão, considerando “o adiantado da hora”. A Fátima Santa Rosa, que tem me ajudado a identificar, descrever e analisar problemas cotidianos! A Regina Leal Schaer, pelo *Abstract*. A Darcy Sanches, pelo carinho e apoio. A minha mãe, Eduvirgens, pela minha formação humana e profissional.

Não poderia deixar um agradecimento especial a todos os funcionários do ISC e não citarei os nomes porque são muitos e por todos tenho um carinho especial: à turma da biblioteca; aos do laboratório de informática; aos da secretaria; da diretoria; da Epidemiologia; do Diretório de P&G; das Ciências Sociais; enfim, a todos com quem tive a satisfação de conviver.

## RESUMO

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária ganhou impulso com a redefinição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária a partir da criação da ANVISA. Levando em conta a heterogeneidade dos municípios brasileiros, com realidades sanitárias diversas e características políticas e administrativas próprias, coloca-se a necessidade de produção de conhecimentos sobre cada realidade local. O estudo teve por objetivo realizar uma análise situacional da vigilância sanitária no Município de Salvador, em seus aspectos relativos à infra-estrutura, organização e gestão. Trata-se de estudo de caso único, descritivo e exploratório cuja estratégia metodológica foi baseada no Enfoque por Problemas, preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional. Teve como fontes de evidências a análise de documentos institucionais, entrevistas semi-estruturadas com atores institucionais individuais e grupos focais e registros de observação no processo de redefinição dos serviços. Estes dados foram analisados à luz da política de descentralização das ações de VISA preconizada pela ANVISA (Marco Normativo) e pelos estudos realizados no campo temático de organização e gestão da vigilância sanitária. Os resultados indicam fragilidades na estruturação do serviço de vigilância sanitária municipal nos três aspectos analisados e enfatizam a necessidade de se planejar adequadamente a descentralização da gestão e a reorganização das ações da VISA local. Sugerem, em especial, a sua integração com outras práticas de vigilância que estão sendo implementadas e consolidadas no âmbito dos Distritos Sanitários que compõem a base territorial e operacional do SUS municipal; maior e melhor cooperação dos outros níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; maior articulação com outros órgãos da Prefeitura de Salvador. A autora sugere a priorização de uma política de recursos humanos que considere a qualificação permanente do quadro de profissionais da VISA, especialmente, a capacitação gerencial para gestores e a instituição de um PCCS que leve em conta as especificidades do trabalhador da vigilância sanitária local. Sugere ainda a priorização da estruturação das ações e serviços de VISA dentro da SMS, tendo em vista o processo tardio de descentralização de suas ações e a importância das mesmas para a melhoria da qualidade das ações de saúde no sistema de saúde de Salvador.

Palavras-chave: Análise Situacional; Vigilância Sanitária; Planejamento e Gestão; Descentralização.

## ***ABSTRACT***

The decentralization process of sanitary surveillance initiatives gained momentum with the redefinition of the National System of Sanitary Surveillance as of the creation of ANVISA. Taking into account the heterogeneity of the Brazilian municipalities, with their own sanitary realities and political characteristics, there was need for the assimilation of data on each local reality. The study served the objective of carrying out a situational analysis of the sanitary surveillance in force in the municipality of Salvador with regard to its infrastructure, organization and governance aspects. It is a descriptive and exploratory unique-case study, whose methodological strategy was based on a by-problem approach as set forth in the Situational Strategic Planning. For evidence sources, it relied on the analysis of institutional documents, semi-structured interviews with individual institutional performers and focal groups, as well as on observational records relative to the process of services redefinition. This data was analyzed in light of the of the activity-decentralization policy envisaged by ANVISA (Normative Marker) and the studies that were carried out in the thematic field of sanitary surveillance organization and governance. The studies point to fragility in the structuring of the municipal service of sanitary surveillance as regards the three aspects analyzed and emphasize the need for properly planning governance decentralization and reorganizing the actions of the local VISA, particularly with respect to their integration with other vigilance practices that are being implemented and consolidated within the scope of Sanitary Districts comprising the territorial and operational base of the municipal SUS; increased and improved cooperation with other levels of the National System of Sanitary Surveillance; as well as increased articulation with other agencies of the Salvador prefecture. The author recommends prioritization of a human resource policy considering ongoing qualification of the VISA personnel roster, especially as regards governor managerial preparedness and the institution of a PCCS that takes into account the peculiarities of the local sanitary surveillance worker. Furthermore, the author recommends the prioritization of the structuring of VISA'S activities and services within the SMS, in view of the tardy decentralization of its activities and the importance of these for the improvement of the quality of health measures within Salvador's health system.

Key-expressions: Situational Analysis; Sanitary Vigilance; Planning and Governance; Decentralization.

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

**FIGURA 1:** Vista da Baía de Todos os Santos, com o Elevador Lacerda

**FIGURA 2:** Divisão de Salvador em Distritos Sanitários

---

**TABELA 1:** Aspectos demográficos da população dos DS, Salvador, 2005

**TABELA 2:** Estabelecimentos de Saúde, Salvador, 2006

**TABELA 3:** Equipamentos de Saúde, Salvador, 2006

**TABELA 4:** Profissionais segundo a formação, VISA, Salvador, 2006

**TABELA 5:** Profissionais da VISA na SMS, Salvador, 2006

**TABELA 6:** Profissionais da VISA por DS, Salvador, 2006

**TABELA 7:** Profissionais de NU segundo profissão, por DS, Salvador, 2006

**TABELA 8:** Profissionais de nível médio no NC e DS, Salvador, 2006

---

**QUADRO 1:** Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de infra-estrutura

**QUADRO 2:** Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de DRH

**QUADRO 3:** Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de organização

**QUADRO 4:** Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de gestão

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS: Agente Comunitário de Saúde  
ADAB: Agência de Defesa Agropecuária da Bahia  
AI: Auto de Infração  
AIS: Ações Integradas de Saúde  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ACCESS: Microsoft Office Access  
CAD: Coordenadoria de Apoio à Descentralização  
CCZ: Centro de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador  
CDRH: Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos da SMS  
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa  
CEFET: Centro Federal de Educação Tecnológica  
CGC: Cadastro Geral de Contribuintes  
CIB/ BA: Comissão Intergestores Bipartite da Bahia  
CMS: Conselho Municipal de Saúde  
CNEM: Comissão Nacional de Energia Nuclear  
COELBA: Companhia de Eletricidade da Bahia  
COSAM: Coordenadoria de Saúde Ambiental da SMS  
CRF: Conselho Regional de Farmácia  
DIVISA: Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado da Bahia  
DS: Distrito Sanitário  
DRH: Desenvolvimento de Recursos Humanos  
EMBASA: Empresa Baiana de Água e Saneamento  
EPI: Equipamento de Proteção Individual  
EUA: Estados Unidos da América  
FMS: Fundo Municipal de Saúde  
IBAMA: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IO: Imagem Objetivo  
IPS: Instituto de Previdência Social de Salvador  
ISC: Instituto de Saúde Coletiva  
IVISA: Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária  
GPABA: Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada  
GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal  
JUCEB: Junta Comercial do Estado da Bahia  
LACEN: Laboratório Central  
LIMPURB: Limpeza Pública Urbana de Salvador  
MARE: Ministério da Administração e Reforma do Estado  
MERCOSUL: Mercado Comum do Cone Sul  
MS: Ministério da Saúde  
NC: Nível Central da VISA na Secretaria Municipal de Saúde  
NGI: Núcleo de Gerenciamento da Informação da SMS  
NM: Nível Médio  
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB: Norma Operacional Básica  
NU: Nível Universitário

PAS: Pronto Atendimento em Saúde  
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários  
PDAVS: Programa Desconcentrado de Ações em Vigilância Sanitária  
PDDU: Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano  
PDVISA: Plano Diretor de Vigilância Sanitária  
PES: Planejamento Estratégico Situacional  
PMS: Plano Municipal de Saúde  
POP: Procedimento Operacional Padronizado  
PPI: Programação Pactuada Integrada  
PROCON: Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor  
PSF: Programa de Saúde da Família  
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada  
REDEVISA: Rede Descentralizada de Vigilância Sanitária  
RH: Recursos Humanos  
RT: Responsável Técnico  
SAC: Serviço de Atendimento ao Cidadão  
SEAD: Secretaria de Administração de Salvador  
SEDES: Secretaria de Desenvolvimento Social de Salvador  
SESAB: Secretaria Estadual da Saúde da Bahia  
SESP: Secretaria Municipal de Serviços Públicos de Salvador  
SI: Situação Inicial  
SINAVISA: Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária  
SMS: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador  
SMVS: Sistema Municipal de Vigilância Sanitária de Salvador  
SNVS: Sistema Nacional de Vigilância Sanitária  
SVS: Secretaria de Vigilância Sanitária  
SO: Situação Objetivo  
SSA: Salvador  
SUDS: Serviço Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS: Sistema Único de Saúde  
SUCOM: Superintendência de Controle e Ordenamento Municipal de Salvador  
TAM; Termo de Ajuste e Metas  
TFVS: Teto Financeiro da Vigilância Sanitária  
UFBA: Universidade Federal da Bahia  
VIEP: Vigilância Epidemiológica da SMS de Salvador  
Visa: vigilância sanitária  
VISA: Vigilância Sanitária da SMS de Salvador  
VISAMB: Vigilância Ambiental da SMS de Salvador

## SUMÁRIO

<b>1 A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	17
<b>2 “ELEMENTOS PARA UM MARCO DE REFERÊNCIA”</b> .....	24
2.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SABERES E PRÁTICAS.....	24
2.2 O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	29
2.3 O REFERENCIAL POLÍTICO-NORMATIVO DO SISTEMA DE VISA.....	34
2.4 A SITUAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE VISA: OBJETO DE ESTUDO.....	40
<b>3 SALVADOR, A "CIDADE DA BAHIA"</b> .....	44
3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR.....	47
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	53
4.1 DESENHO DE ESTUDO.....	53
4.2 PRODUÇÃO DE DADOS.....	54
4.2.1 <b>Passo 1: Mapeamento dos Atores</b> .....	54
4.2.2 <b>Passo 2: Identificação e descrição dos Problemas</b> .....	55
4.3 <b>Passo 3: ANÁLISE DOS PROBLEMAS - DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO DO SMVISA</b> .....	58
4.4 REQUISITOS ÉTICOS.....	60
<b>5 SITUAÇÃO ATUAL DA VISA EM SALVADOR</b> .....	62
5.1 CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DO SMVISA: UM DESCRITOR DO GRAU DE ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA.....	62
5.2 OS ATORES IDENTIFICAM OS PROBLEMAS DO SISTEMA DE VISA.....	66
5.2.1 <b>Problemas de infra-estrutura material</b> .....	66
5.2.2 <b>Problemas de infra-estrutura física</b> .....	69
5.2.3 <b>Problemas de infra-estrutura financeira</b> .....	71
5.2.4 <b>Problemas de desenvolvimento dos recursos humanos do sistema de VISA</b> .....	73
5.2.5 <b>Problemas de organização</b> .....	82
5.2.6 <b>Problemas de gestão</b> .....	85

5.3 OS ATORES INDICAM OS DETERMINANTES DOS PROBLEMAS DO SISTEMA DE VISA.....	93
5.3.1 <b>Determinantes dos problemas de infra-estrutura material</b> .....	93
5.3.2 <b>Determinantes dos problemas de infra-estrutura física</b> .....	94
5.3.3 <b>Determinantes dos problemas de infra-estrutura financeira</b> .....	94
5.3.4 <b>Determinantes dos problemas do DRH</b> .....	96
5.3.5 <b>Determinantes dos problemas de organização</b> .....	103
5.3.6 <b>Determinantes dos problemas de gestão</b> .....	107
5.4 OS ATORES FAZEM PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO.....	115
5.4.1 <b>Propostas para a infra-estrutura material, física e financeira do SMVISA</b> .....	115
5.4.2 <b>Propostas para o desenvolvimento de recursos humanos do SMVISA</b> .....	116
5.4.3 <b>Propostas para a organização do SMVISA</b> .....	117
5.4.4 <b>Propostas para a gestão do SMVISA</b> .....	118
6 <b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> .....	120
7 <b>COMENTÁRIO FINAL</b> .....	126
8 <b>REFERÊNCIAS</b> .....	127
<b>ANEXOS</b>	

## 1 A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O ideário da Reforma Sanitária, cuja fundamentação político-ideológica consolidou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, redefiniu o conceito de saúde, ampliando-o como um direito de cidadania e dever do Estado e propôs a reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição do SUS. Este adota como princípios a universalidade, a equidade e integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada esfera de governo e a participação social. A Constituição de 1988 legitimou este conceito ampliado de saúde, o que representou um avanço na luta política contra o modelo hegemônico vigente. A Lei 8.080/90, segundo Mendes (1993, p. 48):

incorpora os principais mandamentos constitucionais: saúde como direito e dever do Estado; conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; o Sistema Único de Saúde com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único em cada esfera de governo.

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, garantindo a estados e municípios regularidade e automatismo de repasses, assegurando a criação dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde (BRASIL, 1990a). Surgem as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais e o processo de construção do SUS deve caminhar na direção de transformação para um modelo de atenção<sup>2</sup> que atenda aos princípios preconizados na legislação formulada constitucionalmente.

A execução das ações de vigilância sanitária (Visa) foi incluída como área de competência do SUS, estabelecida no artigo 200 da Constituição Federal e a Visa, enquanto campo de saberes e práticas voltado para a proteção e defesa da saúde, vem evoluindo de uma concepção predominantemente normativa para a ampliação de sua área de ação, principalmente levando-se em conta o intenso desenvolvimento tecnológico experimentado nos últimos anos, com o aumento evidente dos riscos, através da circulação de produtos e serviços (COSTA; ROZENFELD, 2000). O aumento de riscos vem

---

<sup>2</sup> Modelo assistencial ou modelo de atenção é definido por Paim como sendo “combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades de saúde historicamente definidas” (PAIM, apud SOUZA, 2002).

impulsionado também, em decorrência da abertura dos mercados, pela globalização que acarretou o aumento na circulação de mercadorias e pessoas, tornando-se necessário a construção de ações baseadas em políticas consistentes e serviços organizados de modo a atender de forma ágil às necessidades deste mercado em expansão, ao mesmo tempo em que garanta a proteção da saúde da população, sendo criados o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para coordenar esse sistema, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, configurando-se a necessidade de sua estruturação em todos os níveis (LUCCHESE, 2001, 2006).

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>3</sup> em 1999 representa a tentativa de mudança do modelo burocrático-cartorial<sup>4</sup> para a vigilância sanitária federal, pois que a agência é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, mas com autonomia administrativo-financeira, uma estrutura organizacional própria e competências estabelecidas à sua diretoria colegiada. Buscam-se eficiência e rapidez com a adoção do modelo gerencial, ou da “nova gestão” pública<sup>5</sup>, como necessidade de resposta às demandas do mercado e na regulação do risco sanitário. Segundo Costa (2004b, p. 377):

A natureza de autarquia especial conferida à agência é caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. Será dirigida por uma diretoria colegiada, composta por até cinco membros (um dos quais será o diretor presidente), indicados e nomeados pelo presidente da República, após aprovação do Senado Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitindo-se recondução (...). *O contrato de gestão que busca uma administração por resultados*, é uma inovação na Administração Pública Brasileira, compondo as estratégias da reforma do Estado (grifos nossos).

No setor social, e aqui especificamente o setor saúde, especialmente nos municípios, a descontinuidade e ingerência administrativa e política é ainda característica importante das administrações públicas, onde ocorrem manipulações de seus propósitos a

---

<sup>3</sup> Instituída pela Lei 9.782/99.

<sup>4</sup> Um modelo centrado na fiscalização e voltado para o atendimento dos interesses do setor produtivo e regulado por ela, com pouca preocupação para o desenvolvimento de ações voltadas para o controle de riscos (SOUTO, 2004).

<sup>5</sup> A nova gestão pública, como é conhecida a administração gerencial, não corresponde a uma realidade única, um “pacote” pronto. É, segundo Bresser Pereira, “um conjunto de sistemas alternativos de idéias” (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 112) e que segue modelos ou orientações teórico-metodológicas, caracterizando-se pelo distanciamento com relação ao modelo burocrático de administração pública: um modelo de caráter auto referido, voltado para a afirmação do poder do Estado e da burocracia estatal ou ainda, uma administração onde os controles são voltados para procedimentos e para cobrança do cumprimento formal de etapas, legal e estritamente estabelecidas.

clientelismo e atrelamento burocrático (PAIM, 2002, p. 158). Desta forma, torna-se necessário que as vigilâncias sanitárias municipais aperfeiçoem a organização dos seus serviços, através da definição de um modelo de gestão e de atenção que favoreça a reorganização das práticas de saúde, para a construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária eficiente em todos os seus níveis.

Em revisão preliminar da literatura encontrou-se relato de pesquisa desenvolvido pela REDEVISA<sup>6</sup> na Paraíba, em oito municípios, com o objetivo de propor estratégias para o planejamento do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, e uma série de questionamentos foi levantada: se a realidade sanitária e epidemiológica tem sido levada em conta; se há direcionamento dos recursos para as prioridades de controle sanitário local; a sistematização e o conhecimento das realidades e prioridades pela ANVISA, estados e municípios para a definição de metas e na pactuação do Termo de Ajuste e Metas e o fato de ser ou não possível planejar em vigilância sanitária sem levar em conta fatores de risco e o conjunto de atores sociais que compõem os territórios nos quais ela atua (BRASIL, 2003a). Naqueles municípios um dos problemas do processo de descentralização diz respeito à dificuldade encontrada, pelos gestores estaduais e municipais, em agregar às metas pactuadas as prioridades dos territórios, não se limitando apenas ao repasse de recursos financeiros previstos na NOB/SUS 96, a Norma Operacional que definiu os recursos financeiros para as ações de Visa (BRASIL, 1997).

Solla e Cunha (2001) relatam a reestruturação pela qual passou a vigilância sanitária de Vitória da Conquista, Município do sudoeste da Bahia, na gestão iniciada em janeiro de 1997. Os autores consideram que a priorização dada à saúde, em um momento de municipalização das atividades, foi fundamental para que a vigilância sanitária viesse a fazer parte da agenda política municipal. Dentre os principais aspectos relatados pelos autores estão a reorganização administrativa, onde foram priorizadas a capacitação e admissão de novos profissionais; o cadastramento dos estabelecimentos e posterior inspeção sanitária dos mesmos; ações intersetoriais com órgãos, como o Ministério da Agricultura, a Secretaria de Serviços Públicos, a Secretaria de Finanças; a capacitação de conselheiros locais; a instituição do Planejamento Estratégico; compra de automóveis;

---

<sup>6</sup> Rede Descentralizada de Vigilância Sanitária, da ANVISA, que tem como objetivo propor estratégias para a organização e gestão da rede descentralizada de vigilância sanitária, cujo eixo é definido como sendo de estímulo a mudanças organizacionais, fortalecimento de relações solidárias entre os entes federados e agregando princípios de territorialidade, do uso da epidemiologia e da promoção da saúde no controle de riscos como instrumento de suporte ao planejamento e na organização de ações e serviços (BRASIL, 2003a).

padronização de procedimentos de inspeção; reconfiguração do Código Municipal de Saúde e ações de comunicação em saúde.

Souza (2002), em estudo sobre a vigilância sanitária em um distrito sanitário de Salvador, no período de 1996 a 2000, relata que, na organização dos seus serviços, a vigilância priorizava o atendimento à demanda espontânea, sobretudo para liberação de alvará sanitário e atendimento de denúncias, com algumas ações programadas em épocas determinadas como carnaval, festas de largo e outras. As intervenções eram do tipo inspeções, seguidas de autuação e/ou interdição de estabelecimentos e, no caso de alimentos, apreensão dos que estivessem deteriorados. A prática educativa também se dava de forma pontual, com distribuição de cartilhas. A autora aponta a necessidade de estudos aprofundados sobre organização e gestão da Vigilância Sanitária local.

Estudo de caso realizado por Juliano e Assis (2004) sobre a Visa de Feira de Santana/Bahia, no período de 1998/2000, apontam como limites ao processo de descentralização a desarticulação com o nível regional, deficiente infra-estrutura e interferência política. No entanto, explicitam que houve avanços: no cumprimento da Programação Pactuada Integrada (PPI), no cadastramento de estabelecimentos sujeitos à ação da vigilância sanitária e nas articulações interinstitucionais, alertando para a necessidade de mobilização para que a vigilância se inscreva numa agenda de prioridades para a saúde.

Cohen et al. (2004) realizaram um diagnóstico situacional de vinte e dois órgãos de vigilância sanitária em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) do Rio de Janeiro, entre julho e dezembro de 2002, relatando profundas dificuldades técnico-operacionais para o desenvolvimento de suas ações, indicando fragilidade no processo de descentralização e a necessidade de os gestores municipais buscarem parcerias com o órgão estadual.

Lucchese (2000) considera que, além da necessidade de redefinição das formas de financiamento para as ações de vigilância sanitária, é necessária a avaliação dos resultados da habilitação e da implementação das condições de gestão descentralizada nos estados e municípios, a fim de verificar a efetividade das ações, além da avaliação das condições e organização do trabalho, qualidade no atendimento, acessibilidade do cidadão e satisfação do usuário.

A vigilância sanitária de Salvador (VISA<sup>7</sup>) encontra-se na Secretaria Municipal de Saúde e teve um lento processo de municipalização. Segundo Souza (2002), a VISA “percorreu uma trajetória marcada por incertezas, indefinições e atrasos, decorrentes de fatores tanto de natureza político-administrativa, quanto financeira”, pela priorização dada à assistência, estando, à época do estudo, o processo de distritalização de suas atividades em curso e de maneira assistemática, sem uma interação entre o nível central e os distritos sanitários.

Uma nova gestão que se iniciou em janeiro de 2005, em um contexto democrático e participativo, se dispôs a realizar uma série de procedimentos, cujo objetivo é a reestruturação administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, com a cooperação técnica do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e consultoria do Banco Mundial, de maneira que se torna pertinente a adequação da VISA a esse novo contexto, frente aos desafios que apresentam a nova habilitação.

Com a habilitação de Salvador em 2006 à GPSM, surgem novos desafios para a vigilância sanitária local, que passa a assumir as ações de média e alta complexidade, ou de alta densidade tecnológica<sup>8</sup>. Faz-se necessário a definição de formas de organização e gestão dos seus serviços que contemplem a descentralização das ações, a comunicação entre técnicos e gestores, o planejamento e execução de suas ações, com o cumprimento de objetivos e metas de atendimento das necessidades da população e do setor por ela regulado.

Ao mesmo tempo, a ANVISA lança uma discussão nacional, envolvendo estados e municípios, em torno do PDVISA - Plano Diretor da Vigilância Sanitária - visando consolidar o processo de descentralização das ações de Visa, através do levantamento e discussão dos principais problemas relativos a este processo. Desta forma, para a concretização da estruturação da VISA de Salvador e como contribuição à discussão em torno da consolidação da descentralização das ações da vigilância sanitária, fez-se necessário uma análise da situação atual da vigilância sanitária de Salvador, no âmbito do sistema municipal de saúde, com a identificação dos problemas e dos desafios a serem enfrentados para a implantação e consolidação do “Sistema Municipal de Vigilância Sanitária de Salvador”, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

---

<sup>7</sup> Adotaremos neste estudo a sigla “VISA” para designar a vigilância sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) e a sigla “Visa” para o campo de estudos.

<sup>8</sup> Essas discussões fazem parte do campo da Visa, como será abordado mais adiante.

Vários questionamentos foram levantados pela autora, que é técnica da vigilância sanitária local, tais como: quais as principais características da organização e da gestão da Vigilância Sanitária na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador? Os recursos materiais, físicos, financeiros e humanos são suficientes e usados de forma ao cumprimento do seu papel institucional? Quais as tecnologias de intervenção utilizadas? A gestão é descentralizada, democrática, participativa? As lideranças estão aptas a motivar a equipe? Favorece o Planejamento Participativo? A estrutura organizacional é horizontal, favorecendo o agir comunicativo e a qualidade dos serviços prestados, ou seja, colabora com a implantação de um modelo de atenção alternativo, em que haja priorização para as atividades preventivas, com ações descentralizadas, conforme preconizado pela Constituição Federal?

Diante da problemática percebida e frente ao explicitado, a autora fez a seguinte pergunta de investigação: **Qual a situação atual do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária na Secretaria de Saúde de Salvador?**

Analisar a situação da Visa, em seus componentes de gestão e organização em um município do porte de Salvador supõe refletir sobre as condições em que vem se dando o processo de descentralização de suas ações e o modo como os municípios podem se estruturar para responder ao preconizado pela política de descentralização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. É também refletir sobre o papel das outras esferas de gestão do SUS nesse processo.

Justifica-se, ainda, pela necessidade de pesquisas no campo da investigação em sistemas e serviços de saúde - ISSS (ALMEIDA, 2000), como formas de se subsidiar a elaboração de propostas alternativas ao modelo hegemônico, burocrático, em bases científicas, para a consolidação política do processo da Reforma Sanitária brasileira, conforme preconizado por Costa e Souto (2001). Salientamos que a temática de vigilância sanitária não vinha sendo contemplada nos estudos sobre políticas e sistemas de saúde nas últimas três décadas, estando as discussões restritas ao seu próprio ambiente (COSTA, 2004a).

O estudo adotou como objetivo geral, portanto, **realizar uma Análise Situacional da Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador** e como específicos:

- Identificar os distintos **atores** envolvidos no processo de gestão e organização da VISA.
- Identificar e descrever os principais **problemas** referentes à organização e gestão da Vigilância Sanitária de Salvador e seus **determinantes**, segundo a perspectiva dos diversos atores.
- Analisar a **Situação** atual da VISA em Salvador à luz do preconizado pela política de descentralização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos teóricos e estudiosos do campo.

## 2 “ELEMENTOS PARA UM MARCO DE REFERÊNCIA”

### 2.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SABERES E PRÁTICAS

As ações de vigilância sanitária inserem-se em todos os níveis de atenção: promoção, proteção, cura e reabilitação; nas três dimensões tecnológicas: serviços de baixa, média e alta complexidade, bem como nos três níveis de governo, a saber, o federal, estadual e o municipal. Ao lidar com a qualidade dos meios e modos de vida, antecipando-se aos riscos sanitários relativos aos produtos e serviços de interesse da saúde, a Visa desempenha papel relevante no controle de agravos à população, vindo a constituir-se um campo privilegiado na saúde (COSTA, 2004b). A Lei Orgânica de Saúde assim a define:

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, 1990b, art. 6º).

Almeida Filho (2000, p. 14), ao buscar um conceito para a saúde que não se limite simplesmente “à ausência de doença” e que dê conta da complexidade do termo, insere a vigilância sanitária no campo de práticas de Promoção da Saúde, como um sub-campo da Saúde Coletiva, entendendo a promoção como ações que levem os indivíduos e a coletividade a buscarem a qualidade de vida, através de modos de vida saudável e contemplando práticas de prevenção e proteção. O autor explica que “a noção de proteção da saúde fundamenta-se em um conceito estrutural de risco como possibilidade, enquanto que o modelo de prevenção baseia-se no conceito epidemiológico de risco como probabilidade” e que estes modelos de proteção e promoção da saúde só podem viabilizar-se a partir de concepções positivas da saúde, individual e/ou coletivamente.

Situada no campo de promoção e proteção da saúde, a vigilância sanitária comporta várias dimensões: político-jurídica, onde, ao desenvolver ações que são exclusivas do Estado, limita interesses individuais em prol do interesse coletivo, através do poder de

polícia<sup>9</sup> que lhe é inerente e a diferencia das outras ações de saúde. Para exercer esse “poder-dever” do Estado, a Visa utiliza a norma sanitária, através da legislação sanitária. A dimensão técnica refere-se à multiplicidade de saberes que são necessários para o desenvolvimento das ações, por contemplar objetos de distintas naturezas, envolvendo atores com múltipla formação profissional, em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Ao proporcionar condições para que o mercado mantenha níveis de qualidade de sua produção, evitando fraudes, adulterações e outras ilegalidades, sem abrir mão do controle sanitário de produtos e serviços em prol da proteção da saúde da população, a Visa apresenta a sua dimensão sócio-econômica. A dimensão ética por sua vez deve embasar todas as outras dimensões (COSTA, 2004b; SOUZA, 2002; BASTOS, 2006).

Por situar-se no campo da promoção e proteção da saúde, as ações de Visa são na sua essência éticas<sup>10</sup>, já que buscam promover o bem comum do maior número de pessoas. Ou seja, contemplam o princípio ético da beneficência, não se limitando à não maleficência, prevenindo riscos, antecipando-se aos agravos e danos, não devendo suas ações contemplar estritamente as dimensões legais, técnicas e administrativas. Neste sentido, a Visa, enquanto ação do Estado, deve assumir a responsabilidade social e agir visando à equidade, protegendo os interesses dos que mais necessitam de sua intervenção. Um exemplo disto é o fato de em nossa sociedade de consumo existir o *marketing* comercial de serviços e produtos, que se propagam como sendo bons, muitas vezes caros, e que podem trazer com sua utilização a possibilidade de danos ou agravos e, por desinformação, serem consumidos indiscriminadamente. O consumidor tem o direito à informação, a fim de que se reduzam as incertezas no consumo de produtos e serviços. O uso de tecnologias médicas é, sem dúvida, algo que traz um impacto negativo, especialmente em situações de desigualdade social, como é o caso do Brasil, tanto para o Estado, que deve buscar a eficiência, quanto para a população, que deve evitar iatrogenias referentes ao consumo destes produtos e serviços. Desta forma, a Visa deve desenvolver

---

<sup>9</sup> Poder de polícia é “uma atividade estatal exclusiva, cujo objetivo é evitar conseqüências anti-sociais: restringe ou condiciona as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-a aos interesses da coletividade, e o faz em nome da supremacia do interesse público sobre o individual” (FORTES, 2006, p. 65).

<sup>10</sup> Não se pretende aprofundar o vasto tema da ética, por ser de extrema complexidade, o que foge aos limites deste estudo. Adotaremos apenas alguns conceitos citados pelo autor: “a ética fala de valores, princípios e normas que servem de base para o comportamento humano; fala do que é certo, correto e justo, e na *responsabilidade dos indivíduos por seus atos*, com a finalidade última de que vivamos bem em sociedade” (FORTES, 2006, p. 61, grifo nosso).

estratégias de comunicação e *marketing social*<sup>11</sup>, para a elevação da consciência sanitária da população, que deve estar informada de seus direitos e deveres e assim realizar o controle social sobre as ações e objetos da Visa, que são, segundo Costa (2004b), objetos dos “meios e modos de vida” na sociedade. O uso indiscriminado de tecnologias médicas leva à diminuição da eficiência e aumenta as desigualdades no próprio sistema de saúde em que se inserem, pois, além de caras, trazem consigo riscos, muitas vezes desconhecidos para quem as utiliza. A aproximação das vigilâncias sanitárias com os colegiados participativos é necessária para a concretização dos princípios éticos do campo da Visa, especialmente no que concerne ao uso do dinheiro público, que deve ser empregado de forma planejada e publicizada (FORTES, 2006; SOUZA, 2002).

Preconiza-se que os profissionais que atuam no campo da Visa ajam de forma cooperativa e interdependente, devido à especialização necessária para contemplar a diversidade de seus objetos e complexidade das ações, ao considerarmos as inovações tecnológicas, as desigualdades sociais e o objetivo da realização do controle do risco sanitário; de forma ética, sendo imparciais, autônomos e transparentes, pois podem responder administrativamente, penal e civilmente por seus atos. São representantes do poder público para a limitação de interesses conflitantes entre mercado e saúde, individual e coletivo. Neste sentido, faz-se necessário que os agentes sejam funcionários admitidos em concurso público e sigam a carreira de Estado, não devendo ter vínculos com o setor regulado pela Visa, sob pena de contrariar princípios éticos. A capacitação permanentemente em serviço faz-se também necessário, bem como a habilidade de articular-se com as várias instâncias da sociedade, a exemplo de instituições que mantêm interface com a saúde e a sociedade organizada, para o controle social e mediação de conflitos. Estes profissionais devem procurar agir de acordo com o preconizado pela lei, com conhecimento do que dita a legislação e trabalhar de forma padronizada, seguindo o que se poderia denominar de “procedimentos operacionais padronizados” (POPs), pois que trabalham em equipes e de forma cooperativa, dando continuidade a ações para o controle de riscos e lidam com objetos variados. A fim de dar conta desta padronização a Visa deve elaborar previamente seus instrumentos de ação<sup>12</sup>, testá-los e avaliá-los, de acordo com as

---

<sup>11</sup> Souza (2002, p. 28-29) define o marketing social ou mercadologia social citando Dever (1988, p. 305): “como a elaboração, implantação e controle de programas que procuram aumentar a aceitabilidade de uma idéia ou causa social em grupo ou grupos-alvos”, acrescentando que o marketing social visa à promoção da saúde.

<sup>12</sup> Roteiros de inspeção; *check list*; Autos: de infração, de imposição de penalidade, de apreensão e inutilização de produtos, entre outros.

necessidades do mercado e de proteção da saúde da população, em permanente acompanhamento das inovações tecnológicas (COSTA; SOUTO, 2001; SOUZA, 2002; COSTA 2004b; BASTOS, 2006).

As tecnologias de intervenção<sup>13</sup> utilizadas pelos profissionais desse campo vão, desde a inspeção e fiscalização de produtos e serviços de interesse da saúde a programas de educação sanitária em bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, quais sejam: alimentos, inclusive águas envasadas, embalagens, aditivos e contaminantes; cosméticos; saneantes; materiais destinados ao diagnóstico; medicamentos; equipamentos médicos e odontológicos; imunobiológicos, sangue e derivados; órgãos e tecidos humanos e veterinários; radioisótopos; cigarros e similares; ambientes, inclusive os de trabalho; serviços médicos, enfim quaisquer produtos que envolvam riscos à saúde (COSTA, 2003; BRASIL, 1999). É importante notar que a Visa deve agir em ambientes, produtos, serviços do setor formal e informal, como nos alerta Piovesam (2005), ao explicitar as limitações da vigilância sanitária com relação ao setor informal, em artigo, em que comenta o estudo realizado pela REDEVISA na Paraíba.

Segundo Costa (2004b), a vigilância sanitária, hoje, configura-se como “a face mais complexa da saúde pública”<sup>14</sup>. A medicalização da sociedade e a necessidade de ações de controle de riscos em um mundo globalizado requerem da Visa uma ampliação cada vez maior de suas competências. A competência institucional das vigilâncias sanitárias torna-se fator decisivo para a regulação do risco e, conseqüentemente, interfere com a participação do país no comércio internacional, ao agregar valor aos bens produzidos, bem como na garantia da promoção e proteção da saúde da população. A Visa faz, assim, parte de uma rede de instituições para o controle de riscos. No Brasil, integram essa rede os Ministérios: Ministério da Agricultura, que controla alimentos *in natura*, bebidas, agrotóxicos e produtos veterinários; Ministério do Meio Ambiente, através do IBAMA; Ministério do Trabalho, que trata de questões relacionadas à medicina do trabalho; Ministério da Justiça, através do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e o CNEM, Comissão Nacional de Energia Nuclear, que trata dos riscos envolvidos com o uso das radiações ionizantes (LUCCHESI, 2001).

---

<sup>13</sup> São os meios e modos de a vigilância agir com relação ao setor sujeito à sua fiscalização.

<sup>14</sup> A vigilância sanitária é atividade exclusiva do Estado, segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado e age como mediadora de interesses econômicos e a necessidade de proteção e defesa da saúde da população. Este é um campo de conflitos, se levarmos em conta os interesses econômicos de um país capitalista em que o objetivo maior é o lucro e toda a discussão em torno da redefinição do papel do Estado.

O conceito de risco tem sido discutido no campo da Visa como “possibilidade da ocorrência de danos ou agravos, de evento adverso à saúde relacionado a procedimentos, produtos e serviços de interesse da saúde, com determinados fatores” (FORTES, 2006, p. 64). Segundo Guilam e Castiel (2006), a palavra risco é polissêmica e os seus diferentes significados nem sempre convivem harmonicamente. No passado, a palavra foi relacionada aos perigos das grandes navegações e, na tradição militar, significou “sorte” ou “má sorte de um soldado”. Foi utilizada no século XX para se referir a apostas e chances de perder ou ganhar em jogos de azar. Partindo desses conceitos, poderemos considerar que as pessoas se arriscavam porque elas apostavam que iriam obter algum ganho ao arriscar-se, independente de possíveis perdas: nas navegações, as descobertas de novos territórios; nas guerras e nos jogos, a vitória. Esse conceito tem sido estudado por várias disciplinas, a exemplo das ciências econômicas, que tratam de transformar as incertezas em probabilidades ao quantificar os riscos para evitar perdas através da análise de custos; da epidemiologia, que associa o risco a fatores de risco, ou seja, a indicadores de doença e morte; da engenharia, que analisa o impacto das tecnologias nas sociedades modernas, com o objetivo de gerenciamento de riscos e das ciências sociais, esta última trazendo o risco não como algo para ser quantificado e medido, mas para ser compreendido como um construto social, onde questões relacionadas à ética, moral e cultura devem ser consideradas (GUILAM; CASTIEL, 2006).

Com as ciências sociais, o conceito se amplia para além da quantificação, ao se considerar questões de ordem subjetiva, especialmente as determinações psicológicas. Neste sentido, há que se compreender por que as pessoas se arriscam. Para a Visa, vem a ser fundamental a incorporação do conceito trazido pelas ciências sociais. Há riscos para a vigilância que não podem ser medidos, a exemplo do risco de consumo de alimentos transgênicos e, no entanto, ela não pode limitar a produção destes alimentos, porque as pesquisas de avaliação não chegaram a nenhuma conclusão definitiva. Há que se adotar neste sentido o “princípio da precaução”, considerado um dos princípios da segurança sanitária, e que vai além das medidas de prevenção contra riscos conhecidos, especialmente em casos de exposição a baixas doses de substâncias. Este princípio exige da vigilância ações de informação ao consumidor e a busca de pesquisas avaliativas, haja vista que ações meramente fiscalizatórias não surtiriam efeitos desejados (SOUZA, 2002).

No entanto, a priorização dada à fiscalização, em detrimento de outros instrumentos como a informação e comunicação social, o monitoramento da qualidade de produtos, o

distanciamento das ações de vigilância sanitária das ações de vigilância epidemiológica, bem como a persistência de inadequações de infra-estrutura e recursos humanos constituem limitações à visibilidade da vigilância sanitária. Contribuem, dessa forma, para a pouca importância política dada ao campo, ainda que com a criação da ANVISA, tenham ocorrido avanços no sentido de superação das limitações do modelo burocrático-cartorial (COSTA, 2004a). Entretanto, esses avanços não se verificam com relação aos outros níveis do sistema, em especial, o municipal, configurando-se em um grande desafio para a consolidação do SUS, na área de vigilância sanitária, pelo grande número de municípios brasileiros com características e especificidades próprias. Considera-se que os sistemas municipais de Visa estão em processo de estruturação e que necessitam buscar soluções diferenciadas, de acordo com cada realidade local (LUCCHESI, 2006; BRASIL, 2006).

A década de 90 trouxe a necessidade de planejamento, gestão e avaliação das políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, onde haja a participação da comunidade e o desenvolvimento de ações integradas e articuladas intersetorialmente. Neste sentido, a descentralização das ações de vigilância sanitária depende da articulação entre as instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que são autônomas e interdependentes, necessitando de cooperação entre as mesmas para o bom desempenho do sistema (PIOVESAM et al., 2005).

A articulação depende em muito da capacidade de gestão, conforme explicita Noronha et al. (2004), ao analisar o papel das três esferas de governo na gestão do SUS, considerando que os gestores têm que atuar tanto no âmbito político, quanto no técnico e assumir a liderança na negociação com outras instâncias decisórias, tais quais o colegiado participativo (Conselhos), as Comissões Intergestores (CIB, CIT) e as representações de gestores (CONASS, CONASENS e COSEMS). Isto envolve a necessidade de negociação e formação de acordos entre as esferas de governo envolvidas.

## 2.2 O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Criado em 1994, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.565 em 26 de agosto, em consonância com os princípios da Constituição de 1988, o SNVS sofreu influência dos avanços jurídicos e políticos da sociedade brasileira (SOUTO, 2004, p.119).

Esta portaria não teve continuidade e o sistema foi redefinido a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999, que deve coordená-lo (BRASIL, 1999). O dicionário de Aurélio nos dá algumas definições da palavra sistema:

1. Conjunto de elementos, materiais ou ideais, entre os quais se possa definir alguma relação. 2. Disposição das partes ou dos elementos de um todo, coordenados entre si, e que funcionam com estrutura organizada. 3. Reunião de elementos naturais da mesma espécie, que constituem um conjunto intimamente relacionado. 4. O conjunto das instituições políticas e/ou sociais e dos métodos por elas adotados, encarados quer do ponto de vista teórico, quer de sua aplicação prática (BUARQUE DE HOLANDA, 1995).

A definição é bastante ampla e a lista segue por diversas áreas do conhecimento. No entanto, para o presente estudo a definição é importante, sobretudo, para se ter clara a idéia de que um sistema é algo onde várias partes formam um todo, que deve funcionar harmonicamente, a fim de que se cumpram objetivos comuns. As ações de vigilância sanitária exercidas nos três níveis de governo devem contribuir para a consolidação deste sistema, ao atuar sobre o controle de riscos associados a bens e produtos relacionados à saúde, especialmente, com o aumento de circulação destes riscos nas sociedades modernas e globalizadas (LIMA, 2000).

A Teoria dos Sistemas trouxe conceitos do campo da biologia para explicar o entendimento de um sistema organizacional, à luz das ciências sociais. Um sistema pressupõe a constituição de elementos interdependentes, organizados de forma a haver trocas de energia ou informação, especialmente com os elementos situados no exterior de cada um de seus componentes. Em um sistema, o todo é sempre maior que a soma das partes e estas partes integrantes são interdependentes e têm características próprias; visam à manutenção do equilíbrio e por isto exercem auto-regulação, influenciam e são influenciados pelo meio exterior e devem ter capacidade de mudar como forma de adaptação a ele. O SNVS tem a missão de regular o risco sanitário, de forma harmônica e cooperativa entre os gestores e entre esses e a comunidade, ainda que existam críticas com relação à forma como foi conformado, devido a pouca discussão, quando do momento de sua criação, tanto pela ANVISA, quanto pelo MS. Esse sistema teria sido, desta forma, criado sem um detalhamento de sua organização, princípios e diretrizes, atribuições e formas de relação entre seus entes (LUCCHESI, 2006; CHIAVENATO, 2003).

Uma organização pode ser um sistema, um subsistema ou um supra-sistema e as fronteiras entre um e outro devem ser próximas ou correm o risco de não se relacionarem

(LUCCHESI, 2006). Questionam-se assim a forma como este sistema vem até então se estruturando e a relação da Agência com os outros níveis, especialmente com os municípios brasileiros, já que esse processo vem se dando tardiamente, se comparado à sua relação com os Estados, o que tem impactado na efetivação do processo de descentralização das ações de Visa. Se um sistema pressupõe interação entre suas partes visando ao equilíbrio através de trocas, se vivemos na era da informação e da complexidade das relações, a abordagem sistêmica daria conta desta complexidade para a homeostasia do sistema de Visa como um todo, ou seja, para a manutenção do equilíbrio entre as partes deste sistema? (LUCCHESI, 2006).

Lucchese (2006) levanta questões sobre a estruturação do SNVS: deveria o SNVS ter a conformação de sistema ou de rede? Ou deveria estruturar-se enquanto sistema e agir em redes? Algumas considerações são feitas por este autor com relação às redes: surgiram com a revolução tecnológica da informática, na coleta, análise e processamento de dados e disseminação e troca de informação, a exemplo da *internet* e essas informações seriam utilizadas por várias organizações, que poderiam solicitar dados e programas independente da localização física em que estejam seus vários nós.

O arranjo em rede é uma alternativa à forma piramidal das organizações, nas quais existem muitos componentes em sua base, mas com limitado poder de decisão, surgindo como forma de ampliar a participação de vários grupos, com liberdade, criatividade e responsabilidade na realização de objetivos e tem uma característica de horizontalidade, onde a hierarquia é pouco valorizada. O importante numa rede é a vontade coletiva de realização, baseada na troca constante de informações, mas onde, desfazendo-se a troca, desfaz-se o elo de ligação, desfaz-se a relação e a norma que a conformou. A função principal de uma rede é, pois, comunicar-se, relacionar-se, interagir. Essas não substituiriam necessariamente o formato piramidal das organizações, especialmente quando a imprevisibilidade e a inconstância das redes poderiam se contrapor à necessidade de dar respostas ágeis às demandas da sociedade, como é o caso da Visa, em ações que requerem o planejamento e a continuidade de processos e são baseadas em um marco legal para a regulação do risco sanitário em sociedades globalizadas, com clara responsabilização das suas ações, do ponto de vista político e jurídico. O autor conclui que o arranjo em rede é especialmente útil para aumentar a capacidade de coordenação do SNVS, ao favorecer a comunicação entre seus níveis, entre estes e o SUS e entre a sociedade organizada. Seria especialmente útil, na avaliação, gerenciamento e

comunicação do risco sanitário, devendo a Visa estar estruturada enquanto sistema, mas relacionar-se em redes<sup>15</sup> (LUCCHESE, 2006):

A visão sistêmica nos remete, pois, à idéia de ordem, hierarquia, interdependência, previsibilidade, de retro-alimentação e de ação constantemente reajustada para atingir finalidades. É nítida a idéia de que um sistema é diferente de um acúmulo acidental de partes, ao acaso, em determinado espaço (...). Embora deva *estruturar-se* de forma sistêmica, o SNVS comporta, também, um *relacionamento horizontal*, em rede, tanto entre seus subsistemas propriamente ditos, quanto com outros sistemas e redes que, de alguma forma, têm interesses para o alcance dos seus objetivos (LUCCHESE, 2006, p.11, 16, grifo nosso).

Conformada enquanto sistema, este é assim constituído: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (VISAS); os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS); o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em relação às ações de vigilância sanitária (BRASIL, 2006).

Na Bahia, a DIVISA (Divisão de Vigilância Sanitária) da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) responde pelas ações do nível estadual e a Vigilância Sanitária Municipal (VISA) encontra-se na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Cada uma dessas vigilâncias tem autonomia concedida pelas características federativas próprias do Estado brasileiro.

Há que considerar a interdependência social entre os entes federativos, pois a execução das ações de Visa são de responsabilidade dos três: União, Estados e Municípios, que devem atuar de forma intercomplementar e solidária, ao considerarmos que os riscos inerentes aos objetos da Visa extrapolam os limites de um território onde essa atua. Como exemplo, poderíamos citar a produção de um alimento fora dos padrões sanitários em uma indústria situada em determinado município e que, ao ser transportado e consumido em outras regiões, traria a possibilidade de riscos inerentes ao seu consumo. Neste sentido,

---

<sup>15</sup> Os movimentos sociais da década de 90 são exemplos de organizações que têm conformação em rede. São “os novos movimentos sociais”, com características distintas dos que se formaram na década anterior. Vieram como uma forma de suprir as lacunas de um Estado Mínimo e trouxeram, neste formato, a agilidade necessária para imprimir competência à realização de suas ações, a exemplo das várias ONGs que se estabeleceram no Brasil e no mundo (GOHN, 2000).

objetivando o controle das externalidades negativas, que no caso da Visa é o risco sanitário, a responsabilidade solidária vem a ser o preconizado para os diversos níveis que executam ações de Visa no controle destes riscos, ou seja, a atuação deve ser conjunta ou complementar no controle, promoção e proteção da saúde em objetos relativos a serviços, produtos, meio ambiente e ambientes de trabalho (LUCCHESI, 2001; BRASIL, 2005). Este fato se torna importante ao considerarmos a necessidade de estruturação dos municípios brasileiros para a execução das ações de Visa e a necessidade de coordenação por parte da União e Estados e o contexto de criação da Agência, que a diferencia dos demais entes.

A Agência foi criada para coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, conforme consta em seu Regimento Interno<sup>16</sup>, em um contexto de grandes transformações: globalização, crise fiscal, Reforma do Aparelho do Estado, criação e expansão de novos mercados, a exemplo do Mercosul, e a necessidade de estruturação de uma instituição que respondesse efetivamente às demandas do setor regulado e à necessidade crescente de ampliação da segurança sanitária. Passou o antigo Sistema de Vigilância Sanitária (SNVS), portanto, por um diagnóstico institucional<sup>17</sup> e uma modernização administrativa, a fim de que pudesse responder às necessidades de uma sociedade moderna e globalizada (PIOVESAN, 2002).

O trabalho dessa autora é importante para a compreensão do processo de criação da ANVISA, nos moldes da nova gestão pública, pois descreve os momentos que antecederam à sua criação, no contexto político da década de 90, os atores políticos, as arenas decisórias, os interesses envolvidos no processo, do ponto de vista econômico, social e político, os conflitos entre os atores, bem como a cooperação entre os mesmos e as estratégias que utilizaram para influenciar as tomadas de decisão. O período estudado reflete, segundo a autora, “a conjuntura extremamente crítica que o país vivenciava, oriunda de um longo período de regime de exceção política e sucessivas crises econômicas” (op cit: 01). Um período em que, segundo Costa (2004b), as condições

---

<sup>16</sup> Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000.

<sup>17</sup> Piovesan (2002, p. 39) relata o interesse do MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado - em qualificar alguns órgãos do governo como agência executiva, entre eles, a SVS. Neste sentido, aconteceram reuniões entre técnicos do MARE e do MS para compatibilização de interesses: “A proposta inicial do Ministério para a criação de uma agência executiva começou a ser trabalhada também pelo MARE (...). O projeto denominado ‘Propostas para a Transformação da Secretaria de Vigilância Sanitária em Autarquia’, de dezembro de 1999, continha o diagnóstico da Secretaria de Vigilância Sanitária, a Política Nacional de Vigilância Sanitária e a proposta de Estrutura Organizacional da Agência Federal de Vigilância Sanitária, denominada AGVISA”.

sanitárias e as instituições de saúde, em especial no que concerne à vigilância sanitária, chegam ao final da década sob grave crise: mortes em serviços de saúde, medicamentos falsificados, descumprimento da legislação sanitária desde o próprio Estado e devido a um modelo burocrático-cartorial de controle sanitário.

À ANVISA também compete o estabelecimento de normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária, entre outras constantes na Lei de sua criação. O processo de Reforma do Aparelho do Estado desempenhou forte papel na elaboração de uma proposta de mudança organizacional para a vigilância sanitária federal, pois que o Brasil passava por processo de formulação e implementação de reformas administrativas<sup>18</sup>.

### 2.3 O REFERENCIAL POLÍTICO-NORMATIVO DO SISTEMA DE VISA

Enquanto agência reguladora<sup>19</sup>, a ANVISA elabora normas para a regulação do risco sanitário, e o processo de descentralização constitui-se como uma diretriz que viabiliza esse processo. Visando descrever as normas referentes ao processo de descentralização do SUS e a descentralização das ações de vigilância sanitária, elencaremos a seguir, de forma sucinta, o referencial normativo a partir da Constituição de 1988 e uma série de normas estabelecidas pela Agência que visam orientar os municípios para que assumam as ações da vigilância sanitária, fazendo-se alguns contrapontos com as teorias apresentadas até então.

---

<sup>18</sup> Rezende (2002, p.112) considera os anos 90 a década das reformas administrativas e lista uma série de fatores que contribuiu para isto, dentre os quais destacamos: a crise fiscal do Estado, democratização política, a globalização e a necessidade de rever padrões de intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais.

<sup>19</sup> O conceito de regulação é mais conhecido na área econômica, estando a área social menos referenciada, ainda que as preocupações com o controle dos riscos ambientais nas sociedades tenham se intensificado a partir da década de 70. Nessa data, organizaram-se as primeiras agências regulatórias nos EUA. Surgiram como necessidade de *expertise* em áreas que necessitavam deste conhecimento especializado para regular riscos crescentes produzidos pela intensa produção de bens, produtos e serviços nas sociedades capitalistas; como forma de reivindicação da própria sociedade organizada, em áreas da saúde, segurança e meio ambiente. A regulação do risco sanitário é tarefa complexa e que envolve a avaliação, políticas de gerenciamento e comunicação do risco. Dos estudos para análise de riscos, onde é avaliada a probabilidade da ocorrência de danos por agentes, processos naturais, industriais ou tecnológicos vêm as regulamentações, que são as leis e normas e que se configuram como políticas de gerenciamento de riscos, de competência do Estado (LUCCHESI, 2001).

A Constituição de 1988, na seção saúde que cria o SUS, define suas diretrizes: descentralização, “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e participação da comunidade<sup>20</sup>. A Constituição prioriza, desta forma, as ações de promoção e proteção da saúde e define<sup>21</sup> uma série de competências do SUS, inerentes ao campo da Saúde. A Lei Orgânica de Saúde, que regulamenta o sistema, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, inclui as ações de vigilância sanitária no campo de atuação do SUS<sup>22</sup> e a define, incorporando o conceito de risco.

Com a NOB 96, ocorre a responsabilização do Município “pela gestão de um sistema que atenda, com integridade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias e ambientais” ao definir estratégias e táticas para operacionalizar o SUS, promovendo e consolidando o pleno exercício do poder público municipal. Entende-se assim que “o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (BRASIL, 1997).

Essa NOB redefine as responsabilidades dos Estados, do DF e da União como, entre outras, o de prestar cooperação técnica e financeira, sendo co-responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde. Aos Estados compete, sobretudo, o importante papel de harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais, sob risco de “atomização desordenada”, devido às diferenças entre os vários municípios brasileiros. Esta norma estabeleceu o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS), criando mecanismos de financiamento para suas ações, ao definir o Piso de Atenção Básica em Vigilância Sanitária - PBVS - o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

---

<sup>20</sup> Art. 198, inciso I e II da Constituição da República Federativa do Brasil.

<sup>21</sup> Art. 200 da Constituição:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

(...)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como de bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

<sup>22</sup> Art. 6º da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.

- IVISA - além do incentivo às ações de média e alta complexidade e o Programa Desconcentrado de Ações em Vigilância Sanitária - PDAVS<sup>23</sup> (BRASIL, 1997).

Para a habilitação à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), uma das responsabilidades dos municípios é a execução das ações básicas, de média e alta complexidade em Visa, e um dos requisitos “comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária” (BRASIL, 1997). Como prerrogativa, o Município teria a “transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao piso básico de Vigilância Sanitária (PBVS)”, bem como a “remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município” (BRASIL, 1997).

A definição de complexidade em Visa foi estabelecida pela Portaria SAS/MS 18/99, que trouxe acriticamente os conceitos da assistência. No entanto, tem sido objeto de discussões, com a proposta, pelo GT do Comitê Tripartite de Visa - ANVISA/CONASS/CONASSEMS - de sua revisão. Isto porque a definição de complexidade das ações de Visa não deve se limitar apenas à densidade tecnológica de seus objetos, ainda que as ações definidas como sendo de média e alta complexidade sejam mais densas tecnologicamente. Dessa forma, as ações desenvolvidas como sendo “ações de baixa complexidade” e situadas no elenco de ações da Atenção Básica à Saúde, trariam consigo uma complexidade maior, devido a vários fatores de ordem social, político-administrativa e econômica, dentre os quais destacamos a necessidade de desenvolvimento de parcerias institucionais e articulação das instituições com a sociedade organizada, nem sempre de “simples” execução. Assim, o GT considera “não haver uma relação direta entre a densidade tecnológica dos objetos sujeitos a VISA, a densidade tecnológica das suas ações e a complexidade para a sua execução” (BRASIL, 2005, p.3).

Conforme destacado anteriormente, a descentralização das ações de vigilância sanitária se operacionaliza mais efetivamente, a partir da NOB/96, com a definição de mecanismos de financiamento e, com a criação da ANVISA, começa a se verificar a necessidade de estruturação desse processo, de forma tardia, se comparado à assistência, de maneira que, atualmente, um dos grandes desafios da Agência, enquanto coordenadora do

---

<sup>23</sup> Ações que são desenvolvidas pelo nível federal, mas que poderiam vir a ser pelas Visas municipais, desde que tenham condições estruturais para isto. Este programa não chegou a ser implementado.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, consiste em propor e implementar estratégias para o processo de descentralização de suas ações, levando em conta as diversidades regionais e locais, diversidades de ordem política, econômica e sócio-culturais presentes nos municípios brasileiros.

Somente a partir de 2003, foi incrementado o processo de normatização para que os municípios tivessem um direcionamento para a habilitação das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, sendo lançada a Portaria 2.473/2003 que “estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único da Saúde, SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências”<sup>24</sup>. Estas normas explicitam as responsabilidades dos três entes federados na execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e definem que as ações básicas devem ser pactuadas com as ações básicas de Vigilância à Saúde, o que é de fundamental importância na redefinição de um modelo de atenção para os municípios. Dentre as responsabilidades comuns ao nível federal e estadual, destacam-se a coordenação, o acompanhamento e a avaliação das metas pactuadas; o desenvolvimento de cooperação técnica; a capacitação dos recursos humanos; a gestão do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária (SINAVISA); a coordenação e a co-participação na execução de atividades de informação, educação e comunicação; apoiar as atividades laboratoriais; fomentar a implantação e o desenvolvimento das ações de toxicovigilância, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e centros de informação toxicológica (BRASIL, 2003b).

Através da análise da legislação, verifica-se que compete ao município a observância do cumprimento das metas pactuadas “em função do risco sanitário e complexidade tecnológica”; a manutenção dos cadastros dos estabelecimentos atualizados; o encaminhamento de relatórios de gestão (anual e trimestral); a aplicação dos recursos financeiros exclusivamente nas ações de vigilância; o desenvolvimento de todas as ações e, em especial, destacamos a capacitação dos seus recursos humanos<sup>25</sup> (BRASIL, 2003b).

---

<sup>24</sup> Tem como atos relacionados a Portaria nº 18 de 21 de janeiro de 1999, bem como a Resolução RDC 200, de 12 de julho de 2002.

<sup>25</sup> Consideramos a capacitação de recursos humanos em vigilância sanitária um item de extrema importância, porque as ações, tanto as consideradas básicas, quanto as de média e alta complexidade, exigem especialização dos profissionais e um serviço organizado de forma ao desenvolvimento de potencialidades e autonomia, além da necessidade de planejamento de atividades de forma participativa, pela variedade de objetos, dos mais antigos ao campo, como os alimentos e medicamentos, aos mais inovadores, como as tecnologias e equipamentos médicos. Saliente-se que os RHs são um ponto crítico na área de saúde e para a Visa isto se reveste de uma complexidade maior, por não haver formação específica em vigilância sanitária

A Portaria 2.473/2003 também define as transferências de recursos financeiros e as formas de acompanhamento e avaliação das ações pactuadas, enfatizando a importância deste acompanhamento ser feito através de indicadores de desempenho “envolvendo aspectos epidemiológicos, sanitários e operacionais estabelecidos conjuntamente pela ANVISA, estados, municípios e Distrito Federal e regulamentados pela Diretoria Colegiada da ANVISA”. Destaca também a importância da inter-relação da vigilância sanitária com outras instituições, como o Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor (BRASIL, 2003b). Como instrumento de gestão, essa portaria estabelece o TAM, Termo de Ajuste e Metas, que se configura como um instrumento de gestão, realizado entre a ANVISA e os subsistemas de vigilância sanitária e tem como objetivo proporcionar melhores **condições de gestão da vigilância** sanitária nos três níveis de governo, estabelecendo as diretrizes estratégicas e operacionais para as atividades de média e alta complexidade em Visa e redefinindo as prioridades das ações básicas. Este termo aponta para a realização de metas finalísticas de promoção e proteção da saúde, visando à efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, consoante com os princípios do SUS e considerando a potencialidade do risco e capacidade de gestão e gerenciamento em cada local (BRASIL, 2003b).

As bases para pactuação do TAM são definidas como sendo estratégicas e operacionais. Entre as estratégicas estão a descentralização, o desenvolvimento de recursos humanos e a política de financiamento. As operacionais foram divididas entre as ações básicas e as de média e alta complexidade: inspeção sanitária; estrutura laboratorial; sistema de informações; toxicologia; vigilância sanitária de produtos de saúde (tecnologia, fármaco e hemovigilância); ouvidoria. Ações de média e alta complexidade: 1) serviços de saúde: serviços hospitalares; serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (terapia renal substitutiva e quimioterapia, radiações ionizantes, laboratórios clínicos) e serviços de hemoterapia e bancos de células e tecidos. 2) produção e consumo de alimentos. 3) medicamentos e demais produtos: empresas produtoras de medicamentos, comércio

---

na grande totalidade de cursos de nível superior e pelo fato de as disciplinas que dão suporte a estes cursos não oferecerem qualificação em Visa, estando o profissional sujeito à capacitação em cursos de pós-graduação, nem sempre disponíveis na maioria dos municípios brasileiros. Também pelas características do seu processo de trabalho, que envolve a multiprofissionalidade, ações intersetoriais e interinstitucionais, capacidade gerencial e técnica nas diferentes áreas de atuação da vigilância para a regulação do risco sanitário, em sociedades de riscos crescentes, movida pelo consumo de produtos, serviços e tecnologias, inclusive as de saúde, que muitas vezes oferecem iatrogenias (SOUZA, 2002; COSTA; SOUTO, 2001; LUCCHESI, 2006).

farmacêutico e empresas produtoras de saneantes e cosméticos, tecnologia de produtos para a saúde (BRASIL, 2003b).

Para cada uma destas diretrizes o termo estabelece metas finalísticas, ou seja, define, a partir destas prioridades, como os municípios devem proceder para que a vigilância cumpra seu papel institucional de proteção e defesa da saúde da população. Nesse termo, a ANVISA compromete-se a prestar apoio institucional para as vigilâncias sanitárias estaduais, municipais e do DF, em especial nas atividades de média e alta complexidade, esclarecendo que este suporte deverá ser sempre:

resultado de **diagnóstico comum** entre as instâncias que pactuam o **Termo de Ajuste** e deverá perseguir, não somente o objetivo de realização da ação pactuada propriamente dita, mas, principalmente, a **organização permanente do respectivo serviço**, de modo a possibilitar a assunção das respectivas responsabilidades (BRASIL, 2003b, grifo nosso).

Com relação ao referencial normativo estabelecido pela esfera estadual, destaca-se, na Bahia, a Resolução CIB/BA 120/2006, que veio para substituir a CIB/BA 40/2004. Essa Resolução disciplina a habilitação dos municípios, ao estabelecer critérios e parâmetros para as ações básicas e as especiais<sup>26</sup> de vigilância sanitária no Estado da Bahia. Vem a ser um instrumento norteador para que a Visa se habilite. Dentre os padrões estabelecidos destacam-se: a adequação da infra-estrutura dos órgãos de vigilância sanitária; a publicação de ato legal da esfera municipal para arrecadação das taxas; o estabelecimento de critérios de qualidade para avaliação de produtos e serviços sujeitos à ação de Visa; o planejamento e a programação das atividades; o monitoramento de produtos através de análises fiscais<sup>27</sup> laboratoriais; a necessidade de desenvolvimento de ações de educação sanitária, com envolvimento dos cidadãos; as ações intersetoriais; o desenvolvimento de instrumentos de informação em vigilância sanitária. Em seu artigo 8º, enfatiza:

Para exercer as atividades de coordenação de um sistema integrado em Vigilância Sanitária, providências devem ser adotadas no sentido de buscar a garantia que as ações desenvolvidas em todos os níveis atendam a **missão** da Vigilância Sanitária, que é servir o cidadão nos mais altos padrões de excelência

---

<sup>26</sup> Ação Básica: elenco mínimo de ações que o município deverá assumir para implantação da Vigilância Sanitária. Ações Especiais: ações que necessitam de maior capacitação técnica e que poderão ou não ser assumidas pelos municípios (BAHIA, 2006).

<sup>27</sup> Análise Fiscal: coleta de amostra efetuada sobre o produto apreendido pela autoridade fiscalizadora competente e que servirá para verificar a sua conformidade com os dispositivos das normas legais e regulamentares (idem).

frente ao controle de riscos à saúde, através de desenvolvimento de todo o sistema visando à melhoria da qualidade de vida (BAHIA, 2006, grifo nosso).

Essa Resolução também estabelece a equipe mínima necessária em cada serviço de vigilância, de acordo com o número de habitantes de cada município, bem como a necessidade de capacitação e alocação de profissionais com formação específica, dependendo do nível de complexidade das ações desenvolvidas, de forma a complementar a equipe mínima estabelecida. Explicita também o papel do Estado, onde se destacam a cooperação técnica prestada aos municípios, a avaliação do serviço e a assessoria na capacitação dos recursos humanos. Estabelece, ainda, o repasse de recursos financeiros e define as ações de baixa, média e alta complexidade em vigilância sanitária, inclusive definindo as ações que são excluídas à fiscalização municipal.

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária busca alternativas para os problemas do sistema e pode ser o ponto de partida para se pensar efetivamente o processo de descentralização da Visa, com maneiras de organização. A descentralização por si só não trouxe a solução de todos os males do sistema, ao contrário, vem revelando as fragilidades do processo e a necessidade de avaliação do mesmo, especialmente, levando-se em conta a redefinição do modelo de atenção, de curativo e médico-assistencial, para um alternativo, que contemple riscos e danos<sup>28</sup> (LUCCHESE, 2006; BRASIL, 2006).

## 2.4 A SITUAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE VISA: OBJETO DE ESTUDO

A definição da política e a elaboração das normas técnicas compõem a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, porém são apenas o primeiro momento de um processo de descentralização das ações de Visa, que implica a estruturação de instâncias gestoras no âmbito estadual e municipal, bem como a reorganização do processo de produção dos serviços nos estados e municípios.

---

<sup>28</sup> A exemplo do modelo de Vigilância da Saúde, definido por Teixeira et al. (2000, p.56) como tendo as seguintes características: “intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação de ações promocionais, preventivas e curativas; ações sobre o território; intervenção sob forma de operações”. Este modelo é o adotado pela SMS de Salvador, como veremos adiante.

Esse processo, no caso da descentralização da Vigilância Sanitária, é bastante complexo, na medida em que deve contemplar as especificidades dos estados e municípios, do ponto de vista do risco sanitário, ou seja, das características da produção, distribuição e consumo de bens e produtos que representem riscos à saúde da população.

Partindo-se do pressuposto de que os Sistemas Municipais de Visa estão em processo de estruturação, coloca-se a necessidade de se adotar um referencial teórico-metodológico que dê conta de apreender a **situação** em que se encontra esse processo em cada município. Assim sendo, o estudo de um Sistema Municipal de Visa pode/deve levar em conta as características dos componentes dos **sistemas de saúde**, quais sejam: a infraestrutura (material, física e financeira); o desenvolvimento dos recursos humanos; a forma de organização e de gestão e o modelo de prestação de serviços. A abordagem teórico-metodológica que propomos neste estudo busca fundamentos no **Enfoque Situacional** proposto por Carlos Matus, tomando como objeto a noção de **Situação do Sistema Municipal de VISA**, entendendo que esta noção permite apreender o caráter dinâmico do processo de estruturação do SMVISA/SSA, ou seja, do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária de Salvador.

O Enfoque Situacional do PES<sup>29</sup> se caracteriza pelo “Enfoque por Problemas” identificados e analisados pelos atores sociais e selecionados pelo “sujeito planejador”. Incorpora contribuições das ciências sociais e políticas, como a teoria da ação, a teoria dos jogos e a teoria da decisão (TEIXEIRA, 2001a). Comporta “momentos”: o *explicativo*: “foi, é, tende a ser”; o *normativo*: “deve ser”; o *estratégico*: “pode ser”; e o *tático-operacional*: “fazer”. No Momento Explicativo, descrevemos a realidade que nos cerca, fazemos cálculo estratégico e avaliamos o que foi feito antes (MATUS, 1996, p. 297). O Planejamento, desta forma, constitui-se como uma ferramenta em que o conhecimento é construído para intervir sobre problemas, analisados sob um conjunto de aspectos referentes a objetivos (temas e problemas), contextos (atores, circunstâncias) e capacidades (recursos econômicos, políticos, técnicos e organizativos) em permanente mudança,

---

<sup>29</sup> O Planejamento Estratégico Situacional ou Enfoque Situacional, como é conhecido, foi proposto por Carlos Matus, economista chileno, e é utilizado na área de saúde, onde o autor contribuiu para o enriquecimento do debate latino americano acerca do planejamento e gestão, inspirando estudos e pesquisas acadêmicas (SANTOS, 2003). Desenvolve-se através da coleta, processamento e análise de dados providos de várias fontes, como consulta a especialistas, e/ou em processos participativos de geração de informações tais quais “grupos selecionados e representativos dos distintos grupos sociais afetos aos problemas” e está situado no campo da gerência organizacional (TEIXEIRA, 1993; RIVERA, 1995).

distribuídos em operações que podem viabilizar transformações (PIOVESAM, 2005, p. 86).

A revisão de alguns conceitos desenvolvidos por Matus (1996) é necessária para a compreensão da perspectiva adotada neste estudo, ou seja, a abordagem estratégico-situacional para a análise de problemas relativos aos vários componentes de um sistema municipal de vigilância sanitária:

- Situação: é a realidade descrita por um ator que nela vive e explica em função de sua ação.
- Situação Inicial: é a situação a partir da qual se conforma o plano. A explicação da situação inicial visa compreender as causas complexas dos problemas.
- Situação Objetivo: é a situação que se deseja alcançar com o plano; não é meta definitiva, mas um propósito pretendido em determinada situação inicial. Por esta razão, altera-se à medida que a situação varia.
- Problema: é a formalização, para um ator, de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma de referência que ele aceita ou cria.
- Ator Social: é uma personalidade, uma organização ou um grupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação.

Neste estudo, consideramos “ator social” os atores institucionais da VISA da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador; Situação, a realidade da VISA explicada por estes atores aos problemas identificados e descritos nas categorias abaixo, tendo como referência a Situação Objetivo, representada pelo marco normativo do SNVS e o preconizado pelas teorias desenvolvidas até então no campo da Visa. Desta forma, a Situação Atual da VISA de Salvador será aqui explicada por seus atores sociais.

- a) **Problemas de infra-estrutura**: relativos à disponibilidade, distribuição e gerenciamento de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros;
- b) **Problemas de organização dos serviços de VISA**: relativos à organização do processo de produção das ações de VISA, incluindo a delimitação dos objetos

(cadastramento); a padronização ou não das atividades; tecnologias<sup>30</sup> empregadas e produtos, isto é, ações produzidas;

- c) **Problemas de gestão do sistema municipal de VISA:** relativos à definição da “missão” do sistema; à definição de atribuições e competências de cada nível de gestão (central e distrital); apoio político e jurídico para as ações; utilização ou não do planejamento/programação e avaliação dos serviços; integração com outros órgãos da vigilância à saúde da SMS; articulação com órgãos do controle social no âmbito municipal e distrital; grau de implantação do SINA VISA (Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária).

A “Análise de Situação” pode ser representada pelo “fluxograma situacional”, definido como sendo a representação gráfica do método de explicação situacional, um método “simplificado” para a compreensão dos problemas ou uma sistematização do conhecimento da realidade, representando uma reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas destacados pelo ator, de tal forma que os elementos constituintes desses processos aparecem sistematicamente interconectados na geração desses problemas e de suas características particulares (MATUS, 1996). O autor elenca algumas vantagens da representação gráfica demonstrada pelo fluxograma, entre as quais selecionamos algumas: visão sistêmica do conjunto, precisão, delimitação do espaço dos problemas, explicação dos problemas e suas interconexões, facilidade na visão de conjunto e a confrontação de distintas explicações.

Pode ser representado também por uma “árvore de problemas”, conforme citado por Teixeira (2001b), onde, de forma mais simplificada, se organizam as explicações dos problemas elencados. Nas raízes e tronco, estariam os determinantes dos problemas (causas) e nos galhos, folhas, frutos seriam representados os fenômenos ou conseqüências dos problemas.

Em nosso estudo, entretanto, mais que a diagramação da rede explicativa dos problemas do sistema municipal de vigilância sanitária, preocupamo-nos em dar voz aos distintos atores envolvidos no processo de estruturação do mesmo. Nesse sentido, tratamos de identificar a visão dos atores entrevistados acerca dos **Problemas** em cada área e seus **Determinantes**, destacando, também, as **Propostas** para o seu enfrentamento.

---

<sup>30</sup> Tecnologias de Intervenção em Visa: por exemplo: inspeção sanitária; educação sanitária; coleta de amostras para exame laboratorial; roteiro de inspeção.

### 3 SALVADOR, A “CIDADE DA BAHIA”

*Em 29 de março de 1549 chegam, pela Ponta do Padrão, Tomé de Sousa e comitiva, em seis embarcações: três naus, duas caravelas e um bergantim, com ordens do rei de Portugal de fundar uma cidade-fortaleza chamada do São Salvador (WIKIPÉDIA, 2006).*



Figura 1: Vista da Baía de Todos os Santos, com o Elevador Lacerda.

*Salvador: do grego soter (salvador) e pólis (cidade) - Soterópolis: cidade do Salvador. Seus habitantes são soteropolitanos ...*

A *Cidade do Salvador da Bahia de Todos os Santos* foi fundada em 29 de março de 1549. Tomé de Sousa, então designado primeiro Governador Geral, e sua comitiva, chegaram a bordo das naus *Salvador*, *Conceição* e *Ajuda*; das caravelas *Rainha* e *Leoa* e do bergantim<sup>31</sup> *São Roque*. Vieram contornando a Ponta do Padrão, onde hoje está o Farol da Barra e entraram pela baía que havia sido descoberta no dia 01 de novembro de 1501, “Dia de Todos os Santos”. Portugal estava ameaçado de perder as terras do Brasil para outras nações, como Espanha e França e para “os gentios”, ou seja, a “Nação Tupinambá” e Salvador foi construída para ser uma “cidade fortaleza”. A comitiva de Tomé de Sousa era composta de cerca de quinhentos homens: “as gentes d’armas”, encarregados da defesa; as “gentes do mar”, responsáveis pela condução e manutenção dos navios; os artesãos,

<sup>31</sup> Bergantim: antiga embarcação à vela e remo, esguia e veloz, com um ou dois mastros de galé, e oito a dez bancos para os remadores, usada no Oriente pelos portugueses (BUARQUE DE HOLANDA, 1995).

comandados pelo decano dos arquitetos brasileiros, Luís Dias, o “mestre das pedrarias”, que veio com a planta da cidade - fortaleza; os fidalgos; os degredados e os letrados: o provedor-mor, o ouvidor-geral, o capitão-mor, escrivães, contadores, almoxarifes, vedores, feitores, tabeliães, meirinhos, que representavam os burocratas, bem pagos por Portugal, em número bem maior que o necessário, segundo carta do Governador ao rei de Portugal, sugerindo a fusão ou a extinção de alguns cargos: “porque o negócio é quase todo um e não é muito e alguns funcionários folgam o tempo todo”. A beleza da baía encantou a todos e revelou a fartura dos trópicos:

A baía distinguia-se como um acidente geográfico notável (...) aquele mar interior rompia a linha retilínea da costa para construir um pequeno mediterrâneo (...). Suas águas, de um azul translúcido, estavam repletas de ilhas verdejantes (...), eram tão piscosas (...): garoupas, meros, pargos, xaréus, bonitos, dourados e corvinas (...). Baleias afluíam às águas tépidas, em tal quantidade que pareciam “carpas num viveiro”. (...) A floresta fervilhava de vida (...): antas, cotias, pacas, veados, perdizes, mutuns, galinhas-do-mato e pombos silvestres (...); árvores frutíferas, repletas de cajus, pacovas, umbus, mamões, pitangas, sapotis, maracujás, cupuaçus e gabiobas (...). Os bons ares que ali sopravam eram 'reconhecidamente vitais', a ponto de a região ter sido definida como *'um quase segundo paraíso, em perpétua primavera, donde raramente andam desterradas as pestes e ramos delas, as doenças contagiosas'* (BUENO, 2006, p. 86-87, grifo nosso).

Salvador, a “cidade - fortaleza”, foi a primeira capital e sede da administração do Brasil colonial até 1763, possui inúmeros fortes, que são hoje atração turística e foi palco de muitas batalhas na defesa de seu território. Uma das batalhas mais famosas é a que foi travada contra as tropas portuguesas em 2 de julho de 1823 e que culminou com a independência da Bahia e do Brasil, pois que havia aqui focos de resistência.

Terceira maior capital do país em número de habitantes, apenas atrás de São Paulo e Rio de Janeiro, Salvador possui uma população, estimada em 2005, de 2.637.560 (dois milhões, seiscentos e trinta e sete mil, quinhentos e sessenta) habitantes e uma base territorial de 706,80 Km<sup>2</sup>. Cidade histórica e turística, muito visitada especialmente pelo seu conjunto arquitetônico e cultura local, oferece uma ampla variedade de atividades de lazer, que vão desde a opção a uma de suas inúmeras praias, a bibliotecas, museus, teatros, cinemas, *shopping centers*, espetáculos de dança, folclóricos e musicais e festas populares distribuídas ao longo do ano, dentre as quais se destacam a Procissão do Senhor Bom Jesus dos Navegantes, em 1 de janeiro, onde várias embarcações velejam pela Baía de Todos os Santos, carregando a imagem de Bom Jesus, em um belo espetáculo de fé e a Festa do

Bonfim, além do São João, que faz parte do calendário junino a festas mais profanas como o Carnaval (IBGE, 2005; WIKIPÉDIA, 2006).

Com clima tropical atlântico, chuvas distribuídas no inverno e verão, mas com maior intensidade no inverno, com temperaturas que vão de 20° C a 36° C, a cidade conta com belas praias, que oferecem uma estrutura de barracas, onde o turista pode desfrutar de saborosos petiscos e apreciar um “*pôr do sol no mar*”, como no Porto da Barra, Farol da Barra e na Ponta de Humaitá, importantes pontos turísticos da cidade.

Dividida em “Cidade Alta” e “Cidade Baixa”, unidas pelo Elevador Lacerda, o seu mais conhecido cartão postal, esta cidade portuária possui uma base naval, universidades e grande rede hoteleira, com uma população flutuante grande, especialmente na alta temporada - períodos de férias e verão. Na época do carnaval, sua principal festa popular hoje, sendo considerado o maior do mundo pelo *Guinness Book*, Salvador chega a receber mais de 1 milhão de turistas. É também chamada de “Roma Negra” por ter a maior população de negros fora da África, perfazendo um total de 75,2% entre negros e pardos (20,4% da cor preta, 54,8% da cor parda), segundo dados do IBGE. É também conhecida como a “cidade da alegria”, pelas inúmeras festas populares distribuídas ao longo do ano.

Com forte influência africana que se reflete na religião, através do candomblé; na culinária, onde predominam os pratos à base do azeite de dendê e na musicalidade, que vai do samba de roda ao *axé music*, passando pelo forró, Salvador é uma cidade “preche de cultura e criatividade em todos os espaços” (SALVADOR, 2006).

Tem como municípios limítrofes Lauro de Freitas, Simões Filho e Candeias, que integram, junto com outros nove municípios, a Região Metropolitana, ou “Grande Salvador” como é conhecida, cuja população é hoje de 3,51 milhões de habitantes. É o centro econômico da Bahia, onde predominam as atividades do setor terciário (serviços), seguidas da indústria e agropecuária (WIKIPÉDIA, 2006).

Apesar de cantada em prosa e verso, de suas belezas naturais, ancestrais e atuais, das festas e cultura que encantam a todos, Salvador é palco também de inúmeras desigualdades sociais. Ainda que seu IDH<sup>32</sup> seja de 0,85, o Índice de Gini<sup>33</sup> é avaliado em 0,66, o que reflete uma alta concentração de renda, onde os 20% mais ricos detêm 70% da renda. Saliente-se que esta desigualdade se reflete também na questão racial, com o Índice de Gini para brancos de 0,71 e para negros de 0,62. Com apenas 59% das moradias em

---

<sup>32</sup> Índice de Desenvolvimento Humano: ocupa a primeira posição do Estado e a 467ª posição entre os 5.507 municípios do Brasil (SALVADOR, 2006).

<sup>33</sup> Índice que avalia a desigualdade social através da análise da distribuição de renda (SALVADOR, 2006).

condições consideradas adequadas, segundo dados do IBGE, Salvador apresenta um déficit habitacional e educacional, problemas de infra-estrutura urbana, violência e outros relacionados às grandes metrópoles e enfrenta grandes desafios, para que a qualidade de vida de sua população se torne algo a ser “cantado” como uma realidade viável. (SALVADOR, 2006).

### 3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

Administrativamente, Salvador está dividida em 18 (dezoito) ARs, que são as Administrações Regionais ou sub-prefeituras e, do ponto de vista da saúde, conta com doze distritos sanitários (DS) distribuídos pela cidade, que mantêm interface com as ARs e são assim denominados<sup>34</sup>: Centro Histórico, São Caetano/Valéria, Itapuã, Cajazeiras, Itapagipe, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Cabula/Beiru, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário (Figura 2). Cada DS possui características sociais, econômicas e até mesmo culturais diferenciadas, sendo que os oito últimos tinham, até o momento de conclusão deste estudo, equipes de vigilância sanitária descentralizadas.



Figura 2: Divisão de Salvador em Distritos Sanitários. Fonte: Salvador (2005a).

<sup>34</sup> Utilizam-se as seguintes siglas para denominá-los na SMS: DSCH; DSSCV; DSItap; DSC; DSI; DSL; DSB; DSBRV; DSBR; DSCB; DSPL; DSSF.

Os Distritos Sanitários (DS) apresentam diferentes características com relação à população; densidade demográfica; concentração de equipamentos e estabelecimentos do setor de produção de serviços da área de saúde; condições de infra-estrutura, que vão desde a área física da sede do DS, passando pela composição tecnológica do próprio DS, como pode ser observado na tabela abaixo:

**Tabela 1: Aspectos demográficos da população dos DS, Salvador, 2005**

DS	População	Área (Km <sup>2</sup> )	Densidade (hab/Km <sup>2</sup> )
Centro Histórico	69.994	6,93	10.100,14
Itapagipe	165.058	6,97	23.681,21
São Caetano/Valéria	244.173	31,95	7.642,34
<b>Liberdade</b>	175.405	6,74	<b>26.024,48</b>
Brotas	212.910	11,22	17.218,98
<b>Barra/Rio Vermelho</b>	<b>344.337</b>	20,22	18.975,93
Boca do Rio	117.437	14,24	8.242,27
Itapuã	208.762	52,48	3.977,93
<b>Cabula/Beiru</b>	<b>378.243</b>	25,35	14.920,82
Pau da Lima	269.344	23,88	11.279,06
<b>Subúrbio Ferroviário</b>	324.931	<b>63,33</b>	5.130,75
Cajazeiras	162.963	22,48	7.249,24
Total	2.673.557	285,79	9.354,97

Fonte: PMS/SMS-Salvador/CRA, 2005 (grifo nosso)

Ao analisarmos a tabela, poderemos observar que os distritos mais populosos são o de Cabula-Beiru e Barra-Rio Vermelho; o de maior área territorial é o do Subúrbio Ferroviário, enquanto que o da Liberdade apresenta a maior densidade populacional.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que administra estes distritos, foi criada em 1959<sup>35</sup> e, segundo Paim (2002), “concentrou sua atuação, ao longo de três décadas, no pronto atendimento dos serviços de urgência e na vigilância sanitária de alimentos no comércio local”. Àquela época a estrutura organizacional da SMS era formada por Departamentos, Divisões e Seções, que desenvolviam ações no setor saúde e na assistência social. O Departamento de Saúde executava ações do campo da Visa na Divisão de Organização Sanitária, que se subdividia em seções: de Educação Sanitária, Higiene Pública e Engenharia Sanitária. A Secretaria permaneceu com essa estrutura até o final da década de 80, quando os avanços políticos e jurídicos propostos na Constituição de

<sup>35</sup> Lei Municipal 912 de 12 de abril de 1959.

88 com a criação do SUS, criaram a necessidade de nova estruturação, a fim de que o processo de descentralização se fizesse cumprir (BASTOS, 2006).

Paim (2002) destaca que, com o processo de democratização experimentado a partir da década de oitenta, a SMS envolveu-se com a implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde), políticas de saúde nos âmbitos estadual e federal, adesão ao SUDS, criação do Conselho Municipal de Saúde, articulação com a SESAB (Secretaria de Saúde da Bahia), realização de Conferências Municipais de Saúde, aprovação da Lei Orgânica do Município e elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

Na década de 90, com o fortalecimento da proposta de descentralização, mudanças ocorreram e, nesta época, surge o termo “vigilância sanitária” no organograma da Secretaria, onde tinha o *status* de Coordenadoria de Vigilância Sanitária, que incorporou ações da antiga Divisão de Organização Sanitária (BASTOS, 2006).

Em 1993, inicia-se uma gestão que se caracterizou pela forma democrática e participativa, quando avanços consideráveis foram dados na tentativa de implantação de um modelo de atenção à saúde alternativo (Vigilância em Saúde) e o processo de distritalização avançou, reforçando as ações intersetoriais descentralizadas. Em 1995, a estrutura organizacional sofre nova alteração: a vigilância sanitária passa a ser a Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária, subordinada à Coordenadoria de apoio à Descentralização e, em 1996, quatro DSs foram descentralizados para as ações de Visa<sup>36</sup>. Infelizmente, esta gestão sofreu “o cerco político e do controle da mídia, realizados obsessivamente pelas forças políticas dominantes na Bahia” e os governos que se seguiram, entre os anos de 1997 a 2004, não deram continuidade às propostas na área de saúde (PAIM, 2002), de forma que, dos quatro distritos citados para as ações de Visa, apenas dois permaneceram descentralizados, o DS de Pau da Lima e o DS de Cabula-Beiru, refletindo o retrocesso político salientado por Paim e comprometendo a implantação de um modelo de atenção alternativo para Salvador, onde a Visa pudesse melhor se inserir (PAIM, 2002; SOUZA, 2002; BASTOS, 2006).

Em 1998, Salvador habilita-se na Gestão Plena da Atenção Básica e, com o financiamento fundo a fundo, assume ações que eram de responsabilidade do Estado, destacando-se a incorporação das unidades básicas de saúde à sua rede; assumindo os 12 distritos sanitários; ampliando as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de zoonoses; implantando a assistência farmacêutica e o PACS/PSF. Até o final

---

<sup>36</sup> DSPL, DSCB, DSSF e DSBRV.

da década de 90, a VISA desenvolvia ações consideradas de baixa complexidade: comércio de alimentos; salões de beleza; creches, asilos e hospedarias; cemitérios e logradouros públicos e ações de engenharia sanitária para controle de riscos em ambientes, sendo que, a partir de 1998, assume novas ações: transporte, armazenamento e distribuição de saneantes, produtos de higiene, cosméticos, medicamentos, correlatos; o controle de serviços de abastecimento de água; óticas; cemitérios e farmácias, em 1999. Neste ano é aprovado o primeiro Código de Saúde<sup>37</sup> do Município pela Câmara Municipal, com avanços para a área de vigilância sanitária, onde foram incorporadas tanto a concepção ampliada de saúde preconizada na Constituição Federal, quanto a implantação de um modelo de atenção alternativo. Em 2003 Salvador habilita-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e começa a desenvolver ações de média complexidade, inclusive a VISA, em serviços de saúde que não desenvolviam procedimentos invasivos (SALVADOR, 2004; BASTOS, 2006; SOUZA, 2002).

Teles (2006), em estudo etnográfico sobre uma feira livre realizado em Salvador, também nos revela alguns dados acerca da SMS: é formada por diversas Coordenadorias e composta por órgãos colegiados, como os Conselhos de Saúde municipais, distritais e locais e órgãos da administração direta. São de sua competência a formulação e execução da política de saúde do Município, através da realização do planejamento e execução de serviços públicos de saúde; serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; serviços médico/odontológico; ações preventivas em saúde pública; “participação no desenvolvimento das ações e serviços dos sistemas vigentes de saúde, concorrentemente com outras esferas do setor público”; monitoramento dos serviços de alimentação, nutrição e saneamento básico.

Em 2005, uma nova gestão assume a SMS, em um contexto político participativo e democrático, que se reflete no *slogan* da prefeitura local: “Prefeitura de Participação Popular”, após os oito anos anteriores de um governo considerado centralizador e autoritário. Uma das providências do novo gestor, fortemente comprometido com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, foi, inclusive, restituir o Conselho Municipal de Saúde, destituído na gestão anterior. Todo um movimento se inicia no intuito de reestruturação do sistema de saúde local. Assim, em 2006, de forma tardia se comparada a outras capitais, Salvador habilita-se na Gestão Plena do Sistema Municipal. Um novo Plano Municipal de Saúde é aprovado em agosto pelo novo Conselho, após discussões na 8ª Conferência

---

<sup>37</sup> Lei municipal 5.504 de 1 de março de 1999.

Municipal de Saúde, realizada em maio daquele ano. A data foi emblemática para o sistema de saúde de Salvador, se nos lembrarmos da histórica oitava conferência realizada há vinte anos atrás.

Do ponto de vista da saúde, Salvador constitui-se em Município Pólo, ou seja, um “município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresenta papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção” (BRASIL, 2002) e caracteriza-se por possuir um sistema municipal de saúde com serviços de baixa, média e alta complexidade<sup>38</sup>. Para Salvador, convergem grandes contingentes de pessoas, em busca de assistência médica da rede, que pode ser caracterizada de forma sucinta segundo a tabela do Anexo 11, bem como os equipamentos médicos presentes na sua rede de saúde.

Os principais problemas de saúde de Salvador, segundo a percepção dos atores que construíram o Plano Municipal de Saúde 2006/2009, são as doenças do aparelho circulatório, incluindo hipertensão e diabetes; neoplasias e a violência, seguida de depressão e abuso de álcool e drogas; cárie e doença periodontal; dengue, raiva e outras doenças infecciosas e parasitárias e doenças sexualmente transmissíveis/AIDS. Este quadro é revelador da necessidade de priorização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Atualmente, a Vigilância Sanitária de Salvador (VISA) encontra-se, segundo Regimento Interno da SMS, na Coordenadoria de Saúde Ambiental (COSAM), que se subdivide em: a) Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica, b) Subcoordenadoria de Controle de Zoonoses e c) Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária, que, por sua vez, se subdivide em: Setor de Produtos e Estabelecimentos de Interesse da Saúde; Setor de Vigilância de Serviços; Setor de Informação, Cadastro e Controle de Processos. Nos DSs, a Chefia de Vigilância Sanitária e Zoonoses está subordinada à Subcoordenadoria de Vigilância da Saúde, que, por sua vez, se subordina à Coordenadoria do Distrito Sanitário. Compete à COSAM “coordenar, apoiar, monitorar e avaliar as ações relacionadas a fatores determinantes para a saúde referentes a produtos, serviços e meio ambiente” (TELES, 2006; SALVADOR, 2002). O organograma da SMS pode ser observado no Anexo 12.

Com características peculiares e específicas - políticas, sociais, culturais, demográficas, de serviços e equipamentos médicos - grande é o desafio para a vigilância

---

<sup>38</sup> Fonte: Relatório de Gestão, 2004 da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

sanitária local, a fim de que dê conta da complexidade que se apresenta para promover a proteção e defesa da saúde da população soteropolitana, considerando a Visa um campo de saberes e práticas de controle, prevenção e minimização de riscos.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo consistiu em caracterizar a situação atual da vigilância sanitária de Salvador, especialmente, a partir da identificação dos problemas selecionados por atores sociais da instituição, no caso informantes-chave constituídos por técnicos e gestores do Sistema Municipal da VISA, lotados na SMS. Esse processo tomou como Imagem Objetiva o marco Normativo do SNVS, referente ao processo de descentralização das ações de Visa, em especial às normas editadas pela ANVISA a partir de 2003, quando se passa a discutir o componente municipal do sistema. Em seus aspectos relacionados à gestão e organização do sistema, recorreremos também às propostas preconizadas pelos estudiosos do campo da Vigilância Sanitária.

### 4.1 DESENHO DE ESTUDO

A investigação adotou como estratégia metodológica o Estudo de Caso único, descritivo e exploratório e, como objeto, a Situação Atual da VISA de Salvador, em seus aspectos relativos à infra-estrutura, organização e gestão, nos níveis central e distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde.

Yin (2005) caracteriza o Estudo de Caso como sendo “uma estratégia de pesquisa abrangente”, que requer uma lógica de Planejamento, a utilização de procedimentos sistemáticos de coleta, análise e apresentação de resultados e que deve contar com múltiplas fontes de evidências. Beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas que guiem a coleta e análise de dados. São especialmente indicados para examinar acontecimentos contemporâneos, no estudo de Organizações, pois podem contribuir para a compreensão de fenômenos relacionados às mesmas, fenômenos esses considerados “complexos”, mas, também, no estudo de fenômenos individuais, sociais, políticos e de grupos, em áreas como administração, psicologia e planejamento social. Esse autor o conceitua como:

Uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005, p.32).

Neste sentido, o estudo consiste em analisar a vigilância sanitária de Salvador enquanto uma Organização que presta serviços de saúde no contexto da Secretaria Municipal de Saúde, onde a VISA se insere e considera o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dita as normas para a concretização de seus objetivos institucionais. Ao analisar aspectos relacionados à infraestrutura, organização e gestão da VISA, procurou-se verificar se a mesma tem condições de cumprir com seus objetivos de promoção e proteção da saúde da população.

## 4.2 PRODUÇÃO DE DADOS

Utilizaram-se como fontes de evidências: levantamento do quadro de trabalhadores da VISA; Análise de Documentos da SMS; entrevistas semi-estruturadas com gestores e técnicos da VISA no nível central e DSs descentralizados para as ações da VISA e observação direta do processo de construção do PDVISA da SMS<sup>39</sup>. Os seguintes passos foram seguidos:

### 4.2.1 Passo 1: Mapeamento dos Atores

#### a) Levantamento dos trabalhadores da VISA

Foram identificados os atores institucionais envolvidos na construção do Sistema Municipal de VISA, através de levantamento realizado na VISA. Nesse sentido, foi feita uma listagem dos dirigentes, técnicos e trabalhadores do nível central da SMS e dos Distritos Sanitários descentralizados para as ações de VISA, a partir de documento fornecido pela própria instituição. Deste levantamento constam o cargo ou função, lotação,

---

<sup>39</sup> PDVISA: Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Salvador sediou as discussões finais da Região Nordeste.

carga horária e formação dos atores. Saliente-se que se procurou traçar um panorama de todos os trabalhadores da vigilância sanitária municipal, entre funcionários de nível superior e médio, a fim de se obter uma visão real da composição dos recursos humanos da VISA.

#### **b) Seleção dos informantes-chave a partir da identificação das posições ocupadas no Sistema de VISA**

Do listado inicial, selecionaram-se os “informantes-chave” a serem entrevistados, utilizando-se, como critério de seleção, o posto de trabalho ocupado na estrutura organizacional do SUS municipal, focalizando, especificamente, os cargos ocupados na área de VISA. Para isso, foi revisado o organograma da SMS (Anexo 12), destacando-se a linha hierárquica que conecta a direção superior (Gabinete do Secretário) à Coordenação de Saúde Ambiental - COSAM e à Subcoordenação de Vigilância Sanitária, no nível central, e as chefias de VISA dos Distritos Sanitários que já estruturaram suas ações de VISA.

No Nível Central, portanto, o número de informantes-chave entrevistados foi de três gestores (Coordenadores da COSAM, da VISA e VISAMB<sup>40</sup>) e um técnico. No nível distrital, os informantes-chave foram os gestores e técnicos, no caso das entrevistas com grupo focal, de cada distrito sanitário responsável pela chefia das equipes de vigilância sanitária, sendo que a mesma apresentava até o momento da conclusão das entrevistas oito distritos descentralizados com equipes que variavam quanto ao número de técnicos.

### **4.2.2 Passo 2: Identificação e descrição dos Problemas**

#### **a) Análise documental**

Procedeu-se à identificação, descrição e análise de documentos institucionais da SMS e da Vigilância Sanitária municipal, a saber, o Plano Municipal de Saúde 2002/2005

---

<sup>40</sup> Vigilância em Saúde Ambiental, em fase de estruturação, como uma subcoordenadoria da COSAM.

(denominado Plano A) e Plano Municipal de Saúde 2006/2009 (denominado Plano B) e os Relatórios de Gestão 2004 e 2005.

Procurou-se realizar uma análise comparativa dos Planos A e B, bem como outra relativa ao Plano A e o Relatório de Gestão 2004 e 2005, comparando-os também entre si. Com esse procedimento, procurou-se verificar a evolução das atribuições referentes à VISA expressas nos Planos, bem como o cumprimento ou não das metas expressas nos relatórios de Gestão de 2004 e 2005, além da pertinência dos relatórios em termos de qualidade, do fim a que se prestam, qual seja, o de relatar o cumprimento dos objetivos e metas expressos nos planos. Estes documentos constituíram-se em fontes de dados da instituição para posterior análise e confrontação com os problemas selecionados pelos atores sociais da VISA municipal. Da leitura desses documentos, foram extraídas informações relativas à infra-estrutura, organização e gestão da VISA municipal, ou seja, dados acerca da disponibilidade e distribuição dos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros envolvidos na produção de ações de VISA, dados acerca da organização dos serviços de VISA e dados acerca do modelo de gestão do “sistema” municipal de VISA (em processo de construção).

#### **b) Entrevistas semi-estruturadas**

O total de entrevistas, portanto, foi em número de doze. Saliente-se que em dois DSs a equipe demonstrou interesse em participar da entrevista, de maneira que naqueles foi realizada entrevista com grupo focal, composto pelo gestor e técnicos.

A realização das entrevistas aconteceu no local de trabalho dos entrevistados, ou seja, no NC e DS, a depender de onde o ator estava lotado e deu-se com um roteiro com perguntas abertas, feitas verbalmente, em ordem prevista, porém com a liberdade para o entrevistador acrescentar perguntas de esclarecimento, bem como aprofundar questões que julgasse pertinente (LAVILLE; DIONNE, 1999). A versão do roteiro (Anexo 4 e 5), com as “perguntas-mãe” e sub-perguntas relativas a cada uma das possíveis “áreas-problema” do Sistema Municipal de VISA foi submetida a pré-teste com dois técnicos da área de Visa que não pertenciam ao quadro da SMS, mas tinham experiência acumulada na área, sendo profissionais que faziam parte do Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, no núcleo de vigilância sanitária (Centro Colaborador em Vigilância Sanitária ISC/ANVISA), de maneira que a contribuição deles foi muito útil para a adequação final

do instrumento em questões relativas ao tempo, forma de perguntar e pertinência das respostas, com relação ao que se pretendia com a pergunta.

O processo relativo às entrevistas teve duração de doze dias e transcorreu de forma tranqüila, com grande interesse dos atores sociais em relatarem o que consideravam como problemas referentes às categorias apresentadas (infra-estrutura, organização e gestão). Além dos problemas, e apesar de não constar no roteiro, houve grande interesse em sugerir propostas aos problemas levantados, de maneira que foi construído um tópico com estas “propostas dos atores”.

As entrevistas foram gravadas em um gravador digital e, imediatamente após a transcrição das mesmas, procurou-se ouvi-las, copiá-las em computador e em *CD Room* antes do encaminhamento ao processo de transcrição, que foi “terceirizado”. Todo o trabalho de transcrição foi revisado pela autora e este foi um dos momentos mais demorados do processo, pela quantidade de material empírico gerado e pela necessidade de organização do mesmo, a fim de que as entrevistas representassem o máximo de fidedignidade às falas dos atores, ou ao que queriam exprimir, quando demoravam de responder, riam ou demonstravam algum tipo de sentimento que pudesse ser revelador de um aprofundamento, tendo-se em vista que as entrevistas foram semi-estruturadas, conforme relatado. Esta técnica mostrou-se bastante pertinente ao processo.

### **c) Observação direta**

A observação aconteceu em decorrência do desencadeamento do processo de construção do PDVISA (Plano Diretor de Vigilância Sanitária da SMS), como parte do processo de construção do PDVISA coordenado pela ANVISA em todo o território nacional. Este processo aconteceu durante a coleta de dados pela autora e o evento veio a enriquecer este trabalho, tendo-se em vista que a metodologia adotada pela vigilância sanitária local foi também a do PES. A autora participou como observadora do processo, anotando em um diário de campo o observado durante as oficinas e examinando posteriormente o resultado das mesmas no documento final apresentado pelo grupo organizador.

Posteriormente a esse período, ocorreu, em Salvador, a oficina regional do PDVISA Nordeste, com representantes de todas as capitais da região, seguindo-se também

uma metodologia problematizadora, de forma que a coleta consistiu em um processo muito rico do ponto de vista comparativo com outras realidades locais.

#### 4.3 **Passo 3: ANÁLISE DOS PROBLEMAS – DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO DO SMVISA**

A Análise Situacional das informações coletadas tomou como ponto de partida a identificação e classificação dos problemas apontados pelos atores entrevistados, através da análise de conteúdo das transcrições das entrevistas realizadas. Procedeu-se a um trabalho, no computador, de selecionar nas falas dos atores e em cores diferentes: problemas, determinantes e propostas, contemplando-se as categorias estudadas. Este procedimento foi realizado em todas as entrevistas. A seguir, construiu-se uma matriz denominada “Identificação dos Problemas” (Anexo 6), separando problemas de determinantes e propostas. No momento seguinte, uma outra matriz, denominada “Descrição dos Problemas”, foi construída (Anexo 7), na qual esses problemas e seus determinantes “ganharam um nome”, ou seja, esta última etapa consistiu no trabalho de interpretação das falas. Procedeu-se da mesma forma com relação às propostas.

Após a sistematização do conjunto de problemas identificados pelos atores prosseguiu-se comparando o conteúdo das entrevistas com o conteúdo dos documentos. As matrizes da análise documental (Planos e Relatórios<sup>41</sup>) encontram-se em anexo (8 e 9).

---

<sup>41</sup> Um Plano Municipal de Saúde é o resultado de um processo político, que expressa a responsabilidade do gestor com a saúde da população e configura-se como um instrumento de gestão para a resolutividade dos problemas de saúde de um município. Como processo, o Plano é composto de momentos: no Momento I é feita a Análise de Situação de Saúde: são apresentados os principais problemas referentes ao estado de saúde da população e **problemas relativos ao sistema de serviços de saúde**, no que concerne aos seus componentes: infra-estrutura, organização, gestão, financiamento e modelo de atenção. No Momento II, são apresentadas, através de módulos operacionais, as estratégias, ações e metas visando à resolução dos problemas identificados. No Momento III, apresenta-se a parte orçamentária e, finalmente, a apresentação ao CMS, para aprovação. Por sua vez, os Relatórios de Gestão se destinam a acompanhar e avaliar, anualmente, o que ficou definido na programação e operacionalização das atividades definidas em cada módulo operacional para a execução dos Planos, tomando como ponto de partida as metas, definidas no Quadro de Metas. Assim sendo, os relatórios devem expressar o grau de cumprimento dos Objetivos e Metas do Plano: cumprimento, não cumprimento ou superação das metas previstas. O não cumprimento das metas é revelador da incapacidade operacional do sistema. Os resultados alcançados e as dificuldades encontradas devem ser registrados e servem como instrumento de avaliação. Deve conter, também, a suficiência ou insuficiência dos recursos disponibilizados, o que indica capacidade de gerenciamento dos mesmos; devem ser previstas sugestões para redirecionamento de rumos e ajustes ao plano, especificando as dificuldades e oportunidades

Cabe destacar a lacuna verificada, nos documentos institucionais, acerca dos problemas identificados pelos entrevistados. Neste sentido, os dados das entrevistas contestam o que dizem (ou o que não dizem) os documentos institucionais. Ambos os planos não se referem aos problemas do sistema de VISA. Chama atenção a ausência de referência a problemas financeiros nos relatórios de gestão.

Especialmente com relação ao Plano B<sup>42</sup>, é importante destacar que o mesmo foi construído com a participação de vários atores sociais do sistema de saúde de Salvador: trabalhadores, Conselho Municipal de Saúde e lideranças comunitárias, em oficinas para levantamento dos problemas percebidos por esses diferentes atores. O Plano define a Vigilância da Saúde como modelo de atenção para o município e tem como prioridade a descentralização do sistema, através do fortalecimento da capacidade de gestão e plena autonomia dos 12 DSs que compõem o SUS municipal. Saliente-se que, dentre as diretrizes estabelecidas no PDDU<sup>43</sup>, e citadas no plano, estão a adequação dos serviços e equipamentos aos problemas e necessidades de saúde da população e redefinição do modelo de atenção, que deve ser de reorganização das ações para o “controle de danos, riscos e de determinantes sócio-ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população”, bem como o “desenvolvimento e implementação de uma política de Alimentação e Nutrição com vistas à segurança alimentar”, diretrizes estas que estão em consonância com o campo da vigilância sanitária, com sua missão constitucional, conforme artigo 200 (BRASIL, 1988). A Visa é, desta forma, componente fundamental do modelo de atenção adotado pelo Plano, ou seja, o de Vigilância da Saúde.

Da análise dos relatórios, conclui-se que estes se limitaram a citar dados, sem apresentar uma crítica às características das atividades realizadas, eminentemente fiscalizatórias, com parcerias que parecem ser pontuais. Refletem também o não cumprimento de metas propostas no Plano A ou a ausência de comentários a respeito dessas metas, especialmente com relação ao processo de descentralização para os demais DSs e com relação ao sistema de informação de VISA. Não aponta dificuldades, oportunidades ou sugestões.

---

para a redefinição dos objetivos e metas, estratégias de ações, prazos e recursos. O relatório também passa pela aprovação do CMS e posterior encaminhamento ao gestor estadual (TEIXEIRA, 2001b).

<sup>42</sup> A autora deste trabalho colaborou na elaboração deste plano com a equipe do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). O PMS 2006/2009 é um dos produtos resultantes da Cooperação Técnica entre o ISC e a SMS, firmada na atual gestão.

<sup>43</sup> Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano.

Com relação ao processo de construção do PDVISA/VISA/SMS, este foi realizado no mês de junho de 2006 e, até o momento de finalização deste trabalho, o documento encontra-se sem alinhamento com o Plano Municipal de Saúde 2006/2009. Saliente-se que o processo seguiu a metodologia do PES e os atores sentiram-se bastante envolvidos, ainda que alguns distritos sanitários não estivessem presentes, devido a falhas na comunicação interna, conforme relatado em uma entrevista. Outro fato que chamou a atenção da autora foi o não envolvimento da DIVISA na construção do Plano Diretor municipal, fato que se tornou especialmente revelador, quando das discussões finais do PDVISA Regional do Nordeste, onde, apesar de Salvador sediar as discussões, a VISA não foi convidada pelo Estado, que realizou o PDVISA da Vigilância da Saúde, em detrimento de um aprofundamento dos problemas específicos da Visa.

Uma vez cotejados os resultados da sistematização das entrevistas com os dados obtidos através do levantamento e da revisão documental, tratou-se de sistematizar a Situação Atual do Sistema Municipal de VISA em Salvador, especificando confluências e divergências na visão dos distintos atores. Este produto foi, em seguida, submetido à análise comparativa com a Situação Objetivo (SO) preconizada para a Visa, que corresponde ao Referencial Normativo definido no âmbito da Política de descentralização da ANVISA e ao preconizado pelos teóricos da vigilância sanitária (Momento Normativo do PES), pesquisadas em publicações nessas áreas, encontradas em dissertações, teses, artigos, bancos de dados eletrônicos etc.

Gostaríamos de salientar que, neste estudo, as entrevistas gravadas e impressas, as matrizes das entrevistas, as matrizes da análise documental constituem-se no “banco de dados” do Estudo de Caso, conforme procedimento preconizado por Yin (2005) para este tipo de estudo e encontram-se em um *CD Room*.

#### 4.4 REQUISITOS ÉTICOS

O projeto de investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, para que fosse analisado com relação ao cumprimento dos requisitos éticos necessários para a realização de pesquisa, envolvendo seres humanos, no caso os indivíduos que fazem parte de uma organização: profissionais

de saúde do serviço de vigilância sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, nos níveis Central e Distritos Sanitários descentralizados para as ações de VISA. Enviou-se o projeto de pesquisa com uma carta anexa ao Secretário de Saúde de Salvador, informando-lhe sobre a pesquisa, sua importância e solicitando a permissão para a coleta de dados na Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 2), juntamente com o termo de responsabilidade, referente à responsabilidade da autora enquanto pesquisadora (Anexo 3).

Os participantes foram convidados a fazer parte das entrevistas através de uma carta, na qual foram expostos os objetivos do projeto. Solicitaram-se aos participantes prévia autorização e ciência, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), onde os mesmos manifestaram sua anuência, com relação à participação na pesquisa. Foram assinadas duas cópias, ficando uma com o entrevistado e a outra sendo arquivada pelo pesquisador. Procedendo-se dessa forma, pretendemos cumprir a determinação da Resolução nº 196/96, referente à observância ao cumprimento dos requisitos éticos para pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

## 5 SITUAÇÃO ATUAL DA VISA EM SALVADOR

### 5.1 CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DO SMVISA: UM DESCRITOR DO GRAU DE ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA

A vigilância sanitária de Salvador tem atualmente um total de cento e quarenta e oito profissionais de nível superior, entre Fiscais de Controle Sanitário, Profissionais de Atendimento Integrado (AI) e outros que têm vínculo com o Estado ou a União, distribuídos entre o Nível Central da VISA e nos oito DSs que têm equipes de vigilância sanitária. Os fiscais estão investidos do poder de polícia. Os profissionais de AI foram convocados para fazer parte do quadro de profissionais da VISA, na atual gestão, como aproveitamento de concurso realizado pela Prefeitura de Salvador, mas não estão investidos da função de fiscais, ou seja, não têm poder de polícia dentre suas atribuições.

A VISA, segundo Regimento Interno da SMS, está ligada à Coordenadoria de Saúde Ambiental (COSAM), cujo coordenador pertence ao quadro de fiscais de controle sanitário. No Nível Central está a Subcoordenação de VISA e três chefias. Os DSs possuem uma chefia, sendo cada uma denominada Chefia de Vigilância Sanitária e Zoonoses e subordinada à Subcoordenação de VISA do nível central, à Subcoordenação de Vigilância da Saúde e à Coordenação do distrito sanitário.

O Nível Central da VISA atualmente se localiza na Ladeira dos Aflitos, área central de Salvador, em uma casa alugada e abriga, além da VISA, a vigilância epidemiológica (VIEP), a recém-criada Subcoordenação de Vigilância Ambiental em Saúde (VISAMB) e a Subcoordenação de Controle de Zoonoses (CCZ). Os níveis distritais estão distribuídos, conforme mostrado anteriormente no mapa, e suas chefias encontram-se no mesmo local que a Coordenação dos DSs, alguns em prédio próprio, outros em centros de saúde, como é o caso do Distrito Sanitário de Brotas. No NC, há equipes pela manhã, à tarde e à noite. Nos DSs, apenas pela manhã e à tarde. Compõem este quadro as seguintes profissões distribuídas, conforme a tabela abaixo:

**Tabela 4: Profissionais segundo a formação, VISA, Salvador, 2006**

Formação	Nível Central			DS			Total	
	FCS***	AI	outras	FCS	AI	outras	nº	%
Nutricionista	16	3	-	23	6	-	48	32,4
Médico Veterinário	14	-	-	20	-	-	34	23,0
Farmacêutico	10	-	1	8	-	-	19	12,8
Enfermeiro	2	7	-	-	*6	**1	16	10,8
Biólogo	6	-	-	****2	8	-	16	10,7
Engenheiro	6	-	-	-	-	-	6	4,1
Odontólogo	4	-	-	1	-	-	5	3,4
Arquiteto	1	-	-	-	-	-	1	0,7
Biomédico	-	-	-	1	-	-	1	0,7
Terapeuta Ocupacional	-	-	1	-	-	-	1	0,7
Médico	-	-	1	-	-	-	1	0,7
<b>Total Geral</b>	<b>59</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>55</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>

\* Um em desvio no DSSF.

\*\* Chefia do DSBR

\*\*\* Cedidos: 7; SAC: 1

\*\*\*\* 01 de Licença

Conforme se observa na tabela, há ausência de alguns profissionais, a exemplo de bacharel em direito e físicos e incipiência de outros, como biomédicos, biólogos, enfermeiros, médicos, arquitetos, odontólogos, havendo um predomínio de médicos veterinários e nutricionistas, vindo a comprometer a multiprofissionalidade necessária para o desenvolvimento das ações, especialmente, com a nova habilitação do município. Também há um número maior de fiscais de controle sanitário (FCS) lotados no nível central e nos distritos sanitários, se comparado a profissionais de Atendimento Integrado (AI), o que revela um quadro positivo, ao considerarmos o poder de polícia da Visa.

A tabela abaixo nos permite ver a distribuição entre gestores e profissionais que operacionalizam as ações, tanto no NC quanto nos DSs, bem como os profissionais de Atendimento Integrado e outros. É interessante observar que a quase totalidade dos gestores são fiscais de controle sanitário (FCS), sendo que apenas um, em um distrito sanitário, não é fiscal. Isto é importante porque o FCS tem um conhecimento maior das especificidades da Visa e fez o concurso para ser da vigilância. A tabela também nos revela o grau de descentralização dos profissionais, pois que há mais FCS no NC que nos DSs, o que demonstra o incipiente grau de descentralização do sistema.

**Tabela 5: Profissionais da VISA na SMS, Salvador, 2006**

	FCS		AI		Outras funções		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Gestores NC	5	3,4	-	-	-	-	5	3,4
Gestores DS	7	4,7	-	-	1	0,7	08	5,4
<b>Subtotal</b>	<b>12</b>	<b>8,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>13</b>	<b>8,8</b>
Operacional NC	54	36,5	10	6,8	3	2,0	67	45,3
Operacional DS	47	31,7	20	13,5	1	0,7	68	45,9
<b>Subtotal</b>	<b>101</b>	<b>68,2</b>	<b>30</b>	<b>20,3</b>	<b>4</b>	<b>2,7</b>	<b>135</b>	<b>91,2</b>
<b>Total</b>							<b>148</b>	<b>100</b>

Já as tabelas seguintes nos fornecem a distribuição dos profissionais por distrito e nos mostram que há uma grande diferença de alguns distritos para outros, tanto no número de FCS, quanto de profissionais de AI, especialmente em distritos mais distantes do centro, como é o caso do DS Subúrbio Ferroviário. Esse fato é importante porque esses locais estão praticamente descobertos das ações da Visa, inclusive porque há distritos não descentralizados para as ações de vigilância sanitária. Prevalece também a concentração de algumas profissões, em detrimento da necessidade de outras nos vários distritos.

**Tabela 6: Profissionais da VISA por DS, Salvador, 2006**

DS	FCS		AI		Outras funções		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>1. DSSF</b>	2	3,0	-	-	-	-	2	3,0
<b>2. DSPL</b>	7	10,6	2	3,0	-	-	9	13,6
<b>3. DSL</b>	6	9,1	3	4,5	-	-	9	13,6
<b>4. DSI</b>	4	6,1	3	4,5	-	-	7	10,6
<b>5. DSBRV</b>	10	15,2	3	4,5	-	-	13	19,7
<b>6. DSB</b>	7	10,6	3	4,5	-	-	10	15,2
<b>7. DSCB</b>	6	9,1	3	4,5	-	-	9	13,7
<b>8. DSBR</b>	5	7,5	2	3,0	-	-	7	10,6
<b>9. DSITAP</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>10. DSSCV</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>11. DSCH</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>12. DSC</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>71,2</b>	<b>19</b>	<b>28,8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Tabela 7: Profissionais de NU segundo profissão, por DS, Salvador, 2006

Formação	DSSF		DSPL		DSL		DSI		DSBRV		DSB		DSCB		DSBR	
	FCS	AI	FCS	AI	FCS	AI	FCS	AI	FCS	AI	FCS	AI	FCS	AI	FCS	AI
Médico Veterinário	1	-	2	1	3	-	2	-	5	-	3	-	1	-	2	-
Nutricionista	2	-	3	1	4	1	1	1	3	1	4	1	4	1	2	1
Biólogo	-	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Odontólogo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Engenheiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arquiteto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Farmacêutico	-	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	2	-	1	-
Biomédico	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total Geral</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

Com relação aos profissionais de nível médio, ao analisarmos a tabela abaixo, o que se nota é que são em número muito pequeno, se considerarmos as demandas burocráticas da vigilância e as necessidades do serviço. Há distritos que não contam com nenhum apoio administrativo, em detrimento de outros que têm mais de um. Com relação aos motoristas, há apenas um motorista por distrito e 10 para o NC, revelando também a centralização dos motoristas no NC.

Tabela 8: Profissionais de nível médio no NC e DS, Salvador, 2006

DS	Apoio Administrativo		Motoristas*	
	nº	%	nº	%
NC	11	30,4	10	27,6
DSSF	-	-	1	2,8
DSPL	-	-	1	2,8
DSL	**2	5,6	1	2,8
DSITAPAGIPE	-	-	1	2,8
DSBROTAS	*1	2,8	1	2,8
DSBRV***	**2	5,6	1	2,8
DSCB	-	-	1	2,8
DSBR	**2	5,6	1	2,8
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>18</b>	<b>50</b>

\* 40H

\*\* 30H cada

\*\*\* 01 Agente de Fiscalização de Ambientes e Serviços (1958): 30H.

## 5.2 OS ATORES IDENTIFICAM OS PROBLEMAS DO SISTEMA DE VISA

*“A voz indica o que é doloroso e alegre, e, portanto, também os outros animais a possuem, mas a palavra é feita para exprimir o que é prazeroso e o que é nocivo e, conseqüentemente, o que é justo e o injusto ... e os outros valores”.*

Aristóteles

A seguir, serão descritos os problemas selecionados pelos atores sociais através das entrevistas (E). Consideraram-se o Sistema Municipal de Vigilância Sanitária de Salvador, nível central (NC) e distritos sanitários (DS) como um todo, conforme solicitado, durante as entrevistas. Quando um problema, comum a todo o sistema, não for específico para aquele ator e para aquela realidade, será mencionado como exceção e citado o número de vezes em que ele é exceção. Da mesma forma, quando um problema for mais agudo em determinado local, será também mencionado.

### 5.2.1 Problemas de infra-estrutura material

A VISA de Salvador apresenta uma série de deficiências do ponto de vista de sua estrutura material. Além dos problemas que são inerentes como um todo à SMS e que poderíamos definir como “recursos materiais insuficientes em quantidade e qualidade”, os atores classificaram como havendo, para a vigilância sanitária especificamente, uma **“deficiência dos equipamentos para as ações que são propostas”**, tanto no NC quanto nos DSs. Até o momento de coleta e análise destes dados, havia falta de materiais de extrema importância para que os fiscais realizassem as inspeções, como: carimbo, crachá de identificação, equipamentos de proteção individual (EPI), jaleco, termômetro, máquina fotográfica, formulários próprios da VISA, como de Notificação, Auto de Infração e até mesmo Lacre de Interdição. Com as ações de média complexidade que o município passa a assumir, um ator social revelou a preocupação com a falta de dosímetro<sup>44</sup> para avaliar aparelhos de RX, quer dizer, as ações estão sendo repassadas, sem que os insumos estejam disponíveis.

---

<sup>44</sup> “Dosímetro Pessoal”: medidor de radiação de uso pessoal e intransferível, que os trabalhadores utilizam para monitorar a sua própria exposição às radiações ionizantes. Para os fiscais de VISA, esse medidor é utilizado durante as inspeções em equipamentos de RX, de uso médico e odontológico.

*os recursos materiais são precários (...) não recebemos notificação há muito tempo! Formulários, que é uma coisa elementar para você fazer a sua inspeção (...) a gente tem técnico novo que não tem jaleco, a gente não sabe a quem recorrer, a gente não tem identificação, **gravíssimo!** Não temos crachá, não temos carimbo ... Nós não somos identificados: você chega sem jaleco, sem crachá, sem identificação nenhuma: “eu sou da vigilância sanitária”. Eles podem dizer que não permitem que você entre: “cadê sua identificação?” Não existe! E2 DS*

*Se você for avaliar as ações de média e alta complexidade, a gente teria que ter um dosímetro, para poder avaliar um raio X ... Nós não temos ainda! (...) Não tem lacre de interdição para a gente, e aí como é que eu vou pedir para o técnico fazer alguma coisa também?? [...] <sup>45</sup>.Crachás, carimbo: estamos sem crachá, sem carimbo, touca pra fazer a inspeção (...) temos dificuldade com esses tipos de material, equipamentos, EPI, temos uma série de dificuldades. E3 DS, E6 DS*

*Devido à grande quantidade de serviços que você tem no Município de Salvador relativo a área de Vigilância Sanitária (...) eles não atendem de forma satisfatória às necessidades que a Vigilância Sanitária atual requer. [...] Suficientes não, principalmente pra o número de técnicos e pra necessidade do serviço, assim, pra demanda que tem não é suficiente. E9 NC, E10 NC.*

Há também insuficiência de equipamentos, como computadores, e ausência de ligação do computador em rede; falta de impressora, *mouse* e falta de manutenção desses equipamentos e/ou demora na manutenção; insuficiência de aparelho de telefone para a VISA, pois que um só telefone ligado à *internet* não propicia uma forma de comunicação efetiva com os técnicos no momento de inspeção em campo e com o setor regulado. Em um DS, foi mencionado falta de telefone específico para a VISA, que divide a linha com outros setores do DS.

*Não tem! ... nem quantidade, nem qualidade: são todos insuficientes! Alguns nem chegam nem a ter, algumas coisas que a gente precisa: termômetro, não tem a máquina fotográfica ... Não tem impressora ... a gente não tem telefone! [...]. A gente tem um computador, que seria compartilhado com a vigilância epidemiológica e, na verdade, é utilizado por todos do distrito sanitário. E1 DS, E7 DS*

*Um computador, temos um computador, mas não está ligado em rede, nós temos internet aqui, via telefone, que por sinal neste momento está quebrada (...) Se temos uma Internet via telefone, precisaríamos de outra linha, né? Mesmo assim acho que seria interessante outra linha, porque às vezes a gente trabalha muito com o telefone e a gente liga pra outros setores, a gente se comunica com a Central; o próprio setor regulado, a gente liga e recebe muito mais telefonemas, até porque ligam e temos uma linha só. Se a gente entra na Internet a gente tá falando com alguém, a gente não fala com mais ninguém. Sem contar mais um detalhe que não sei se entra aí: mas o nosso telefone não fala pra celular, então quando a gente vai entrar em contato com os técnicos na rua, elas têm uma dúvida, elas têm uma dificuldade e vêm buscar o apoio técnico que está aqui na chefia, não temos como nos comunicar a não ser usando nossos próprios aparelhos celulares e os nossos próprios recursos, essa parte é uma parte muito complicada. E6 DS.*

---

<sup>45</sup> Este sinal separa as falas das entrevistas para uma mesma categoria analisada.

Falta mobiliário em número suficiente, como cadeiras e mesas. Há também insuficiência de material de uso contínuo, tais quais “tonner na xerox da Central para cópias de notificação”. Há falta de material de escritório, como arquivos e pastas para organização dos processos, e demora na manutenção destes equipamentos.

*Temos computador, mas se você precisar de um mouse, um teclado, não sei o que ... é aquela dificuldade enorme! Você leva três meses para conseguir, um mouse ou mais. (...) Nós não temos uma mesa para trabalhar na vigilância sanitária! A gente tem aquela mesa redonda de madeira que a gente almoça, e a gente faz reuniões, e a gente escreve, e a gente usa para tudo! E3 DS*

*(...) agora foi instalada a Internet aqui (...) depois de sete meses! Sem contar que, na descentralização, a gente veio sem computador, sem o ar condicionado, só tinha essas mesas, estas estantes e esses dois arquivos. O material veio todo de lá e não tinha nível médio, veio assim, sem estrutura nenhuma, a gente vai se montando aos poucos. (...) impressora, xerox, que não tem entendeu? Material mesmo de escritório (...) os autos da gente, que a gente usa notificação, auto de infração, a gente tá tendo que tirar uma xerox de documentos, notificação (...) essa semana a gente não conseguiu nem a xerox, porque não tem tonner na máquina de xerox, na Central (...) A nossa impressora está emprestada a outro setor (...) Nós temos a caixa de arquivos, mas não temos as pastas suspensas pra organizar adequadamente os processos ... E5 DS.*

Com relação a veículos, essenciais, tendo-se em conta que o trabalho em vigilância sanitária constitui-se como predominantemente de campo, através da inspeção sanitária, houve uma melhoria com relação ao número, não se constituindo em uma quantidade satisfatória, se levarmos em conta o volume de trabalho, especialmente, quando as ações de média complexidade forem repassadas integralmente para a VISA. Entretanto, há problemas com relação à quantidade de combustível, ao desvio do carro para outras atividades que não são de Visa, de forma muitas vezes imposta, atrasos com relação à chegada do veículo na VISA, muitas vezes, após as 10 h da manhã. Um DS revelou que o número de técnicos é desproporcional ao número de veículos: muitos técnicos para poucos veículos - um por turno.

*O carro da vigilância enfrenta duas questões: uma é que é o desvio do carro pra servir a outras atividades ... Em detrimento da vigilância ... O carro é solicitado e aí ... solicitado “entre aspas”, porque chega e “ah, precisa do carro!” E isso é uma questão que precisa ser revista ... E a outra que é mais grave (...) é constante a questão do combustível: porque a cota de combustível era vinte litros, agora já baixou pra dez, o [DS]<sup>46</sup> é longe, o local aonde o carro abastece fica muito distante ... o carro vai abastecer, quando retorna, que chega aqui, já chega com cinco litros de gasolina a menos! Digamos: se botou dez, só sobra cinco, como é que sai pra trabalhar?? E1 DS*

*... pela quantidade que eu tenho, para os técnicos, para o veículo, é muito pouco! Eu teria que ter, pelo menos, de dois a três veículos trabalhando diariamente para poder a gente atender a demanda operacional. [...] o número de técnicos e o número de carro é desproporcional, aí não tem como a*

<sup>46</sup> O nome do DS foi preservado para fins de confidencialidade. Este problema é comum a todos os DSs, entretanto, se torna mais agudo em DSs mais distantes.

*gente programar as ações, porque só tem um carro pra doze técnicos, no caso aqui do distrito [...]. Pra demanda do distrito, se tivéssemos outro veículo ainda assim teríamos serviço, até pela quantidade de técnicos que têm hoje aqui, se a gente tivesse outro veículo a gente dobraria o serviço, sem contar que neste momento estamos numa crise, dividindo o veículo com a vigilância epidemiológica, ou seja, estamos com meio veículo. E3 DS, E5 DS, E6 DS*

## 5.2.2 Problemas de infra-estrutura física

De forma geral, **o espaço físico foi considerado inadequado, tanto no NC quanto nos DSs**, sendo que foi considerado precário em três DSs, ainda que tentativas de melhorias tenham sido tentadas, conforme citam os atores sociais:

*... totalmente inadequados! Nós não temos uma sala adequada! Espaço físico adequado! As acomodações, em termos de mesa, cadeira, essas coisas que a gente tá fazendo, nós não temos (...) Até agora, não teve mudança, nesse aspecto não teve mudança! Teve tentativas de mudança ... mas que não funcionaram até agora!! E1 DS*

*A estrutura física é precária ... o distrito é muito pequeno, é muito precário estar aqui dessa forma, que parece que ia ser provisória e ficou para sempre. A gente vai se mudar, mas ainda falta uma coisa, falta isso, falta aquilo (...) Desde uns dez anos, mais ou menos, que o distrito sanitário é instalado precariamente, muito precariamente! E2 DS*

*... no início, foi bem pior do que é hoje. A gente chegou lá, a gente não tinha sala, a gente ficava numa sala junto com a gerente, aí depois, com o passar dos tempos, a gente foi recebendo algum equipamento, mas o espaço ... **continuou aquele espaço apertado, dividindo com outras pessoas.** (...) Só depois de uns três anos é que a minha equipe, que tá no [DS], por exemplo, foi ter um espaço, que foi definido, a princípio, pra Vigilância Sanitária, mas que terminou depois recebendo outras pessoas. Então, a gente tem hoje uma sala, **que é um espaço pequeno, dividido com outros técnicos que não são da Vigilância Sanitária.** (...). O ambiente é bem apertado. E7 DS.*

A situação de outros três DSs era considerada muito ruim no momento anterior à atual gestão, de maneira que, no momento atual, os atores revelaram melhorias. Entretanto há ainda limitações, especialmente, porque este espaço físico seria suficiente para as ações da antiga habilitação e não para o volume de processos que virá com a GPSM, levando-se em conta que serão necessários mais recursos humanos.

*Hoje a gente já considera bom, que a nossa sala aqui exclusiva, que isso no começo também era uma dificuldade: a gente ocupava a sala de reuniões, sempre que tinha reuniões a gente ficava pelos corredores pedindo a sala de alguém (...). Como a gente tem feito reuniões itinerantes, assim a gente tem visitado os Distritos, até pra gente ter pé da situação dos outros, como é que estão, e eu acho que tem esse problema de privacidade até, salas que não são apropriadas. [...] Mas a gente acredita o que, que não é o lugar correto, a vigilância estar instalada dentro de uma unidade de saúde. (...), que quando a gente começar o atendimento, esse atendimento seja feito de uma maneira mais fluida, sem precisar que as pessoas a serem atendidas estejam circulando pela unidade de saúde, se expondo até às outras enfermidades sem necessidade. E4 DS, E6 DS*

*Eu acho que esse espaço está suficiente sim, pra as ações que a gente realiza neste momento (...) [considerando a gestão plena?] Não, talvez tenhamos que fazer algumas adequações, né ... Até por que a chefia é de Vigilância Sanitária e Zoonoses. Então vai está vindo um outro setor, aí talvez já fique pequena aqui, essa sala. A gente tenha que fazer adequações. E8 DS*

No Nível Central, houve uma melhora com mudança de endereço durante o ano de 2006, porque o espaço utilizado pela VISA se tornara exíguo no prédio anterior (BASTOS, 2006). Essa mudança proporcionou um conforto maior do ambiente de trabalho, pois que antes era considerado “inviável”. No entanto, os atores consideram que ainda não é satisfatório, principalmente considerando a GPSSM:

*A mudança, agora, acho que melhorou um pouco, se eu avalio antes não sei como ... Como antes, era inviável a organização do serviço naquele espaço que a gente tinha. Melhorou um pouco, ainda não é o ideal, eu acredito, porque precisaria de uma estrutura melhor, precisaria de salas pra os técnicos trabalharem, mais equipamentos, locais específicos para as ações [considerando a GPSS?] Não. [...] Lá na Vitória<sup>47</sup>, havia um confinamento e uma exaustão, uma dificuldade de diálogo entre as pessoas, de se comunicar mais facilmente. Isso termina dificultando as atividades diárias, as pessoas se sentem como que enjauladas mesmo, não só do ponto de vista físico, mas mental mesmo. E10 NC, E11 NC*

Esta falta de estrutura física adequada, segundo os atores, vem inclusive ocasionando falta de condições para atender adequadamente o setor regulado, em determinadas situações, expondo-os a riscos, como citado na entrevista acima em um DS onde a VISA funciona dentro de uma Unidade de Saúde. Foi também revelada a ausência de dimensionamento para assumir ações da Gestão Plena. Os DSs que consideraram as condições físicas boas, demonstraram preocupação, com relação ao número de processos que serão gerados com a nova habilitação.

*A Minha sala não tem infra-estrutura, porque, como você observa, ela é uma “meia parede”. Eles colocaram-nos onde eles “tinham um espaço livre”, vamos dizer assim (...). Hoje nós temos dez técnicos e dois administrativos: doze pessoas. Agora eu tenho duas salas que foram divididas, para poder auxiliar. Mas se você for ver ... para poder trabalhar (atender) com privacidade o usuário .... nós não temos isso, porque é super importante, pela defesa do consumidor (...) ele tem o direito realmente, pela Lei 8.078<sup>48</sup> de ter privacidade para isso! E ele não tem! Então isso fica a desejar. E3 DS*

<sup>47</sup> O antigo prédio onde funcionava a SMS era na Av. 7 de Setembro, Corredor da Vitória. Atualmente, encontra-se na Cidade Baixa, Comércio. Para uma descrição detalhada do NC, no período citado, ver Bastos, 2006.

<sup>48</sup> Lei 8.078/1990: Código de Defesa do Consumidor.

### 5.2.3 Problemas de infra-estrutura financeira

Existe um **desconhecimento da Situação financeira** da VISA e **incipiente conhecimento sobre o financiamento das ações da vigilância sanitária** por parte dos atores sociais. Somado a isto, há uma **falta de acesso aos recursos da VISA** por parte dos gestores na SMS, tanto no NC quanto nos DSs e **não há uma publicização para os atores**. Observou-se surpresa, por parte dos entrevistados, com relação a esta não publicização:

*... não vou dizer que não existe: eu vou dizer que eu nunca tive acesso, nunca vi, nunca ouvi falar e não sei. Pode até ser que exista, mas se existe é algo muito ... que não chega até os técnicos. É, porque eu tenho esses anos todos aqui de Secretaria de Saúde, sempre trabalhando na área e nunca ouvi qualquer exclamação sobre isso, ou li qualquer coisa sobre isso (...). Eu poderia imaginar que seria uma fonte federal, uma fonte estadual ... poderia ter alguma coisa do Estado, não é? E também recursos próprios ... taxas. E1 DS*

*Não, não temos acesso a essas informações, a gente sabe: a vigilância sanitária não é auto-suficiente, mas a VISA sanitária, ela consegue recursos: com emissão de alvará, com liberação, com dar entrada (...), quando começa o processo, já é pago alguma coisa: uma taxa pequena, mas é pago a taxa, mas a gente não tem acesso a esse ... como é que é feito, da onde vem o dinheiro, não sabemos: do que a gente dispõe o que a gente pode ter, o que não pode ter, a gente não sabe. [...] Considero insuficiente (...) a gente não sabe como é que está sendo aplicado, pra onde tá indo. E4 DS, E2 DS.*

Um dos atores revelou a dificuldade para trabalhar por falta de recursos para atividades e falta de insumos para apoio às mesmas, até por incapacidade de cobrar o que é de direito e desconhecimento da legislação:

*Não, ninguém me passa os recursos da vigilância! (...) Então essa situação de repasse não é passada pra gente, eu tenho dificuldade de trabalhar: fazendo curso, palestra, atividade educativa ... Se eu quiser fazer qualquer coisa diferencial, até fazer um trabalho com a equipe, para melhorar o relacionamento ... com as pessoas, interpessoais ... interpessoalmente, que a gente observa, não tenho nada! Toda vez que eu peço não há dinheiro para água, copo, café, nada! (...) Muita coisa é escondida, as pessoas não dizem exatamente ... a legislação ... para você poder conhecer para que serve aquele dinheiro, porque você não conhece! E isso acaba prejudicando o nosso trabalho, porque a gente não sabe cobrar, que é o nosso direito! E3 DS.*

Causou grande surpresa e descontentamento o recebimento das ações de média complexidade, muito mais como reflexo de uma demanda da DIVISA, em repassar as ações, do que por estar a VISA preparada para recebê-las, tendo causado o mesmo o não recebimento da verba referente a essas ações e a produtividade, concedida para o nível estadual local.

*Em relação a recursos, nada! A gente só sabe que a gente tá passando pra Plena, que vai receber o trabalho, mas em dinheiro, em recursos ninguém fala nada, nem pra vigilância, nem disponibilização pros técnicos, (...) nem produtividade, nem aumento de produtividade, nem repasse de produtividade. A gente recebe uma produtividade que é padronizada, pra toda a Secretaria de Saúde, mas no caso da gente, vigilância sanitária, eu acho que deveria ser diferenciada, porque o trabalho da gente é diferenciado do trabalho do restante da Secretaria. E tá vindo essa demanda toda da DIVISA e até então não foi falado nada de repassar pra gente a produtividade [...] Atualmente a gente recebe uma faixa de 56, 57 mil arredondando, 56 mil, duzentos e poucos mil reais por mês e ainda a gente, mesmo tendo assumido a gestão plena, a gente ainda não recebeu ainda não. E5 DS, E12 NC.*

Além da falta de transparência relatada pelos atores, eles demonstraram desconhecer os recursos específicos da Visa, especialmente no que se refere às ações de média complexidade, classificando até mesmo uma obscuridade com relação a estes recursos. Apenas um ator revelou conhecimento, no NC, mas ainda assim relatou que há pouca capacitação para este entendimento. Saliente-se que este desconhecimento foi geral em todos os DSs:

*Olha, é outra coisa que eu acho bastante obscura na Vigilância Sanitária, os técnicos sempre reclamam né ... questões salariais, há sempre esses movimentos pra gente tentar melhorar os salários. Só que, assim, eu acho que isso ainda tá muito obscuro, eu não sei se algumas pessoas que às vezes realmente procuram pesquisar mais, às vezes chegam com a notícia dizendo: “tem um percentual que é destinado à Vigilância Sanitária, que na verdade não é repassado, não chega”. Mas é uma coisa que fica assim muito a desejar. A gente não tem acesso a essas informações. Eu acho que falta, realmente, uma divulgação como manda, como deve ser. (...) A coisa é muito obscura. E7 DS*

*Por mais que o nível federal nos chame pra fazer avaliação do financiamento de vigilância, quando faz essa avaliação, esse “b a ba” do uso do financiamento, ele não é definido, ele não é repassado, porque se parte do pré-suposto que você não tenha um alinhamento das gestões estaduais com as gestões municipais. E11 NC.*

Apesar do desconhecimento e falta de transparência, um ator revelou que a gestão dos recursos não é considerada atividade de responsabilidade do gestor de VISA, pertence à SMS. Como consequência deste desconhecimento, há a falta de condições de estabelecer prioridades e de planejar ações. Um ator relatou que os recursos financeiros são limitados para a saúde como um todo e que há um não atendimento pela SMS do que é orçado pela VISA, em consequência das limitações impostas pelo orçamento da SMS como um todo:

*Bem, os recursos financeiros, eu não trabalho muito bem, com a parte financeira, eu não sei te dizer precisamente como se dá esses recursos, de que forma eles estão sendo administrados. [...] A gente tava até discutindo isso no Plano Diretor, né ... fica difícil até a gente avaliar as prioridades, porque a gente não tem noção quais os recursos que a vigilância tem. Ninguém sabe disso assim, da equipe. A gente não tem noção do quanto a vigilância tem pra planejar as ações, quanto ela tem pra disponibilizar para cada tipo de ação, eu não sei quais são os recursos. Não sei dizer a você. E9 NC, E10 NC*

*Recursos para a saúde de uma forma geral são sempre limitados, eu diria pra todas as ações eles são sempre limitados, porque as necessidades humanas, elas são sempre ilimitadas. (...) Como a gente tem um teto financeiro de orçamento pra ser gasto para a Secretaria como um todo, nem sempre tudo aquilo que é orçado por nós coordenadores, isso na verdade é atendido. Então nós somos chamados, pela própria Coordenação do Fundo Municipal, a própria Coordenação Administrativa, para que a gente adequie esse orçamento em cima do orçamento geral da Secretaria de Saúde. E11 NC*

#### 5.2.4 Problemas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (DRH) do Sistema de VISA

A infra-estrutura humana foi abordada nas seguintes categorias: disponibilidade: o quantitativo de profissionais e o qualitativo, ou seja, a multiprofissionalidade; relação entre nível superior e nível médio, considerando o técnico em VISA e o apoio administrativo; vínculo e jornada, considerando o vínculo como sendo único ou não, já que todos os profissionais são estatutários; motivação para o trabalho; capacitação, considerando as ações básicas e as novas ações de média complexidade; distribuição dentro do sistema em relação ao NC e DS; autonomia decisória; salários e estabelecimento de PCCS; ética no serviço por parte dos profissionais; e utilização do potencial do saber dos técnicos pelo serviço.

Há **ausência de uma Política e gestão de RH** que conheça as especificidades do trabalho em VISA dentro da SMS; indefinição de um organograma para a VISA e/ou ausência de um Núcleo de RH no organograma da VISA que dê conta de sua complexidade atual; pouca visibilidade da VISA e pouca vocalização da VISA - é hoje uma subcoordenação (poder).

Com relação ao **quantitativo de profissionais e a multiprofissionalidade**, os atores revelaram que há **carência de profissionais**, do ponto de vista quantitativo, especialmente levando em conta a extensão territorial de SSA e as ações que serão de responsabilidade da VISA na GPSM, sendo que este problema é maior em DSs que estão mais distantes do centro da cidade. Do ponto de vista qualitativo, há carência de determinados profissionais, principalmente enfermeiros, engenheiros, arquitetos, advogados, comprometendo o bom desempenho do serviço. Há carência também de pessoal de nível médio.

*Com relação ao distrito, eu diria que há uma carência muito grande de pessoal ... a gente considera que tem carência, não só dessa equipe multiprofissional, quanto também da qualificação dos profissionais que estão aqui: porque as pessoas fazem concurso, entram, mas não recebem sistematicamente ... que pontualmente recebem ... mas sistematicamente, um treinamento pra atuar! (...) Nós não temos nenhum profissional de nível médio, de apoio ... nós não temos quem digite um ofício ... quem organize um processo, nada! Toda a parte administrativa somos nós, técnicos, que fazemos! [...] Acho que poderia abrir pra outras formações, acho que as pessoas da engenharia, da arquitetura, eu acho que deveriam fazer parte desse contexto, não só grupo de saúde, mas outras pessoas também envolvidas com outros processos, que a vigilância sanitária não é só isso. (...) Acho que seria interessante, inclusive, jurídica, do bacharel do direito que a gente colocou aqui, pra ter um núcleo jurídico. E1 DS, E6 DS*

*A equipe não é suficiente [no NC]. Principalmente quando muita gente foi pros distritos (...) não é suficiente pra dimensão do município como um todo, especificidades locais e tal, não tem. [...] Se você considerar realmente os distritos e as suas peculiaridades, você vai ver que a gente também precisa aprofundar essa discussão para além do que preconiza a CIB, né? Que é descrever seus recursos humanos em cima do quantitativo populacional (...). Nós percebemos hoje, em Salvador, que há uma carência, ou inexistência, eu diria ainda, equipe de nível médio, né? Então essa ausência de equipe de nível médio faz uma grande diferença (...) existe um déficit administrativo pra fazer os encaminhamentos, receber documentos e elaborar documentos. E10 NC, E11 NC.*

Na tentativa de suprir essa insuficiência, a SMS fez a admissão dos profissionais de Atendimento Integrado (AI), especificamente enfermeiros, nutricionistas e biólogos, com o aproveitamento de concurso anterior e que estão atuando sem treinamento e sem investidura no cargo de fiscal. Este fato tem gerado conflitos internos, entre eles e os fiscais. Um ator revelou que o salário é pouco atrativo para determinadas profissões, como médicos e enfermeiros, que tradicionalmente têm uma melhor condição salarial na área da saúde. Os RHs tornam-se mais insuficientes em períodos de férias e afastamentos.

*... médico não trabalha aqui porque o dinheiro é pouco. (...) Farmacêutico tem poucos ... tanto que não tem um farmacêutico por distrito...(!) É a mesma coisa dos engenheiros ... que eles vão ficar na Central por conta de insuficiência. (...) Está entrando também muita gente, como a gente falou antes, que não é fiscal (...). Mas por conta disso, está tendo um conflito, porque eles não são fiscais, estão fazendo trabalho de fiscal e não ganham como fiscal! [...] Não, ainda tá insuficiente (...) período de férias, de afastamentos, a gente tem essa equipe mais reduzida ainda, porque são 5 técnicos para uma área dessas (...) o distrito ele tem ... 42 Km, 117 mil habitantes (...) com uma oferta de serviços muito grande (...) muitas lanchonetes, muito estabelecimento comercial, então é muito populoso! E5 DS, E8 DS*

*... como não tem fiscal suficiente, abriu pra o concurso pra técnico: biólogo, nutricionista, e tal, algumas pessoas que vieram pra vigilância sanitária. (...) Aí eu questiono, mas como é que você tá numa equipe que tem um fiscal de controle sanitário, que tem uma especificidade, é um profissional de vigilância sanitária e entra um outro que é técnico, que vai trabalhar na mesma equipe com um salário menor, sem poder de polícia e trabalhando paralelo numa situação que foi antigamente definida como ilegal, que agora passou a ser legalizada? E10 NC.*

Analisando a proporção ou relação entre profissionais de nível universitário e nível médio, observa-se que todo o quadro de fiscais é de nível superior, ou seja, há ausência de técnicos de NM em VISA, ou profissional de nível médio que atue no campo

da Visa e pertença ao quadro de fiscais, como por exemplo: técnico em radiologia, técnico em enfermagem, auxiliar de laboratório ou técnico em construção civil. Há ausência de pessoal de apoio administrativo em alguns DSs ou carência (déficit) no NC e DS, principalmente ao se considerar a GPSM, com desvio de técnicos de nível superior para atuar como apoio administrativo:

*Esse profissional nós não temos [nível médio em Visa], não temos ninguém nível médio na VISA daqui do distrito. (...) O trabalho do nível médio, nós fazemos, (...) nós não recebemos nível médio. (...) A gente não tem o administrativo ... imagine o nível médio técnico!! [...] Sempre no meu relatório quadrimestral, tá lá: necessidade de um auxiliar administrativo. E2 DS, E4 DS*

*Muitos colegas nossos trabalham em funções que na verdade não necessitaria ser nível superior (...). Eu acho que esse apoio devia ser feito por nível médio. O pessoal de nível superior, que está lá dentro fazendo isso, deveria dar mais apoio ao nível médio (...). Atendem ao público, no balcão ... um trabalho que poderia ser feito por nível médio, porque não existe nenhum ... E5 DS.*

Nas festas populares<sup>49</sup>, “contratam” pessoas de NM sem qualificação/vínculo para atuar no serviço e que, segundo um ator, “não têm muito a oferecer”. Saliente-se que há ausência de apoio administrativo, especialmente, nos DSs mais distantes do centro, o que torna o trabalho ainda mais difícil e desestimulante para a equipe desses distritos.

*A gente não tem essa experiência aqui em Salvador, eu acho que nem no Nível Central. (...) só nas festas populares, quando tem esses trabalhos extras, é quando a gente tem esse contato com essas pessoas de nível médio. (...) Só que essas pessoas não são capacitadas, entendeu? (...) Muitas, não têm o perfil, atuando nessas festas. São pessoas que vêm às vezes de setores que não tem muito vínculo, (...) e não tem muito a oferecer, não tem muito a contribuir. E7 DS.*

Em questões relacionadas ao **vínculo e jornada** de trabalho, os dados revelaram que, apesar de ter um quadro de nível superior com 100% dos profissionais concursados, a carga horária de 30 h para técnicos e 40 h para chefias é considerada insuficiente, principalmente porque há descumprimento desta carga horária, como consequência dos baixos salários. Os atores sociais revelaram que a maioria dos profissionais considera a VISA “um bico”. Há duplos vínculos, inclusive com profissionais atuando como Responsável Técnico<sup>50</sup> para o setor regulado. Um DS revelou não ver problema em os

<sup>49</sup> Carnaval e “Festas de Largo”, como Festa da Conceição da Praia, Festa do Bonfim, Festa de Yemanjá, entre outras. Recebem este nome, de acordo com o “santo” homenageado e se caracterizam pelo grande contingente de pessoas e disponibilidade de alimentos e bebidas, que são servidas por ambulantes, barracas e, no caso do carnaval, hoje, pelos grandes camarotes e trios elétricos. Requerem da VISA uma atuação intensa no controle de riscos inerentes a esses produtos e serviços. Neste momento, pessoas de nível médio são contratadas e cujo critério é “trabalhar na área de saúde”.

<sup>50</sup> Responsável Técnico (RT): profissional que responde pela implementação de processos que visem à qualidade de produtos e serviços, segundo o preconizado tecnicamente.

profissionais terem outros vínculos, o que pode refletir um desconhecimento da especificidade da Visa por parte da coordenadora, provavelmente por desconhecer o problema de ser RT e ao mesmo tempo atuar na Visa. Durante a entrevista, não houve menção a esse fato e o desconhecimento talvez se deva pelo fato de a mesma não ser profissional da VISA e sim da Vigilância em Saúde, tendo experiência na vigilância epidemiológica. Esse fato pode ser revelador de falta de critérios para assumir cargos de chefia e coordenação na VISA.

*Nós sabemos que a jornada de trabalho é ínfima, se você for considerar que nós temos que dar seis horas diárias e trinta horas semanais. Nós damos, em média, duas horas por dia de trabalho ... E, na verdade, se for computar pelos cinco dias de serviço, dariam dez horas ... as pessoas estão olhando a vigilância como um bico. [...] Todo mundo tem duplo vínculo, eu não consigo imaginar como é que a Coordenação pode ter duplo vínculo! Como o coordenador pode exigir que o técnico tenha dedicação exclusiva, se ele não tem dedicação exclusiva, o coordenador tem que estar ali presente! E3 DS, E10 NC.*

Um aspecto subjetivo da gestão, a **motivação** dos profissionais, foi abordada e os dados revelaram que, apesar de haver o que os atores consideram uma “motivação interna”, pelo fato de os profissionais gostarem do campo em que atuam, esta motivação não é estimulada pela instituição, especialmente o NC de VISA e a SMS como um todo. Segundo os atores, esta motivação “não encontra ressonância”. Mais uma vez, relacionada a fatores como baixos salários e a questões pessoais e estruturais da VISA, que não oferta essas condições. A desmotivação foi considerada pior no NC, gerando, segundo um ator, um sentimento de “não pertencer a uma equipe, um trabalho desvinculado, onde não há valorização e há pouca comunicação”. Um ator observou que, no seu distrito, considera os profissionais motivados, pois têm um volume de trabalho grande, apesar da equipe reduzida.

*A equipe da vigilância está muito desmotivada! Nós nunca estivemos tão desmotivados como agora! Nós nos sentimos ... como posso dizer ... sem preocupação com realmente nossa noção de trabalho: as pessoas acham que fazer a capacitação é o suficiente para você estar olhando pelo fiscal. Mas não é. E3 DS*

*Não. Não há. Porque assim as pessoas não são valorizadas, as pessoas não são ouvidas, e se você não ouve as pessoas, não tem como você valorizar. Então as pessoas se sentem aqui ... desmotivadas, (...) então, não se sentem importantes, não se sentem parte integrante do sistema. Se sentem um pedaço, elas não se sentem parte de um sistema, então, eu acho que isso desmotiva muito! Eu não me sinto motivada.(...) E aqui não é uma equipe, (...) não sinto como uma equipe aqui. (...) Eu não sinto uma equipe de vigilância no Nível Central! Existem pessoas trabalhando no mesmo local, saindo, fazendo coisas como se fossem totalmente distintas e no distrito eu não vejo isso, vejo mais uma coisa de equipe mais formada, um trabalho em prol de um objetivo comum, entende? E10 NC.*

Ao serem abordados sobre se os RHs estavam **capacitados**, tanto para as ações básicas quanto para as novas ações de média complexidade, os atores consideraram que a qualificação para atuar sempre foi “não sistemática”, onde o treinamento para as ações básicas foi “pontual”, sendo que dois atores consideraram que não houve treinamento para essas ações e o de média complexidade foi “rápido, pontual, sem aprofundamento, sem espaço para discussões e sem avaliação”. Há também falta de treinamento para os profissionais de apoio administrativo. O fato de alguns atores considerarem que não houve capacitação para as ações básicas e outros considerarem que foi pontual, talvez se deva ao fato de que esses treinamentos nunca contemplaram toda a rede, como foi revelado posteriormente.

*Os treinamentos para o básico sempre foram pontuais, como eu já falei: não foi sistematizado ... insuficientes ... e o de média e alta foi feito um treinamento que, no meu entendimento, foi pra “inglês ver”... Foi um treinamento, mais uma vez, rápido, pontual, sem aprofundamento, sem espaço pra discussão! ... E digo que eu não tenho qualificação pra fazer alta e média complexidade! E1 DS*

*Eu vejo que os profissionais [de apoio administrativo] que chegam aqui estão totalmente despreparados no que eles devem fazer, na competência deles (...). As pessoas não passam o trabalho que tem que ser feito, do requerimento, de licença inicial, renovação de alvará, liberação de alvará ... Chega uma hora que o agente administrativo fica perdido, sem ter função aqui. E3 DS*

*Nós já sabemos que a capacitação é insuficiente! A de baixa complexidade ainda foi pior do que a de média complexidade, porque não houve capacitação nenhuma! Nós saíamos na rua, quem quisesse que pegasse a legislação para saber como você poderia cobrar. (...) Não é só capacitar, é realmente ver ... avaliar a capacitação. (...) Porque é a credibilidade da gente que está em jogo! É a credibilidade do distrito, é a credibilidade da vigilância sanitária. (...). Depois vai ser a vigilância que leva, manda o profissional e a pessoa diz: “botei esse profissional no bolso. Não sabe nada!! Mandei, desmandei, ele ficou sem ar”. Como já aconteceu em algumas situações. Eu já ouvi colegas falando que se negaram a ir. E3 DS.*

Os atores consideraram que as capacitações não foram bem planejadas e não contemplaram toda a rede. Os profissionais se sentem desqualificados e inseguros para assumir ações de média complexidade. Um ator revelou que houve desinteresse dos colegas pelo material fornecido nos treinamentos da DIVISA, considerando que há um descompromisso por parte do quadro. Há fortes preocupações referentes à insegurança para enfrentar os questionamentos do setor regulado, nas ações de média complexidade. A maneira como as capacitações têm sido realizadas são, inclusive, motivo de conflitos entre os técnicos, pelo fato de se sentirem despreparados para enfrentar o setor regulado altamente especializado. Parece que houve uma “corrida” para alcançar a GPSM, independente de o serviço estar estruturado ou não.

*Não, não acho, eu acho que as capacitações deixam a desejar também ...assim ... a forma como são feitas. (...), **que não foi uma coisa programada, bem planejada** (...). E, uma coisa que a gente percebeu, é que **o próprio setor regulado ele sente isso ... ele percebe essa insegurança do técnico e começa a lhe apertar. Entendeu?** (...) Tanto que ela [do setor regulado] questionou: “qual a formação de vocês? Vocês aí”: “ah, sou nutricionista”. “Veterinária?”... Aí [colega] se impôs: “eu sou farmacêutica, trabalho em laboratório, conheço muito bem todos os procedimentos”. Aí elas, no relato delas, perceberam que a partir daí melhorou o tratamento, mas **tem aquela desconfiança. Mas eu acho que pra gente também dar a cara pra bater, é complicado.** E4 DS*

*É, então os cursos que estão sendo oferecidos, são cursos pra botar uma, duas, três pessoas e essas pessoas não têm capacidade de instruir toda a rede, todos os colegas, entendeu? Então fica difícil! **O tratamento tem que ser especial pra Salvador.** (...) Nós não nos sentimos seguros, capacitados totalmente, pra fazer média e alta complexidade! (...) **Nenhum técnico se interessou em dar uma lida no material que foi fornecido pelo grupo da Divisa!** No segundo momento, que era pra fazer as adequações, as modificações com as sugestões. E5 DS*

***Básicas, nunca houve nenhuma capacitação!** (...) Pras de média e alta complexidade eu acho que está tendo, apesar de eu ouvir críticas, críticas severíssimas em relação a essa capacitação pra gestão plena (...). **Toda equipe do Município, 100%: distrito, Nível Central ... foi unânime, a baixa qualidade dessa capacitação.** (...) Ninguém tá preparado pra assumir, então está todo mundo inseguro, questionando como isso tem sido feito. Está todo mundo assim, revoltado, pela situação que tá acontecendo. Como é que você vai fazer um laboratório sem nem saber? Como é que você vai discutir com um técnico de laboratório, com um médico de um consultório ginecológico, se você não tem preparo pra isso, e não lhe deram tempo pra você fazer as coisas? E10 NC*

*... e com relação às ações especiais, de média complexidade .... eu fico um pouco angustiada, né? Porque eu sei que é um desafio a gente ter assumido a gestão plena, mas ao mesmo tempo, **se não acontecesse, a gente não vai fazer isso nunca!** A “tal” precisava acontecer, pra que a gente caminhasse. [silêncio] ... Mais ou menos ... acho que poderia ser revista algumas. E12 NC*

No item **distribuição** dos profissionais dentro do sistema municipal, quando perguntados se consideravam bem distribuídos, os atores relataram má distribuição dos RHs dentro do sistema da VISA, tanto de nível médio administrativo quanto de nível superior, especialmente considerando as especificidades dos DSs. Um ator demonstrou indignação com o fato de o serviço aceitar que os profissionais trabalhem no turno da noite só porque têm outros vínculos durante o dia e é mais pertinente do ponto de vista pessoal, em detrimento das necessidades do serviço.

*Eu acho que não, né? (...) **Avaliando, pelo menos do meu distrito, eu digo que não tem, mas eu também posso dizer de outros: eu considero o Subúrbio, que tem três profissionais! É uma vergonha!** [...] Tem áreas mais complicadas ... que tem maior concentração, vamos dizer, do serviço de saúde (...) E que o Subúrbio tem uma equipe reduzidíssima lá, quando é uma área bem grande. Então eu acho que essa distribuição tá insuficiente. Não atende. E3 DS, E4 DS*

*Pela escassez de técnicos da vigilância sanitária, com certeza não, acho que **existe uma quantidade diminuta de técnicos em determinados distritos** e isso tem dificultado algumas ações.[...] O pessoal da noite não ... porque as coisas aqui estão acontecendo assim, eu acho, apesar de que disserem que não, mas eu vejo essa coisa de uma forma mesmo pessoal: “eu quero ir pra tal lugar”, “ah, então você vai” (...) **a questão que está acontecendo meio por interesses pessoais:** “ah fulano vai pra*

*noite, porque fulano tem outro vínculo, tem que ir pra noite”, mesmo que a equipe da noite seja maior do que a equipe do dia. E9 NC, E10 NC.*

No quesito **autonomia**<sup>51</sup>, essa foi considerada **insuficiente** para agir e decidir sobre o serviço, tornando-se mais evidente no NC. Os DSs estão sempre condicionados às demandas do NC, a orientações que “vêm de cima”. Há, portanto, uma centralização decisória.

*O distrito, o Nível Central não, não existe ... a descentralização foi de sair de local. Na verdade, nós continuamos ligados à Central. Então aqui a gente age autonomamente até aonde pode, mas sempre está vinculado à Central por alguma coisa, tipo: me ligam porque teve algum problema, uma queixa, não sei o quê ... Você implementou uma ação aqui no distrito e foi repercutir no gabinete do Secretário, por exemplo. [...] A gente não tem ... pra definir prioridades (...), a gente sabe que as ingerências ocorrem! Muitas vezes a gente faz uma determinada ... toma uma determinada atitude ... - e é desautorizado em outra instância! [colega acrescenta] ... e depois em outra instância, as coisas se modificam! Mas naquele momento que a gente está ali, a gente tem autonomia. Mas o que acontece posteriormente, isso foge da nossa alçada! E2 DS, E5 DS*

*Não, o técnico ainda tem aquelas orientações que vêm lá de cima e, às vezes, ele não concorda, mas algumas questões ele não pode realmente tá ... ele não tem, acho, autonomia. Ele ainda tá recebendo muita orientação ele não tem essa autonomia. E7 DS*

Com relação aos **salários**, esses foram **considerados baixos**, no dizer de um ator, até mesmo “vergonhosos”, especialmente, observando-se o nível educacional dos profissionais de VISA, muitos com pós-graduação. Existe também a falta de isonomia salarial entre colegas na mesma função e do mesmo ano de ingresso. Mesmo considerando um aumento concedido na gestão atual, há ainda uma defasagem muito grande em decorrência do período político anterior e, principalmente, com o aumento de responsabilidades que a GPSM vai acarretar para os profissionais:

*O salário é vergonhoso! Não se pode achar que um técnico, um profissional NU vá sobreviver com o salário que é pago na Secretaria.. (...) Nós não temos isonomia: isto é um absurdo: tem o mesmo concurso e com três salários diferenciados dentro da própria profissão. É terrível! ... O pior é o seguinte: dentro de um concurso, que a gente fez na mesma época, quem entrou até tal dia e foi chamado, até tal dia, tem um salário. E quem entrou, depois daquele dia, tem outro salário. [...] E me diga o coordenador que só tenha um só trabalho? Nenhum. Todos eles têm dois, três (...). Não, o salário não tem melhorado para as ações, as responsabilidades que a gente vai ter de um determinado tipo de ação! Se você chegar num laboratório, onde você tem que fazer toda uma auditoria de qualidade, um monitoramento externo e interno ... Não, ele não tem melhorado!! E1 DS, E3 DS*

*Nós temos uma equipe de vigilância sanitária hoje riquíssima, nós temos muitas pessoas que têm especialização, mestrado, gente caminhando pra doutorado, e ganhando mil reais por mês, mil e duzentos reais por mês! E6 DS.*

---

<sup>51</sup> Considerando-a como liberdade que os atores têm de agir, escolher, decidir e propor ações no serviço.

Para muitos profissionais, houve perda de garantias, como a insalubridade, que os profissionais dos outros níveis do sistema de Visa ganham e não incorporação para os profissionais da VISA de outras, a exemplo da uma “gratificação de risco”, que foi concedida a outros fiscais dentro da Prefeitura. A falta de critérios para avaliar o risco a que é submetido o profissional de Visa é um problema, inclusive, do próprio sistema de Visa. Um ator apontou que a questão salarial é uma questão relacionada à Prefeitura, mesmo com o repasse das ações de média complexidade, pois esse dinheiro seria para estrutura e não para os trabalhadores de Visa, o que demonstra o desconhecimento do gestor, com relação à norma do SNVS, especialmente a Portaria 2.473/2003.

*Inclusive nós tínhamos a insalubridade, que nos foi retirada depois de uma avaliação da Fundação José Silveira. E que risco seria? O risco foi analisado pela, vamos dizer, quantidade de permanência junto ao fator de risco e não da qualidade do risco. Então, como nós não fazemos trabalho diretamente com a doença, nos foi retirada essa insalubridade, eu tô simplificando o processo. E6 DS*

*Há um dinheiro novo para eu fazer as ações de média complexidade, a vigilância sanitária vai receber os recursos por essas ações, mas esse recurso, ele não é pra pagar pessoal, ele é para implementar as melhorias do setor. Então, a melhoria salarial ainda é uma discussão da Secretaria como um todo, eu não posso particularizar. E11 NC.*

No que concerne ao PCCS, há um desconhecimento, pela maioria dos profissionais, das discussões em torno de sua consulta pública e mesmo o não acompanhamento do processo de discussão, configurando-se como uma desmobilização dos atores, apesar de considerarem os salários muito baixos. Foi relatado por um ator que ele observou a não inclusão de algumas categorias, como por exemplo, “engenharias” no PCCS. Esse fato pode ser revelador de um desconhecimento, por parte do órgão da PMS responsável pela implementação do Plano, das especificidades do campo da vigilância sanitária, considerando sua multiprofissionalidade.

*O de cargos e salários eu desconheço [risos] ... nem houve discussão! Assim, pelo menos que a gente tenha sido convidado a participar! [...] Bem, eu devo confessar que não acessei o Plano de Cargos e Salários, né, li assim só o esboço, mas não acessei, então não posso ... E1 NC, E 8 DS*

*Eu gostaria que houvesse muito mais participação do profissional, né (...). A Consulta Pública ainda está aí, eu acho que quem ainda não se mobilizou deve se mobilizar. [...] O que tá faltando somos nós, profissionais, estarmos envolvidos. Pra você ter idéia, na última reunião que nós tivemos no auditório do IPS<sup>52</sup>, tinham quatro profissionais só, da vigilância sanitária! Tá discutindo o nosso futuro! E11 NC, E12 NC.*

---

<sup>52</sup> IPS: Instituto de Previdência Social de Salvador.

Quanto ao **aspecto ético** do agir em vigilância sanitária, as opiniões não foram unânimes. Um ator revelou não conhecer comportamentos não éticos entre os fiscais; dois consideraram o corpo de técnicos bom, do ponto de vista ético; um ator deu uma resposta vaga e um outro considerou só o seu DS e revelou que lá eles procuram agir com ética:

*Eu nunca ouvi, assim, que algum fiscal, que alguém, agiu fora da ética, eu não tenho conhecimento. Se há, não é do meu conhecimento.[...] Eu acho que todos agem com ética. Podem errar por desconhecimento, mas falta de ética não existe.. [...] Eu posso falar assim, que aqui dentro da vigilância sanitária o corpo de técnicos e profissionais é muito bom, **não vejo essa falta de ética**, a gente não vê. [...] A ética no meu ponto de vista, ela é única, em qualquer profissão, em qualquer setor. O que é ético é ético e o que não é ético não é ético em qualquer das profissões. Não existe aquela coisa. [...] Lá nós conseguimos, talvez não seja o ideal sabe, mas eu acho que a gente consegue colocar em prática, **consegue ter esse respeito e ter ética nas ações**. E2 DS, E5 DS, E9 NC, E8 DS, E7 DS.*

Sete atores relataram algum tipo de questão relacionada a um comportamento não ético por parte dos fiscais, como por exemplo, com relação a condutas com o setor regulado e no próprio agir em Visa, chegando a dar exemplos de situações como a de profissionais da VISA, atuando como RT e criando conflitos internos; postura “arrogante” por parte de alguns técnicos; abdicação do “poder de policia” em situações onde se fazia necessário, a exemplo da interdição de estabelecimento. Um outro ator revelou que o próprio conceito de ética não é apreendido pelos fiscais. Um ator disse que o que mais via como não ético eram condutas referentes à insatisfação dos técnicos, que acabavam “falando por trás” e gerando “fofoca”. Isto pode demonstrar que as questões relativas a essa dimensão da Visa devem ser mais bem aprofundadas, pois que a ação em Visa é essencialmente ética, pela sua natureza de promoção e proteção da saúde.

*A gente já percebeu algumas situações entre nós aqui, de discordância na hora. Então assim, isso é muito complicado, de você ter que tentar segurar a outra pessoa ou manear para não dar bandeira na frente da pessoa que está sendo inspecionada. Mas assim, **discordâncias que na hora surgem, e que a pessoa não se segura e aí acaba batendo de frente com o próprio colega**. Isso já aconteceu. E4 DS*

*Acontece sim, às vezes, **de má postura técnica, um pouco inadequada**, por exemplo, uma forma muito ... às vezes **uma forma um pouco impositiva sem necessidade**, às vezes uma postura arrogante, isso acontece, a gente vê acontecer né? E6 DS*

*... eu não posso generalizar, eu acho que tem técnicos muito bons aqui na equipe, mas tem técnicos também que eu não confiaria! (...) Tem situações que eu me vejo numa saia justa tão grande, por causa de falta de ética de alguns profissionais! (...) **Passei uma situação a um tempo atrás, questão ética eu acho, com o colega e a forma como foi resolvido, pra mim foi muito deprimente**, porque eu fui fazer inspeção e o **colega era Responsável Técnico pelo estabelecimento** e aí eu encontrei ele lá e **ele começou a questionar a minha ação** (...) não como fiscal, mas **como defensor do estabelecimento** (...) **defendendo o interesse do proprietário!** E10 NC*

*... por exemplo, se você pega um relatório onde tá dito assim: “encontrei esse estabelecimento em péssimas condições higiênico-sanitárias, deveria ser interditado, a próxima equipe interdite”, isso não é ético. E11 NC.*

O **potencial** do quadro de técnicos foi considerado subestimado por todos os entrevistados: técnicos com bom potencial e má utilização desse potencial. Os atores consideram que poderiam “render muito mais”. Há na VISA um trabalho de rotina que sufoca, “devido ao mau planejamento e falta de comunicação”.

*... o estímulo vem de dentro, mas não encontra ressonância ... logo, a gente acaba se encolhendo um pouco também .... “ah vamos fazer só aqui o ‘feijão com arroz’ mesmo!” Porque não adianta a gente se entusiasmar muito! Porque não vai andar! E aí a gente se recolhe, acaba ficando aquém da nossa capacidade de poder tá fazendo mais. [...] Tem pessoas com uma boa qualificação, porém com aquele trabalho de rotina que realmente sufoca, e que, pelo mau planejamento, a gente não consegue aproveitar essas características, essas qualidades desses profissionais [...] É subestimado, acho que tudo isso passa pela questão do planejamento, da comunicação, acho que é subestimado. Tem gente que trabalha muito bem, que pode trabalhar muito bem! Tem gente que trabalhava muito, que não está trabalhando mais. E1 DS, E7 DS, E10 NC.*

### 5.2.5 Problemas de organização

Nesta categoria, procurou-se abordar em que situação estava o cadastramento dos objetos da Visa de Salvador, ou o universo de objetos que seria de responsabilidade da VISA, com relação ao setor formal e informal: ambulantes, feiras etc.; quais as tecnologias de intervenção utilizadas pelos atores, considerando especialmente educação em saúde e se as atividades eram padronizadas, com uso de roteiros e/ou *check list*.

De forma geral, foi constatado que há na VISA **ausência de critérios que norteiem a organização do processo de trabalho**. Neste sentido, o primeiro item exigido pelo marco normativo é justamente o cadastro ou universo dos objetos sujeitos à vigilância sanitária, item que é necessário, inclusive, para a VISA receber a contrapartida dos recursos financeiros.

O **cadastro** dos objetos de VISA, considerando todo o universo regulado pela Visa de Salvador, ainda não havia sido realizado em sete dos oito DSs descentralizados. Segundo os atores, o cadastramento estava acontecendo de forma assistemática e baseado na demanda espontânea. Com relação ao setor informal (reconhecimento do território regulado pela VISA), não estava acontecendo e, apesar de a

SESP ter essa relação, não havia articulação para tal. Falta de seqüência no processo de trabalho, restrição em utilizar os ACSs para levantamento dos estabelecimentos, como alternativa à falta de estratégias para a exigência, são algumas das causas apontadas pelos entrevistados. Os atores relataram que esse fato poderia ser conseqüência de uma não padronização com relação ao cadastro, cada distrito fazendo à sua maneira, como será abordado no próximo tópico.

*Não, isso não tem, esse cadastramento (...) nunca foi feito nada sistemático. [é baseado] na inspeção, na denúncia e na solicitação de alvará. (...) Nós pedimos, em reunião, pra que o ACS fizesse um levantamento dos estabelecimentos ... Inclusive, há uma certa restrição, de utilizar essa mão de obra dos ACS. [...] Cadastramento que você fala é o reconhecimento do território mesmo. Não há um reconhecimento do território, o cadastramento só acontece na medida em que a pessoa vem aqui pedir o alvará. O informal não existe, falo em relação, com base na SESP que fiscaliza o setor informal. No caso do formal, ele só é cadastrado quem procura a vigilância ou via denúncia, mas não é feito o reconhecimento do território, que seria você ir pro território e reconhecer todos os estabelecimentos que tem ali. E1 DS, E10 NC*

*O cadastro foi criado aqui, não existe um cadastro único de vigilância sanitária. Acho que todos os distritos se queixam disso: na Vigilância sanitária não tem esse cadastramento padronizado, cada um criou o seu, faz do seu modo, à sua moda. E2 DS*

*Esse é um problema muito complicado! (...) Que eu sei que noventa por cento das pessoas não fazem isso e não têm esse cadastramento. E3 DS<sup>53</sup>.*

O cadastro dos estabelecimentos de saúde não havia sido passado para os profissionais da VISA por parte da DIVISA. Em alguns distritos, a VISA vinha fazendo o cadastramento por demanda espontânea ou busca ativa, em condições difíceis de realizar, sem critérios e equipe definida. Um DS revelou que este cadastramento era de responsabilidade da vigilância epidemiológica (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), segundo informação da coordenação do DS. Nesse DS, foi revelada a ausência de alvará de saúde por parte de vários estabelecimentos de saúde da região.

*[cadastramento dos serviços de saúde] Isso foi uma dificuldade, inclusive quando o pessoal da DIVISA veio pra cá, pra gente. Porque a gente imaginou que eles trariam as coisas, os processos, trariam pelo menos um cadastro pra gente saber o que a gente tem, o que a gente vai receber. A gente não recebeu isso. [...] Que a responsabilidade era do distrito, não da vigilância, né?... Do serviço de saúde. (...) Quem estava fazendo era o pessoal da vigilância epidemiológica aqui do distrito, porque foi uma exigência, né? Tinha sido uma exigência ... -O do CNES, né? Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (...) E 90% na época, ela disse que 90% do que ela já tinha percorrido, não tinha alvará de saúde. E4 DS, E5 DS.*

---

<sup>53</sup> Único DS que diz ter realizado o cadastramento de seus estabelecimentos.

Apesar de ser o primeiro item exigido para habilitação do município à gestão plena em Visa, segundo a legislação estadual (Resolução CIB/BA 120/2006), e de a gestão já ter completado um ano e meio de seu início, providências não tinham sido adotadas para colocar em prática esse cadastramento. Esses dados contrariam o que foi relatado no Relatório de Gestão de 2005, quando foi informada a superação da meta de cadastramento e revelam a falta de critérios na elaboração do Relatório.

*Bem, a gente ... ainda é um processo ainda ... tá se iniciando, eu vejo também isso. Quê que acontece: essa parte do credenciamento dos estabelecimentos, a gente ainda não colocou em prática. E12 NC.*

Quando perguntados sobre as **tecnologias de intervenção** utilizadas, constatou-se um predomínio de ações fiscalizatórias, baseadas na demanda espontânea. Segundo os atores, a VISA “atira para todos os lados”, “apaga incêndios”. As ações educativas são pontuais: festas populares, carnaval, revelando a não evolução deste processo, identificado por Souza (2002), em estudo anterior em um DS de Salvador.

*Não, a única coisa que andou um pouco foi a questão do monitoramento da água. (...) A gente vai lá, coleta ... manda. Mas a coisa não tem retorno, não tem continuidade, é um negócio (...). A única ação educativa que acho é durante a inspeção ... durante as festas populares (...), mas uma estrutura de educação sanitária ... não tem, não existe.[...]. Eu acho que a VISA deixa muito a desejar nesse aspecto (...) A vigilância “atira para todos os lados”, ela simplesmente apaga aquilo que vai acontecendo, mas ela não tem um objetivo, ela não tem uma meta ... ela não sabe mensurar aquilo que ela tem na mão, ela não sabe nem analisar os dados que ela tem, porque ela tem um problema: que ela não utiliza o próprio sistema de informações que ela tem. E1 DS, E3 DS*

*Na realidade, acho que a gente fica “apagando incêndios”, a gente vai aonde se faz necessário naquele momento. Aí vai lá, apaga aquele incêndio ... acalmou, resolveu, pronto (...). A gente atende mais à demanda espontânea, que dá entrada de alvará, ou então no caso de um surto a gente vai. (...) E atende as denúncias também (...). E as buscas ativas são muito poucas. E5 DS.*

Com relação à **padronização** das atividades, há ausência de um cadastro padronizado dos estabelecimentos regulados pela Visa; insuficiente padronização técnica, exceto em um distrito, que considerou que não há problemas em os técnicos utilizarem os roteiros padronizados. Esse fato foi considerado grave por um ator social, que relatou ocasionar “entraves” para a organização, pois não há delegação de responsabilidade e cobrança de resultados. Não há também padronização administrativa, considerando o volume de processos que são gerados diariamente na vigilância. Essa falta de padronização deve-se provavelmente à insuficiência de pessoal de apoio administrativo devidamente capacitado para a VISA, como já relatado anteriormente.

*E tem também o problema da falta de padronização, que esse eu acho que é o foco de origem dos nossos problemas, que é: **administrativamente a gente não tem procedimento de trabalho!** (...) Enquanto a gente tiver sem procedimento de trabalho, sem saber onde as coisas ficam, sem saber protocolar as saídas, as entradas dos processos, **sem delegar as responsabilidades às pessoas** realmente que são ... que têm o nome ali no setor de uma chefia, a gente vai continuar a ter os mesmos problemas, porque nunca a gente vai ter a quem cobrar. Você vai cobrar aos cento e vinte técnicos que estão lá? E3 DS*

*Mas, assim como as pessoas do distrito vieram do Nível Central e **não houve uma preparação, uma padronização antes delas irem pra lá, eu acredito que seja da mesma forma**, mas eu não posso dizer com certeza, porque eu não trabalhei, não tô no distrito. **O Nível Central é subjetivo, cada um faz o que quer.** Isso é uma dificuldade, eu acho que um entrave pra organização do serviço. E10 NC.*

### 5.2.6 Problemas de gestão

Foram analisadas as categorias referentes à: definição da missão institucional; dimensão política e jurídica da VISA, ou seja, apoio político e estrutura jurídica de apoio às ações; articulação intrainstitucional, interinstitucional, intrasetorial; instituição do Planejamento/Programação/Avaliação; controle social, ou seja, articulação com a Ouvidoria e Conselhos de Saúde municipal, distrital e local; definição das atribuições do nível central e distritos sanitários; e a implantação de um sistema de informações que organize os dados gerados no cotidiano dos serviços.

De forma geral, há uma **baixa capacidade gerencial**, tanto na dimensão formal, como na informal ou subjetiva, na gestão da VISA. Como problemas específicos, os atores consideram que a VISA de Salvador **não tem uma missão** definida institucionalmente. A indefinição e/ou o desconhecimento desta missão, são um fator limitante para o cumprimento dos objetivos e metas, enquanto ação de saúde, definida constitucionalmente. Um documento havia sido criado em formato de Instrução Normativa, quando da cooperação técnica com o Instituto de Saúde Coletiva na gestão anterior, inclusive com a coordenação do atual secretário, mas não foi resgatado. Esse fato também está relacionado com a descontinuidade administrativa. Os atores relatam que a não incorporação da missão pelos gestores ocasiona demora na implementação de mudanças e ocasiona conflitos dentro da instituição.

*A nossa VISA **carece de traçar, como eu já disse anteriormente, os objetivos específicos e integrar a equipe num objetivo comum!** A VISA, ela “atira para todos os lados”, não sabe como ela pode trabalhar a vigilância sanitária! **Como eu te disse: ela só trabalha a parte operacional,***

*quantitativa dos estabelecimentos ... Ela não tem uma missão definida, ela não consegue passar essa informação para as pessoas que trabalham para ela e as pessoas não têm uma ... Oficina .... um entendimento entre toda a equipe para poder compreender isso no sentido global. Nós não temos isso! E2 DS*

*Nós fizemos um trabalho, até junto com ISC, na época até com Luis Eugênio, ele não era Secretário ainda, nós desenvolvemos um trabalho disso: “qual a missão da vigilância sanitária” e tal. Eu não lembro aqui, agora, o título, eu posso até pegar ali, eu tenho esse trabalho ali guardado no computador, pra dizer qual é o título da missão, mas assim, dentro do que eu me lembro tá um pouquinho distante ... E6 DS.*

Apenas um ator considerou que a missão da VISA vem sendo cumprida, mas não demonstrou conhecimento do que vem a ser a definição da missão em uma instituição.

*Sim, considero que vem sendo cumprida. Quando a gente fala assim, que vem sendo cumprida, não que tá ... se esgota ali, está como é que se diz ... acabada ... está, quero dizer... é uma coisa que se avança, né ... A missão é isso, é um caminho longo a percorrer e eu acho que os avanços têm sido buscados. E8 DS.*

Um item importante para a vigilância sanitária é a capacidade de exercer o poder/dever do Estado em prol de interesses coletivos, limitando interesses particulares, através do poder de polícia. No que concerne ao **apoio político para exercê-lo**, os atores relatam que, nessa gestão, de forma geral, **sentem-se apoiados pelo gestor**. Um ator salientou que não deixam de **sofrer interferências locais, de partidos políticos** organizados na comunidade em que se situam. Na gestão anterior, havia muitas interferências no agir dos técnicos e os mesmos não se sentiam seguros para uma ação “mais dura”. Exceção feita em um DS, que observou que o distrito ainda sofre interferência, com “ordens de cima” para ações que não consideram prioridade e que interferem no agir cotidiano. Paradoxalmente, um ator afirmou que não se sentia apoiado na atual gestão, por falta de capacidade dos gestores na organização do serviço, o que torna o processo lento.

*O DS [cita o nome] é um distrito bastante complexo em relação às questões políticas: um distrito onde existem muitas associações de moradores, muitos vereadores que querem vir aqui buscar votos ... Então, tal instituição tá vinculada a tal vereador, de tal partido político ... Então assim: é complicado se movimentar politicamente aqui! E o apoio jurídico não existe! É zero, não tem apoio jurídico nenhum, nenhum, nenhum ... E1 DS*

*Isso aí, olha só, no meu entendimento de apoio político administrativo, não. Porque eu acho que não: eu não me sinto segura, assim, pra uma ação mais dura. (...), eu acho que não há apoio político, nem administrativo não, eu não me sinto segura pra agir. (...) Lentíssimo!! [o processo*

administrativo] *A gente tá dando imposição de penalidades de autos de 99, 98, acho que já caducou*<sup>54</sup>. E10 NC.

Quanto à **estrutura jurídica**, os atores relatam que há **falta de estrutura e apoio jurídico**, com demora/lentidão no processo administrativo e ausência da instituição de penalidades, inclusive a VISA deixa de arrecadar taxas com esse problema. Há, desta forma, o comprometimento do “poder de polícia” da VISA, até por receio dos técnicos em exercê-lo, ocasionado por vários fatores: atraso no julgamento dos Autos de Infração (AI), chegando a que os autos “caduquem”; falta de retorno, ao DS, dos AIs; desconhecimento da continuidade/resolutividade do processo administrativo; falta de acesso ao processo administrativo por parte do DS; amadorismo/desconhecimento na montagem do processo administrativo.

*Com relação ao processo administrativo ele é muito lento, ele é moroso ... a gente não consegue acompanhar o processo. O técnico que está lá, por exemplo, nos distritos sanitários, a gente não consegue ... a gente inicia uma ação, a exemplo o auto de infração: a gente emite um auto de infração lá no distrito e a gente não tem um acompanhamento do processo e às vezes, às vezes não, sempre, ele é sempre muito lento, demora muito para eles avaliarem, pra ter um retorno (...) Às vezes passa mais de um ano, normalmente um ano e meio, quando chega lá o auto de imposição de penalidade, para o técnico retornar ao estabelecimento um ano depois! (...) Não somos consultados, nada. A gente só faz emitir os autos e quem julga são alguns técnicos lá no Nível Central. E7 DS.*

Os problemas relacionados ao processo administrativo desmotivam os profissionais no agir cotidiano, no exercer o poder de polícia, pela não resolutividade e descrédito das ações, como relatado pelos atores nas seguintes falas:

*Demoram [AI], isso até eu posso falar um pouco: demoram de ser julgados e geralmente a imposição é uma advertência (...) Uma vez eu saí com um colega, não vou dizer o nome ... nós fomos num estabelecimento onde já havia um auto de infração que havia 15 dias que este auto foi emitido. Fomos lá fazer uma outra inspeção ... ficamos numa situação ruim! Era passível até de interdição ou de apreensão de alguns produtos estragados ... Ele optou por notificar outra vez!... Situação ruim, precisava fazer a apreensão de alguns produtos estragados e isso iria gerar outro auto de infração. Então, o colega, antigo, optou por notificar ... e eu questionei, se aquilo era correto e ele falou o seguinte: que não dava em nada, que a gente ficava desmoralizado ... não fariam nada ... e no mesmo dia ele estaria aberto! E1 DS*

*Mas não adianta! Os autos, normalmente, eles todos são advertências! Eu tenho aí autos de imposição de penalidade, todos, que são vergonhosos! [...] Tem coisas assim que tão antigas, tem produtos apreendidos que tão aqui, que eu preciso dar um destino e que eu dependo do julgamento de lá, e até agora não tenho resposta. E3 DS, E4 DS.*

---

<sup>54</sup> Segundo a Lei 6.437/77, que estabelece as infrações e penalidades para as vigilâncias sanitárias, os AIs têm um prazo inicial para julgamento de quinze dias. (BRASIL, 1977).

Apesar de recentemente a COSAM passar a ter um advogado no quadro, com formação em vigilância ambiental, esse fato não parece estar dando resolutividade ao processo administrativo e pouco tem contribuído para a VISA.

*Eu diria que nós tivemos uma aquisição, um advogado, **uma pessoa com especialização em vigilância ambiental e em gestão ambiental que está conosco aqui**, não como assessor jurídico tido no papel, **ele não pode assinar como assessor jurídico**, porque não tem ainda no quadro da vigilância esse profissional. (...) Ele vai ser da COSAM. E11 NC.*

Os atores relacionaram vários problemas relativos à articulação na VISA. Consideram que há **desarticulação intrainstitucional, interinstitucional e intersetorial** e dentro da própria VISA, entre o NC e DS. Em dois DSs, os atores relataram fazer ações conjuntas com a vigilância epidemiológica, mesmo assim com certa dificuldade de inserção inicial. De maneira geral, as ações são desconectadas entre órgãos da Prefeitura e dentro da própria Vigilância em Saúde. Existe, inclusive, um distanciamento nos DSs das unidades do PAS e equipes do PSF.

*Eu acho que há distritos que faz isso de forma mais facilitada. Por exemplo, há um questionamento dos distritos, uma fala dos distritos, **que eles não sabem nada com relação o que ocorre nas unidades 24 horas, nos PAS, que eles não têm nenhuma gerência sobre as equipes do PSF**. (...) Há algumas resistências. E11 NC.*

No que diz respeito à articulação intrainstitucional, há dificuldade de articulação dentro da SMS, pois consideram que “trabalham de forma isolada”. Os DSs consideram que há falta de acesso a outros setores da SMS, pelo próprio isolamento da VISA. Foi relatado, como sendo grave, a dificuldade de articulação com o CCZ, por esse também trabalhar de forma isolada e, pelo fato de não ter o “poder de polícia”, muitas vezes “convocam” a VISA para ações, em que a mesma apenas exercerá esse poder, repercutindo na imagem da vigilância como sendo, apenas, uma “ação fiscalizatória”. Os atores consideram que há um desprestígio da vigilância dentro da saúde, com reflexos na articulação (“patinho feio” da SMS). Nos DSs, há dificuldade de articulação com os ACSs, pois eles alegam que não é atribuição deles trabalhar com a VISA.

*Dentro da própria Secretaria Municipal de Saúde, a gente tem dificuldade de fazer esse tipo de articulação. O que eu acho que acontece é que ... **há um trabalho muito isolado ... diversos órgãos dentro da própria secretaria trabalham de forma isolada**, cada um fazendo o seu! Ninguém levanta a cabeça do seu pra olhar o do outro! [...] A gente tenta fazer o papel da vigilância quando é requisitado em ações conjuntas. A gente vai no olhar da vigilância no caso, entendeu? (...) **São problemas com a Zoonoses [CCZ]**. A gente, como autoridade sanitária, nós participamos com eles*

*em atividades, mas é uma opção de lei ... de dificuldades que eles têm de agir, e às vezes não fica muito cabível à gente a ação. É uma ação deles (...) a gente dá uma avaliação por papel, assina ... nós damos o parecer oficial -Acaba sendo ação fiscalizatória. E1 DS, E5 DS*

*Olha, eu acho que pra esses três grupos que você falou aí [intrainstitucional, interinstitucional e intersetorial], eu acho que têm a mesma deficiência: **a gente não consegue realmente, não tem essa interação.** Acho que até dentro mesmo da Vigilância Sanitária. Primeiro que **começa dentro da Vigilância Sanitária, essa falta de comunicação entre distrito e Nível Central e entre os distritos.** Já começa daí. E7 DS.*

No plano interinstitucional, há a desarticulação com a DIVISA e ANVISA, não se sentindo coordenados pelo sistema.

*Não nos articulamos, a gente recebe, assim: **vem de lá para cá assim: cursos e algumas coisas ... mas nós não pedimos, por exemplo, ajuda.** E2 DS*

*Articulação? **Eu acho que não tem articulação.** Por exemplo, com a SESP, porque assim como eu tô trabalhando agora mais com o informal, **não há nenhuma articulação com a SESP.** A gente tem tentado fazer essa articulação, mas como técnico, não pela vigilância em si (...). **As ações são desencontradas, assim, às vezes, você vai, por exemplo, em um surto: a vigilância sanitária vai, a vigilância epidemiologia vai, como se fossem coisas totalmente distintas, pra ver uma mesma situação, que é aquele surto específico.** (...) Então, dentro da própria Vigilância à Saúde, a ação já é desencontrada, imagine fora de outros setores como SESP, SUCOM ou outros órgãos. **Então assim, é totalmente desarticulada.** (...) [em relação à Divisa] **É pior ainda!** E10 NC.*

Intersetorialmente, há falta de articulação dos DSs e do NC, com outros setores da Prefeitura, como SESP, SUCOM e LIMPURB, chegando a haver um trabalho contrário, devido a critérios diferentes para liberação de alvará, como no caso específico da SUCOM, que usa **critérios incompatíveis** com os da VISA.

*... aquela relação que deveria ter, que nós deveríamos ter, **uma ação próxima e até íntima com SUCOM, com SESP, isso não existe.** A gente tem muita dificuldade com essas liberações de alvarás da SUCOM: **começa a funcionar completamente fora dos padrões, e quando a gente chega lá, a gente é também Prefeitura, que é Secretaria Municipal de Saúde, e a SUCOM liberou um alvará completamente inadequado.** [...] A gente vê que muitos estabelecimentos têm o alvará de funcionamento e localização e aí, quando a gente vai fazer a inspeção, a gente vê que o espaço, a estrutura física é totalmente inadequada pra ele funcionar, como uma clínica ou um consultório ... atividade que ele se propôs, ou um restaurante, uma lanchonete ... **a gente vê que é incompatível!** (...) **A gente pede que ele adequie para restaurante ... ele vai na SUCOM, muda ali pra restaurante: o nomezinho restaurante, só que qual o critério que a SUCOM usa pra dizer que aquilo ali é um restaurante? - nenhum!** E2 DS, E5 DS.*

Na VISA, há **incipiente processo de planejamento** ou planejamento realizado de forma amadorística, conseqüentemente, **não há programação** de atividades, nem mesmo do que é proposto no PMS e **ausência de avaliação**, inclusive dos relatórios que os DSs enviam periodicamente. No NC, o quadro foi considerado pior: ausência de planejamento, atendimento exclusivo à demanda espontânea e ausência de avaliação.

*O planejamento, nós fazemos nós mesmos, os técnicos. Nós estabelecemos agora uma seção técnica entre nós ... **então a gente senta uma vez na semana, uma vez a cada quinze dias, planejamos isso, e .... estudamos .... que a gente chegou à conclusão que a gente precisa estudar!** [...] Avaliação é importante, para a gente ter uma idéia do que se está fazendo, se tá pouco, se é suficiente, se tá muito abaixo do que se espera. **Porque a gente não sabe. A gente tá trabalhando, a gente manda relatório pra lá, e, não sei ... tá bom? Não sei ... se você me perguntar se o desempenho de [DS] o ano passado foi bom, eu não sei te dizer. Porque eu fiz os relatórios, botei meus números de inspeção, botei as ações educativas que a gente fez, mas eu não sei ... se eu atingi metas, se tem metas para eu atingir ...[risos], eu não sei.** E2 DS, E4 DS*

*Avaliação não há, planejamento não há, aqui as ações ocorrem basicamente pela demanda espontânea. E10 NC.*

O **controle social** da VISA, ou seja, a articulação com Ouvidoria e Conselhos de Saúde foi considerada **incipiente**. Nos DSs, há ausência de vínculo com os Conselhos e vínculo pontual com a Ouvidoria, atuando a VISA como mero “respondedor” de demandas dessa, que são muito poucas. Os atores consideram que há pouca visibilidade da VISA junto à população e junto aos Conselhos de Saúde. O incipiente controle social é devido à atuação “tímida” da VISA e a pouca articulação, inclusive dentro do DS.

*Na verdade, nós não temos muito contato com os Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde se relacionam mais com a Coordenação do distrito. A Coordenadora tem até uma relação próxima com os conselheiros de saúde e ela nos repassa, mas a gente da VISA mesmo, não. Com a Ouvidoria, só tive um contato com a Ouvidoria da Secretaria de Saúde, eles me mandaram uma denúncia e eu respondi. [...]. É muito difícil ... **o próprio Conselho não conhece o papel da vigilância, que, nas poucas vezes que tive contato com o Conselho, eles acham que nós temos que resolver os problemas da violência e do desemprego (...)** e **para a gente é complicado, até por incapacidade nossa, de falta de qualificação, falta de qualificação profissional, a gente trabalhar com as pessoas.** E2 DS, E3 DS*

*Na vigilância, como um todo, eu não vou saber lhe dizer, **mas aqui especificamente no distrito sanitário, a gente quase não tem contato [com os Conselhos de Saúde].** O que chega pra gente aqui são demandas que vêm da Ouvidoria: uma denúncia, solicitações (...). Chegando uma demanda da Ouvidoria a gente procura atender e responder à própria Ouvidoria. (...). **Desde que eu estou aqui, aconteceu uma única vez ... [oito meses] [...]** É frágil, é frágil, a gente fica hoje como mero **‘respondedor’ de demandas da ouvidoria, mas sem entender que o papel da Ouvidoria, na verdade, é estar ... é uma coisa que está sendo incentivada a nível nacional pra todo e qualquer órgão e instituição!!** E6 DS, E12 NC.*

A **definição de atribuições do NC e DS é desconhecida** pelos atores sociais. Não houve menção ao Regimento Interno da SMS<sup>55</sup>. O movimento de redefinição de atribuições para o processo de descentralização da VISA, materializado em um documento em forma de Instrução Normativa pela gestão anterior, foi relatado por dois atores sociais, que não entendem o porquê de não ter sido dado continuidade no momento atual. Como consequência, os atores consideram que há ausência de sistematização das atribuições dos

<sup>55</sup> SALVADOR, Decreto 13.611, de 11 de julho de 2002.

DSs, a definição se daria por “erro e acerto” (descobre “no tapa”) e indefinição das atribuições do NC. O papel do NC tem se limitado a solicitar demandas dos DSs, às vezes, havendo sobreposição de papéis, devido à deficiência estrutural dos mesmos. Nos distritos há o desconhecimento, por parte da Coordenação do DS, das atribuições da VISA e da especificidade do trabalho em Visa. Como consequência, as equipes se sentem sem apoio, o que dificulta o trabalho e a articulação com a assistência e a vigilância epidemiológica, especialmente em distritos que foram descentralizados mais tardiamente e onde não foram realizadas as “Oficinas de Territorialização”.

*Ela não existe, a sistematização dos serviços: o que é a vigilância sanitária? Vocês vieram pra cá [se dirige aos colegas]... foi sistematizado como é que a vigilância atua no nível de distrito sanitário, de nível local? Não, isso não foi feito até hoje ...!!! E1 DS*

*É, na verdade nós não sabemos nosso real papel, nem a Nível Central, nem a nível do distrito. Quando nós chegamos à chefia – eu cheguei na chefia – eu cheguei muito perdida! O que é que esperavam de mim? (...) É aquela coisa do erro e do acerto que a gente faz, a gente percebe que errou em algumas coisas e não está fazendo direito e tem que voltar para corrigir isso! (...) Isso é geral nos distritos e na vigilância Central (...). Então eu acho que o papel não foi definido muito claramente, inclusive para a gente conhecer melhor a competência da VISA Central. O que a gente deve repassar para VISA Central e o que é específico competência aqui do distrito ... e as atribuições. E3 DS*

*Solicitando os processos pra gente fazer, pra agilizar... não tem uma reunião, eu sempre senti falta disso (...) -E também não tem uma definição clara do papel assim, do distrito. A Central às vezes faz o trabalho em distritos ... ainda está, o processo de descentralização, ainda está acontecendo, né? Então a coisa não tá muito definida ainda não, e ... até porque os distritos não estão preparados assim, pra receber a demanda. (...). Quando a gente está dentro do distrito a gente perde um pouco da força, porque a gente não tem ... fica meio termo. A gente nem é Central, nem é distrito, entendeu? Então a gente, nas demandas, eles: “ah busque os distritos”... e o distrito [Coordenação do DS] praticamente desconhece e não tem um envolvimento tão grande com a gente (...) A gente fica um pouco perdido, porque quando a gente vai pedir, assim, apoio ao distrito [Coordenação], é com a Central [NC], quando pede à Central, é com o distrito. A gente não sabe o que é que cabe à Central apoiar e o que compete ao distrito ... não tem uma definição ... E5 DS*

O SINAVISA não foi implementado. **A VISA não conta com um sistema de informações padronizado** e que dê conta do volume de dados gerados em serviço, existindo até amorosismo na criação de um sistema de informação: cada DS tem um banco de dados próprio e que não se comunica com os demais e o NC. Há centralização dos dados gerados nos DSs pelo NC e não disseminação das informações geradas. O banco de dados que foi criado na Central não tem capacidade de suporte das informações geradas nos DSs, como consequência, há perda de dados gerados pelas ações de VISA e não utilização das informações para o planejamento, pela não consolidação. A não implantação de um sistema de informação, nem no NC e nem nos DSs, cria, inclusive, deficiências na comunicação interna.

*Nós temos o nosso, criado aqui, da nossa autoria [risos] assim ... fizemos um cadastro, porque as coisas voltam de novo pra Central, os dados ficam lá, assim, uma coisa que a gente percebe, que a gente libera alvará, por exemplo, a gente não sabe se a pessoa pegou (...) mas é uma coisa bem primária, é um programa ... programa não, é uma tabelinha que a gente criou aqui só pra consertar. [...] Os distritos não têm um sistema de informação, que eu acho que deveria vir da Central um modelo para os distritos. Não tem integrado. Tinha que ser uma coisa tipo assim, em rede, que a gente poderia aqui acessar o sistema todo, não só do distrito, a gente registrava o nosso, pro sistema ter uma noção de Salvador. Nem a Central tem isso! A gente faz as nossas ações aqui, o processo só volta pra lá quando ele é liberado. Se a gente foi três, quatro vezes no estabelecimento, some! Fica aqui, aqui a gente criou, no caso [a chefia de VISA] criou um sistema aqui. E4 DS, E5 DS*

*Porque o nosso, banco de dados aqui, ele é manual, né? Até então ele é um livro de andamento (...). Mas se vem pro distrito, a notificação que a gente emitiu não volta pra lá. Ele [o NC] não sabe que nós notificamos aquele estabelecimento, tá no banco de dados. Ele só vai voltar pra lá se for autuado, porque o auto retorna, pra abrir processo administrativo, ou se o alvará for liberado! Todo resto, a informação tá toda aqui no distrito sanitário. (...) Não, não tá havendo [consolidação] o banco de dados deles não está atualizado, porque tem coisas que chegam aqui que não vão pra lá, por exemplo. O ACCESS, é, não vai mais suportar o banco lá da vigilância, tem mais de não sei quantos estabelecimentos.[...] Esses dados eles são perdidos. A gente tem muita informação, cada dia a gente tem mais informações e as coisas são perdidas ... a gente não tem um sistema pra tá notificando, pra tá realmente registrando esses dados. E6 DS E7 DS.*

### 5.3 OS ATORES INDICAM OS DETERMINANTES DOS PROBLEMAS DO SISTEMA DE VISA

#### 5.3.1 Determinantes dos problemas de infra-estrutura material

Com relação aos determinantes relacionados à SMS e ao seu contexto dentro da Prefeitura, há uma **centralização do abastecimento** da frota e **acionamento** de combustível por parte da Prefeitura de Salvador:

*Mas agora está acontecendo esse problema, que é universal dentro da prefeitura: **está faltando combustível para todo mundo**, inclusive nós fomos solicitados - foi solicitado a todos nós dos distritos - **pensar em alternativas para a falta de combustível: que a gente pensasse em como suprir essa falta de combustível**, que os carros vão deixar de vir alguns dias, porque não tem combustível. E2 DS.*

Existe também uma ingerência da SMS, com relação à regularidade na distribuição adequada de insumos, denunciando a falta de logística; falta de avaliação das necessidades da VISA e falta de mensuração da necessidade de combustível para as ações de VISA; falta de conhecimento da especificidade do trabalho em VISA; falta de prioridade para a VISA:

*... que as pessoas têm mensurado dez litros diários, sendo que meu carro serve durante o dia e a noite para outra vigilância, que fica na Central! Então, acaba comprometendo ... porque a pessoa ... se ele bota gasolina ... que é até as quatro horas da tarde, que é o horário útil de colocar gasolina e passa o carro para o rapaz de noite, ele não tem gasolina de manhã! (...) Então, quando o funcionário pega, ele já pega sem gasolina! **Quando ele vai chegar no trabalho já é nove, dez horas da manhã atualmente, porque as filas são enormes! O rapaz já utilizou a gasolina, que seria nossa, então a gente não usufrui.** E3 DS*

*... porque o almoxarifado não tem e a gente não tá conseguindo ter essa regularidade de manutenção desses nossos termos. Na verdade, assim, o que se diz é que ou não tem no almoxarifado ou não houve a compra, ou então, tudo que se tem, a prioridade são as unidades de saúde. (...) A assistência que não pode faltar de jeito nenhum. E6 DS.*

Com relação à própria VISA, considerando o NC, que deveria ser o órgão coordenador, existe a demora na tomada de providências, indicando a **incipiente capacidade gerencial**.

*com relação a recursos materiais não, eu acho que a gente precisa rever, tá, e fazer um redirecionamento, claro, considerando a peculiaridade de cada distrito. (...) É uma das prioridades da gestão, né, e mesmo que esse problema não seja resolvido a curto prazo, e sim a médio e longo prazo, eu sinto que tem um envolvimento por parte do gestor e da gestão em si, em realmente conduzir esse processo e otimizar essa parte que se faz necessária. (...) Eu acho que a situação não é só da Vigilância Sanitária não, é de toda a Secretaria como um todo. E12 NC.*

### 5.3.2 Determinantes dos problemas de infra-estrutura física

Pela análise das falas dos atores, depreendemos que há uma **falta de planejamento do dimensionamento para a descentralização da VISA**. Esse fato pode ser relacionado ao desconhecimento das especificidades da VISA, por parte dos setores responsáveis pela infra-estrutura da SMS; ausência de um projeto de melhorias; demora na implementação do que é planejado e até mesmo **ausência, no organograma da VISA, de um Núcleo Administrativo**. A demora na tomada de decisões é outro determinante que impacta na falta de estrutura física:

*Esses dois arquivos não serão suficientes pra o tamanho do distrito! Vai botar mais coisa aqui, aonde? Sem contar que tem atendimento ao público ... a gente vai fazer como, com estas duas mesas? Na verdade não é! É adequada nesse momento, mas ela não é, considerando que vai aumentar em número e quantidade a demanda. E5 DS*

*Bem, o que eu posso observar, não só aqui na Central, agora que a gente está aqui na casa nova na Gamboa, ainda tá subdimensionado. Vejo isso também nos distritos, tem que ser revisto. Mas, ao mesmo tempo, é a resposta da primeira questão que eu te coloquei, com relação a recursos materiais: existe um planejamento, existe um projeto, né? O planejamento está acontecendo, só que isso não foi colocado em prática. E12 NC.*

### 5.3.3 Determinantes dos problemas de infra-estrutura financeira

Os atores relataram que existe uma **vinculação da verba da Visa na SMS e falta de atribuição e capacitação do gestor de VISA** para a gestão dos recursos financeiros da vigilância sanitária, além da **falta de autonomia da VISA**, na gestão desses recursos.

*Mas a verba vem vinculada para toda a Salvador. Eles não sabem desvincular isso ... então essa situação faz com que a gente tenha dificuldade, porque eles não conseguem! ... Se eles não conseguem desmembrar na pactuação da gente ... agora que a gente tá recebendo desvinculado no*

distrito da Liberdade, no distrito da Barra ... quanto é que a gente tem de meta! **Imagine para dinheiro.** E3 DS

... **eu não conheço todo o processo de recursos e, mesmo assim, mesmo dentro do cargo que eu estou, eu não faço a gestão dos recursos, não é da minha atividade fazer a gestão de recursos, eu faço as solicitações, que, como todo o processo da Secretaria, sofre contensões de custos. (...) O que a gente precisa garantir é que esses recursos sejam aplicados nas ações específicas de cada Vigilância.** E9 NC

Uma coisa que eu sinto muito, primeiro **que nós não fomos, como é que se diz? Qualificados para entender isso.** Quando eu assumi, a primeira coisa que eu fiz “**não, vou ao Fundo [FMS], que é pra eles me explicarem e entender toda essa questão de financiamento tal**”. Aí, triste ilusão, **eles sabem menos que eu.** Talvez seja reflexo de toda essa nova reestruturação da Secretaria. Mas não consegui entender muito. [...] **É relativa, [autonomia para gerir os recursos] e não digo só da vigilância sanitária, de todas as outras coordenações: CDRH, a própria CAD<sup>56</sup>, né, tudo a gente tem uma autonomia relativa, porque nós temos também um montante geral da saúde que não pode ser extrapolado ali, então nós somos chamados para que a gente possa definir.** E12 NC, E11 NC.

Há falta de divulgação do montante de recursos financeiros. À parte isto, existe a falta de estrutura administrativa da própria VISA para a gestão dos recursos ou **ausência de um gestor financeiro na coordenação à qual a VISA faz parte**, como um “Núcleo de Contabilidade”:

**[publicização dos recursos]** Claro, porque assim você pode, até como técnico, priorizar e entender melhor como o sistema é organizado, se você não sabe o que é recurso, não em como você saber o que é prioridade ou não. E10 NC

**Nós não temos ainda um gestor financeiro em cada coordenação, nós diríamos que cada gestor de vigilância sanitária (...), nós não temos nenhum treinamento prévio e nenhum conhecimento prévio sobre financiamento dessas ações.** E11 NC.

Há **indefinição** da verba destinada à VISA por parte do **Tesouro; desconhecimento** da verba referente às **taxas** da vigilância, tanto no que se refere ao volume, quanto à destinação dentro da SMS por parte do gestor da VISA; **falta de repasse por parte do Estado** da verba, referente às ações de média complexidade, ou seja, está repassando as ações sem a verba!

Então esses recursos para a vigilância sanitária, eles hoje ainda são per capita, você tem com relação à fonte 00, que é a fonte do Tesouro, que é ainda uma grande interrogação, **nós não sabemos quanto a fonte do Tesouro destina exatamente para as ações de vigilância.** Você tem as **taxas da própria VISA, por emolumentos ou por taxas de multas, pelas multas ou pelas taxas de Liberação de Alvará, quer seja Inicial ou de Renovação, que nós não sabemos também o volume dele e a destinação dentro da Secretaria de Saúde, como é que está se usando. (...) Imagine que, se você quer fazer um curso, você tem que fazer uma avaliação de quanto isso você vai gastar e qual a fonte que você vai usar, se é fonte do Tesouro [fonte 00] ou se é fonte 05 [MS], que é exatamente**

<sup>56</sup> São Coordenações da SMS (ver Anexo 12 - organograma). CDRH: Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos; CAD: Coordenação Administrativa.

*esse recurso que vem do nível federal, tomando em consideração que com a Gestão Plena, o município de Salvador, para as ações de vigilância sanitária, ainda não está recebendo nenhum dinheiro novo, o Estado ainda não repassou nenhum dinheiro novo para as ações de média complexidade da vigilância sanitária. E11 NC.*

**Com relação ao FMS, há desconhecimento das especificidades da Visa**, que pode estar relacionado com o momento político anterior, centralizador, e que torna o problema do acesso à informação por parte dos municípios mais crítico, considerando Salvador neste contexto. Foi relatado também problema de “fluxo” no FMS com os recursos da Visa:

*... porque o Fundo, ele não sabe exatamente, esse dinheiro você pode gastar pra comprar isso, pra comprar aquilo, pra comprar aquilo outro, o Fundo não sabe isso (...) Nós vivemos um momento político muito difícil, muito centralizador e que não deu essa oportunidade desse conhecimento pra quem estava na gestão.(...) Então, em geral, as gestões estaduais, elas já estão com dois anos à frente da gente, portanto já têm um domínio muito maior do uso dos recursos e os municípios, eles estão talvez engatinhando em ter um conhecimento muito mais amplo do uso desses recursos e o que é esses recursos, o que é que eu posso gastar, o que é que eu não posso gastar. E11 NC*

*[gestão dos recursos da Visa pelo FMS] ... que nós identificamos que há um problema muito sério de fluxo. A gente gera o processo, quando chega lá no pagamento, então que acontece, ele não tem ciência de qual é a fonte, mesmo que a gente tenha especificado no início. Parece que começa a formar processos, é o mesmo processo, só que ele é desmembrado e aí a coisa é conduzida pela metade. E12 NC.*

Houve uma demora na assinatura da PPI de média e alta complexidade em Visa; não repasse por parte do Estado do quantitativo de estabelecimentos de média complexidade e dos recursos específicos para estas ações, o que pode refletir na **falta de coordenação (desalinhamento) por parte dos outros níveis do SNVS** e conseqüente amadorismo dos municípios na gestão de seus recursos financeiros:

*Porque a gente ainda não assinou a PPI, a PPI de média complexidade não foi assinada ainda com o nível estadual. (...) porque você não pode pactuar em cima de quantitativos que você não conhece e precisa saber exatamente qual o volume de clínicas de média complexidade, de serviços de média complexidade existentes e cadastrados dentro do nível estadual (...) quando esses quantitativos forem passados para o município, então a gente terá que pactuar e esse recurso que o nível federal dava pro estado, terá que ser, terá que vir para o município. E11 NC.*

#### 5.3.4 Determinantes dos problemas do DRH

No que se refere à **disponibilidade** dos RHs, os problemas selecionados pelos atores no sistema de Visa municipal têm como determinantes a falta de incentivo para

trabalhar em DSs distantes da residência dos técnicos; a indefinição de um organograma que promova o incentivo ao técnico no DS, inclusive com novas definições de cargos e que pode ser reflexo da falta de critérios para definir o quantitativo dos RHs para o sistema. Há priorização da assistência, em detrimento da VISA. Foi relatado, também, que a própria restrição do espaço físico é fator limitante ao quantitativo, pela inadequação das acomodações. Há ainda falta de autonomia do gestor do DS para resolver essa questão e falta de concurso para VISA, especialmente neste momento de nova habilitação.

*... e teria uma pessoa, um funcionário de nível médio que estaria junto com a gente. Mas (...) um outro setor ficou precisando de alguém, e aí tiraram imediatamente essa pessoa que estava nos ajudando. (...) A nossa coordenadora é uma pessoa muito flexível, (...) ela tá sempre interagindo, (...) agora, eu acho que essa questão, por exemplo, do apoio administrativo, acho que está além do alcance dela, entendeu? Lá tem (...) uma restrição de espaço físico como um todo, e tem também essa dificuldade de tá conseguindo mais pessoal pra trabalhar (...) é difícil (...) já foi reivindicado, já foi solicitado, mas até hoje não aconteceu. Eu não sei se isso também, a questão do espaço físico, prejudicou, porque é realmente complicado. A gente não tem mais onde colocar pessoas lá dentro.*  
E7 DS

*No entanto, só esse critério [RESOLUÇÃO CIB/BA 120] não nos ajuda a identificar qual o formato que ... qual o perfil, na verdade, que você vai levar pra aquele distrito, em função exatamente das peculiaridades que o distrito tem, (...) porque inclusive o Plano de Cargos e Salários não prevê a categoria, por exemplo, “auxiliar de vigilância sanitária”, isso não existe.*  
E11 NC.

Além da falta de concurso para nível superior em áreas específicas, como enfermeiros e arquitetos, a VISA não realizou concurso para nível médio com formação em vigilância sanitária, até pelas limitações do PCCS, como citado anteriormente. Um ator relatou que houve uma priorização da gestão anterior para aumentar o quadro de nível superior da Prefeitura e não se levou em conta as especificidades da VISA. Não se buscou, também, a Cooperação Técnica com instituições acadêmicas para capacitação de pessoal, o que pode ser reflexo da pouca capacidade de articulação dos gestores da VISA local, em buscar e propor parcerias e indefinição de prioridades dos níveis estadual e federal, como, por exemplo, a definição de estratégias dos Centros Colaboradores em Vigilância Sanitária (CECOVISA) para a qualificação de profissionais.

*[NO RN]<sup>57</sup> ... eram inspetores de saneamento. Nessa época quem fazia a formação desse pessoal era a Escola Técnica Federal<sup>58</sup>. Infelizmente a nossa aqui não está voltada pra essa área e hoje a*

---

<sup>57</sup> O ator social citou uma visita que fez a Natal - Rio Grande do Norte, onde conheceu profissionais de nível médio, atuando na Visa daquela cidade e ficou surpreso com a capacidade dos profissionais. A autora também teve a oportunidade de trabalhar com esse tipo de profissional no Estado de São Paulo e considera que a qualidade dos mesmos está relacionada à qualificação e organização do serviço.

*gente não tem nenhum profissional técnico de saneamento. (...) O ideal, primeiro, era você garantir que eu pudesse ter um concurso pra garantir nível médio, para ser técnico, “auxiliar de vigilância sanitária”. (...) Tem uma comissão que está estudando a possibilidade do concurso, é algo que a gente pode tá encaminhando, essa necessidade. E11 NC.*

**Os profissionais da VISA têm outros vínculos** como consequência dos baixos salários e, o não cumprimento da carga horária, deve-se ao fato de priorizarem esses outros vínculos. Questões subjetivas relacionadas à complexidade das relações de trabalho na VISA foram relacionadas a esse problema. Há, inclusive, dificuldade para capacitar o quadro em consequência da carga horária comprometida. As dificuldades da VISA, em se fazer ouvir por outros setores da Prefeitura, como a SEAD, por exemplo, que elaborou o PCCS e não contemplou as 40 horas para os profissionais da VISA, podem refletir a falta de autonomia e capacidade de negociação da mesma dentro da Prefeitura.

*... Um bico, porque as pessoas não conseguem se manter financeiramente com o dinheiro da vigilância. Então, elas estão cansadas, estressadas, cobradas de outro serviço e aqui é como se fosse o “relax” delas. E3 DS*

*... porque acaba que esse trabalhador, ele tenha que ter outro vínculo com outra instituição, ou pública ou privada, o que dificulta, inclusive, capacitações ou um tempo melhor, uma definição da sua carga horária, por exemplo: integral, dos cinco dias, das seis horas, conforme tá preconizado no seu contrato de trabalho e no seu edital de concurso. Então, acaba que isso termina não acontecendo verdadeiramente como a gente quer. E11 NC*

*Pra a gente aumentar o número de profissionais de quarenta horas teria que rever o nosso Plano de Cargos, que também tem que ser revisto, porque o número de profissionais de quarenta horas depende do nosso quantitativo de pessoal, que quem determina é a SEAD. E12 NC.*

**A desmotivação foi relacionada à** falta de infra-estrutura para trabalhar e atropelos da demanda espontânea, em que o trabalho não é sistematizado, planejado e que tenha resolutividade. Questões mais abrangentes e complexas, como o histórico descompromisso do servidor público, a falta de cobrança de responsabilidades e metas e os baixos salários foram relatados. Chamou a atenção o não esclarecimento por parte da gestão a respeito dos incentivos financeiros para as ações de média complexidade e previstos pelo SNVS. A falta de comunicação interna e a falta de autonomia dos técnicos, como inerentes às limitações da própria gestão, a exemplo da falta da presença da subcoordenação, pelas questões relacionadas à carga horária, ocasionando a falta de reuniões e socialização dos trabalhos também foram relatadas.

---

<sup>58</sup> Hoje denominada CEFET: Centro Federal de Educação Tecnológica. Em conversa informal com a autora, um ator social daquela instituição em Salvador revelou que a VISA poderia propor essa parceria.

*... porque a gente, por exemplo, volta num lugar, tenta fazer um trabalho ... retorna dois anos depois!! (...) Como acontece muito isso aí: (...) a gente vai cobrar uma notificação que tem um efeito muito antigo ... não é mais aquilo a realidade, entendeu? (...) Os prazos não são cumpridos (...), é difícil trabalhar quando você não tem uma infra-estrutura correta entende? Quando os processos não são encaminhados de uma forma que o inspetor volte a ver aquele, ter uma rotina mais tranqüila de trabalho. (...) Resolutividade, tranqüilidade pra trabalhar. (...) Na realidade é difícil a gente trabalhar a partir do momento que não se tem um planejamento do que se vai fazer, de como se fazer, a finalidade, o objetivo, daquele trabalho. E5 DS*

*Eles estão se sentindo desmotivados, raivosos ... muito raivosos! Porque eles acham que eles têm direito a uma ... financeiramente ... porque está havendo esse recurso para a Secretaria, dessas ações de média complexidade. Ninguém vai repassar só documentos para o município. E3 DS*

*Acho que o principal problema tem sido agora a comunicação, ninguém tá sendo ouvido, as coisas estão acontecendo assim, as informações não são perpassadas por todos, não são escutadas. (...) Aqui [no NC], aqui é difícil você encontrar uma subcoordenadora, é difícil você se aproximar, conversar! Tem mais de dois anos que vai fazer essa gestão, nunca tive uma reunião, pra dizer assim "oh, eu tô assumindo o cargo". Era o mínimo que uma subcoordenadora devia fazer, era fazer uma reunião e se apresentar pra equipe. A gente conhece pelo corredor, você conhece a pessoa ... mas assim, o mínimo era uma reunião pra se apresentar! Eu acho que você chega num trabalho pra coordenar uma equipe, o mínimo que você pode chegar é ouvir as pessoas e se apresentar, quem é você. E10 NC.*

Os atores **não se consideram capacitados** para assumir as ações de média complexidade que já começam a ser repassadas pelo Estado, pois qualificam os treinamentos como pontuais e sem levar em conta a complexidade de Salvador. Segundo os atores, os outros níveis do sistema não estão cumprindo o que é determinado em lei e não dão a Salvador um tratamento a altura de sua complexidade. Houve falta de planejamento para as capacitações e falta de definição de equipes específicas para cada objeto da Visa. Saliente-se que essa é uma questão considerada importante, pois que o conhecimento para as ações especiais é mais especializado, necessitando do serviço uma setorização e especialização dos saberes e práticas por parte da equipe, ou seja, equipes específicas por área de atuação, o que não ocorre na VISA de Salvador, nem mesmo com a nova habilitação do Município. Segundo os atores, a equipe designada pela DIVISA para dar as primeiras capacitações não estava preparada, pois os mesmos trabalhavam em outras áreas que não a do objeto de qualificação. Relacionou-se também a dificuldade em promover as capacitações, por causa dos duplos vínculos dos técnicos.

*Se você for olhar as competências da ANVISA, da DIVISA, que agora teria que assessorar, supervisionar e treinar a gente ... os treinamentos, que estão sendo passados para a gente, são muito pequenos para dar competência para a gente exercer essas ações! [...] É claro que através da Divisa está havendo sempre cursos, está sendo oferecido, só que o que que acontece? O número de vagas no município é insuficiente para o número de fiscais que nós temos (...). Eu acho que a Divisa trata Salvador como ela trata os municípios do interior, que têm uma demanda muito menor, têm uma complexidade menor do que a nossa, entendeu? (...) Inclusive os nossos colegas, que*

*deram treinamento, muitos não tinham experiência nessa área, fizeram porque foram mandados, designados, apenas estavam cumprindo uma ordem superior! E3 DS, E5 DS*

*Você está trabalhando com uma equipe multidisciplinar, se você pegar um colega que é farmacêutico, ele vai tá muito bem na parte de procedimentos, mas se você pegar um colega que seja da área de arquitetura ele não vai tá. (...) O cara não consegue, o profissional não consegue absorver todas as informações, então, essa coisa tem que ser passada com um pouco mais de calma, porque você tá passando pra um público genérico e ele tem que absorver essa informação. E9 NC.*

Os **Recursos Humanos estão mal distribuídos** no sistema de VISA, devido à falta da definição de um organograma para a VISA; falta de planejamento, considerando as especificidades dos DSs; falta de definição do papel do NC; atrasos na descentralização; falta de critérios para distribuição dos horários, que seguem, muitas vezes, o interesse próprio, em detrimento do interesse do serviço; resistência dos técnicos em ir para locais distantes, que, por sua vez, está relacionado à falta de incentivos para o trabalho em periferia, um problema geral da SMS, segundo um ator social.

*... isso não ser observado nessa distribuição de pessoal, na estruturação, inclusive dos cargos ... das coordenações e subcoordenações e chefias ... Existe uma má distribuição dos recursos [humanos]! Eu diria, não só em quantidade, mas também a distribuição do organograma. [...] Eu acho que não tem planejamento! Porque aqui o distrito ... é o distrito que tem o maior contingente de clínicas, consultórios e estabelecimentos de saúde, e na equipe que foi designada pra aqui não tinha enfermeiro! (...) O profissional de enfermagem no setor privado ganha bem, né? relativamente bem, então quem vai querer ficar ganhando um salário desse! E1 DS, E5 DS*

*Existe uma resistência por parte dos profissionais de trabalharem no Subúrbio. É a distância, a realidade do próprio distrito. (...) É geral, o problema é crônico e tem que ser olhado com um outro olhar pra o Subúrbio Ferroviário entendeu? Isso engloba todos os setores da Secretaria Municipal, que contemplam um distrito, da parte administrativa ao pessoal da rua. E12 NC.*

**A insuficiente autonomia deve-se**, segundo os atores, aos atropelos da demanda espontânea; à falta de comunicação interna; à descontinuidade administrativa, que não deu continuidade a projetos executados pelos atores nas diversas áreas da vigilância, como: hotéis, estabelecimentos de alimentos e outros e que davam uma boa resolutividade às ações.

*... porque a gente só vive de atender demanda, porque o distrito é grande, isso é uma observação do fiscal técnico, certo? Então, a gente trabalha muito respondendo demandas, entendeu? (...) O que tá acontecendo com a vigilância é que tem muita coisa imposta! Na hora de planejar nós não participamos! A gente tem que aceitar! Então, não está certo, eu acho que a insatisfação vem daí. [...] Pô, por que eu não posso pensar, ouvir as pessoas que têm maior experiência naquele assunto, ouvir e ver a proposta que elas têm para aquilo? E dar a elas a oportunidade de fazer aquilo? Por exemplo, se [cita a colega] trabalha bem com hotel, por que eu não vou ouvir ela? Por que não vou*

*deixar? (...) Eu acho que há uma centralização de poder. As chefias<sup>59</sup>, elas não têm uma autonomia, a autonomia decisória. Elas podem ter autonomia pra organizar, mas pra decidir elas não têm, e mesmo porque elas não estão presentes pra compreender todo processo! Então a ação fica muito restrita. E5 NC, E10 NC.*

Há na VISA uma centralização decisória, por questões relacionadas ao “poder”, uma dimensão que não foi aprofundada neste trabalho, mas que apareceu nas entrevistas. Há falta de autonomia decisória das chefias do Nível Central e falta de capacidade em gestão, segundo o relato do ator social.

*Falta capacidade de gestão mesmo, não são gestores que estão ... você acaba fazendo as coisas porque ... não sei, de uma forma desvinculada de um processo (...) E ainda tem uma coisa aqui, ainda tem isso: aqui tem um poder muito concentrado, você tem medo de abrir mão do poder, é uma coisa incrível! É como se o serviço público fosse seu, é a sua coisa, que você não quer, no momento que você passa pra uma pessoa oportunidade de criar também, é como se você desse pra ela poder que você não quer perder. Eu acho que passa muito por aí, como se “agora eu tô aqui, é minha vigilância sanitária, é minha imagem”. E10 NC.*

No que diz respeito aos **salários e PCCS**, os profissionais da VISA passaram um longo período sem receber aumento na gestão anterior, que foi de 1997 ao final de 2004. Segundo os atores, a própria falta de visibilidade da VISA é causa desse quadro, por não reivindicar gratificações que foram concedidas a outros setores da Prefeitura, que trabalham em funções consideradas de risco, com os fiscais da SESP, por falta de capacidade de gestão, aqui representada pela negociação. Existe também falta de critérios para definição de cargos de coordenação, subcoordenação e chefias e limitação da SMS, em dar conta das especificidades da VISA, com relação ao PCCS.

*Nós passamos oito anos sem receber nenhum tipo de incentivo, de aumento ... algumas coisas muito insignificantes!. [...] Por que a gente vê que apenas a vigilância não entrou [gratificação de risco na Prefeitura]. Por quê? Desconhecimento, falta de cuidado do nosso gestor de olhar para vigilância sanitária? (...) Muitas vezes, a gente utiliza um cargo por questões de amizade, por questões políticas, por questões de que a pessoa acha/ gostaria de ter uma pessoa trabalhando junto com ela ... Mas a pessoa não tem competência para estar ali! E1 DS, E3 DS*

*É possível que nem todos os nossos anseios e desejos possam ser contemplados nesse primeiro momento, (...) eu acho que a SEAD não vai ter compreensão de categoria, ela vai ter compreensão de servidores públicos, as necessidades gerais de servidores públicos.(...) Então, a melhoria salarial ainda é uma discussão da secretaria como um todo, eu não posso particularizar, porque o incremento de trabalho não se deu apenas para nós, profissionais da vigilância sanitária, esse incremento de trabalho com gestão plena se deu em todas as dimensões (...) a gente tem mais responsabilidades, porque tudo passou a ser agora pro município, tudo agora é com o município! E11 NC.*

---

<sup>59</sup> As chefias são subordinadas à subcoordenação da VISA, tanto no NC, quanto nos DSs.

Como determinantes da **dimensão ética**, só foram apontadas pelos atores a falta de um código de posturas e a própria insatisfação dos trabalhadores. Em um primeiro momento, isso pode parecer vago, mas se considerarmos os problemas relativos às dimensões subjetivas, como capacidade de motivação da equipe e a histórica precarização do trabalho em saúde, poderemos dizer que, talvez, essa seja a grande causa de comportamentos não éticos e a necessidade de se trabalhar melhor essa dimensão, inclusive, estabelecendo um código de posturas para o serviço em Visa.

*Eu acho que não há ética pelo seguinte: as pessoas estão insatisfeitas, as pessoas não querem falar o que pensam e ficam falando por trás! (...) Você está gerando não só a falta de ética, como a fofoca e outros problemas mais: discórdia, conflitos internos, que é o principal para você trabalhar direito. E3 DS.*

Com um quadro de 100% de técnicos em Visa de nível superior e com a unanimidade dos atores com relação ao mau aproveitamento desse quadro, o **sub-aproveitamento do potencial** foi apontado pelos atores como tendo as seguintes causas: baixos salários e não respeito às garantias, como insalubridade, gratificação de risco e a própria falta de critério para estas gratificações; falta de condições estruturais de trabalho; falta de visibilidade da Visa enquanto ação de saúde e falta de valorização do trabalhador da Visa; indefinição de equipes especializadas para as ações de média complexidade; falta de planejamento e comunicação interna; dificuldades inerentes à máquina administrativa e as ingerências político-administrativas da Prefeitura; falta de modernização administrativa, que redundava em falta de eficiência.

*Diria que a insatisfação salarial é uma coisa que emperra, as pessoas sempre colocam isso: que o salário é baixo, porque não sei o que, porque a gente não tem que se expor, porque a gente vai para locais perigosos, (...) isso emperra um pouquinho, até que ele faça um trabalho melhor (...) **Condições de trabalho**, exatamente e de salário, as pessoas se queixam muito de salário, mais de salário do que de trabalho, de condição de trabalho.[...] Eu acho que acaba voltando para aquela questão que eu te falei, da valorização, do **reconhecimento, da própria visibilidade da Vigilância**, saber quanto é importante a Vigilância Sanitária. Eu acho que isto, a **valorização do profissional** estimula você a crescer, a você ... e aí você pode cobrar mais, tem muita gente que pode dar mais do que faz aqui. E2 DS, E4 DS*

*Porque imagine tudo que você precisar ver, **conhecer profundamente num laboratório**, numa clínica, eu vou exigir que este mesmo técnico tenha todo o conhecimento que ele precise pra fazer **uma inspeção na indústria de alimentos**? Eu acho muito complicado!! [...] **É subestimado, acho que tudo isso passa pela questão do planejamento, da comunicação**, acho que é subestimado. Tem gente que trabalha muito bem, que pode trabalhar muito bem! **Tem gente que trabalhava muito, que não está trabalhando mais**. Só que acabaram os cursos, os programas acabaram, não existe programa nenhum. E6 DS, E10 NC*

*Aí demora muita coisa, gente! Aí vem a máquina administrativa: eu preciso de móveis, eu preciso de computador e que a secretaria, (...) tá num momento muito difícil e a prefeitura como um todo. Pra gente colocar isso em prática tá difícil, aí fica aquela coisa amarrada, você vai puxando, você caminha dez passos, “pôxa, vai acontecer”, aí volta cinco passos, porque eu preciso disso, preciso de computador, eu preciso de mesa, eu preciso de cadeira, eu preciso de telefone, eu preciso de internet. E12 NC.*

### 5.3.5 Determinantes dos problemas de organização do SMVISA

As causas apontadas pelos atores, no que concerne ao **incipiente cadastramento** do universo de objetos regulados pela VISA, vão, desde a insuficiente estrutura de apoio à insuficiência de RH, veículos, material, para realizar o cadastramento, a dificuldades para realizá-lo, devido à pressão da demanda do setor regulado, além de “atropelamento” das demandas do NC. Essa dificuldade em dar conta da demanda espontânea torna inviável a realização do cadastramento como uma atividade programada.

*Não foi adiante por conta do quadro técnico pequeno, a equipe pequena e a gente foi recebendo as demandas lá do Nível Central e a gente não conseguia dar conta, (...) sempre atropelado pela demanda que vinha do Nível Central e a gente não conseguiu concluir esse cadastramento. [...] Além de a gente ter disponibilidade, aí entra recursos humanos de novo, material que a gente vai precisar, que essas faltas de veículo já prejudicam coisas que a gente já poderia estar adiantando, a gente acaba perdendo e aí tendo que correr atrás do que já está atrasado aqui, não dá pra cadastrar outras. E7 DS, E4 DS*

*A gente aqui, lógico, só estamos com meio carro, mais difícil ainda a gente fazer um trabalho de cadastramento (...) porque a demanda do setor regulado está muito grande com esse, vamos dizer assim, esse “enxugamento” do carro. Nós temos aqui contratos, convênios, licitações, aí acontece uma toxinfecção, então a demanda é muito grande, e que a gente não pode parar essa rotina pra ir centrar um trabalho no cadastramento.[...] Isso devido à escassez de equipamento, de logística que nós temos, a gente tem um déficit muito grande, tendo em vista que a gente tem deficiência pra realizar inspeção nos estabelecimentos que já existem, quanto mais pra fazer cadastramento de novos estabelecimentos. E6 DS, E9 NC.*

Foi relacionada também a existência de entraves criados no momento político anterior. Há também a dificuldade de harmonização dos cadastros de estabelecimentos de Salvador, entre as várias instituições que teriam esses cadastros, a exemplo da SUCOM, JUCEB, EMBASA, COELBA. No caso dos estabelecimentos de saúde, isso se deve, segundo os entrevistados, ao não repasse, por parte da DIVISA, da relação dos estabelecimentos de média complexidade.

*Aí volta eu de novo ao momento político anterior: essa deveria ter sido uma ação prioritária quando se estava desenhando qual era o modelo que nós queríamos para a vigilância sanitária. (...) e a gente juntou aqui pessoas do Núcleo de Informação da Saúde e do Núcleo de Informação da SUCOM, pra que o diálogo fosse, inclusive, entre os núcleos de informação, porque conhecem os sistemas e aquilo que pode ser compactuado e os retornos não foram muito facilitados não, eu diria que houve dificuldade pra captura dessas informações. (...) Secretaria de Planejamento, por SUCOM, por JUCEB e que eles não tinham como nos dar esse banco de dados. (...) Se você for analisar outros bancos de dados, por exemplo, da EMBASA e da COELBA, cada um usa um banco de dados (...). Então, o problema não é só para o cadastramento dos estabelecimentos sujeitos a ação da vigilância sanitária, você tem muitos cadastros de vários sistemas operando em Salvador. E11 NC.*

A VISA tem um programa que foi adaptado para a realização do cadastro, o qual não contempla as informações solicitadas pelo SINAVISA. Como não houve ainda a implantação do SINAVISA, a causa principal seria a ausência de um sistema de informação na VISA, além da insuficiente informatização. Com relação ao setor informal, haveria a dificuldade de articulação com a SESP. Essa “descoordenação” com relação ao cadastramento pode ser explicada pela indefinição de atribuições do NC e, conseqüentemente, da baixa capacidade de direção, coordenação e controle do gestor da VISA.

*... não é fácil, primeiro porque, o programa que nós tínhamos, o ACCESS, ele não contempla, as informações que a gente tem no nosso banco de dados, ele não contempla o que é solicitado pelo SINAVISA, então precisa de muito mais informações. E12 NC.*

Um item considerado relevante para os atores foi o fato de a VISA, no momento atual, apresentar um **predomínio quase absoluto de ações fiscalizatórias, em detrimento do uso de outras tecnologias para o controle do risco sanitário**. Foram consideradas, especialmente, tecnologias como educação (popular) e comunicação em saúde, uso do laboratório oficial como rotina de apoio às ações e monitoramento. Os atropelos da demanda espontânea e equipes reduzidas são os grandes fatores responsáveis por esse problema, considerado grave, tendo-se em vista que os atores consideram impossível dar conta da missão da Visa, enquanto ação de saúde, com esse predomínio de ações fiscalizatórias:

*A atividade de educação que era realizada, assim ... um curso para feirante ...(...) Isto é uma gota num oceano. Não dá tempo da gente fazer esses trabalhos, não dá tempo da gente planejar ... a gente não tem tempo para isso. [...] As equipes são pequenas pra alcançar toda a demanda! Não só a demanda do setor regulado, como todos os tipos de agravos, os quais a vigilância deveria estar inserida, todos os tipos de trabalho diferenciados, porque, inclusive, a gente trabalha com setores diferenciados, regulados: alimentos, serviços, estabelecimento que comercializa o produto médico-hospitalar, saneantes ... são muitos tipos de estabelecimentos! E5 DS, E6 DS.*

Os atores apontaram, no que concerne à comunicação e educação em saúde, ausência de uma estrutura de educação sanitária, ou um Núcleo de Comunicação e Educação específico para a VISA, com conseqüente ausência de insumos educativos e qualificação para o trabalho em comunicação e educação em saúde. Um distrito relatou que havia também interferência (Política) no planejamento de ações educativas. Segundo esse ator, a ausência de discussões sobre o processo de descentralização da VISA, em Salvador, é um dos fatores determinantes para essa não estruturação da mesma<sup>60</sup>.

*Essa parte de educação a gente precisa desse apoio, a gente precisa de professores, de instrutores: nossa função é educativa, mas nós não somos educadores. A gente sabe ir lá e orientar, mas se você quer passar essa informação, a gente não tem recursos, a gente não tem recursos audiovisuais, a gente não tem folhetos, a gente não tem slides, a gente não tem ... sabe? (...) Não a gente ficar “capengando” e fazendo, a gente quer fazer o folder e aí a gente inventa, a gente cria à nossa moda, no amadorismo, porque nós não sabemos fazer. (...) Aí a gente distribuí aquelas cartilhas feitas à mão mesmo, aquela coisa de fundo de quintal, a gente fica até com vergonha quando vai fazer (...) faltam os insumos educacionais. A gente não tem recurso, você quer dar uma aula, um treinamento, você não tem a quem recorrer, porque existe um núcleo de educação na VISA Central, mas o que eles têm não é suficiente. E2 DS*

*Mas assim as discussões de descentralização de vigilância sanitária: elas ficaram muito aquém da expectativa da gente de discussão, ficou uma coisa muito teórica e na prática as coisas não vieram, não chegaram: os recursos não chegaram, as pessoas não chegaram, o carro demorou de chegar ... e quando chega não tem gasolina ... e fica difícil a gente querer articular qualquer coisa! (...) A gente fez todo o planejamento pra fazer um trabalho no Parque (de São Bartolomeu): dias e dias de reunião no Nível Central ... todo um compromisso! (...) E a Assessoria de Comunicação, segundo eu soube do Nível Central, achou que não seria bom politicamente fazer ali no parque, porque tinha alguma coisa de “sujeira de esgoto”! (...) E aí a decisão política foi mais forte que a decisão técnica ... e se desmanchou tudo! Então frustrou os ACSs, frustrou a comunidade e frustrou a equipe que tava altamente mobilizada pra fazer a atividade!! E1 DS.*

No que diz respeito ao setor informal, a desarticulação com a SESP é fator determinante para a não realização de ações educativas.

*Eu acho isso super importante, porque aqui [no DS] nós temos uma quantidade de estabelecimentos informais muito grande, de barraquinhas ... é, das pessoas que vêm e botam o seu tabuleiro lá na frente. Eu tentei entrar em contato com o pessoal da SESP, para realizar uma atividade educativa junto com eles, mas eu acho que isso é um problema a nível de governabilidade. Ele me recebeu bem, teve o interesse em resolver, mas não dá andamento no trabalho que deveria ser feito. E3 DS*

O incipiente processo de Planejamento/Programação, que leve em conta o conceito de risco, ou até a insuficiente compreensão do conceito de risco em Visa (ou compreensão mais ampla do conceito de risco sanitário), com o diagnóstico da situação de Salvador para

<sup>60</sup> Processo semelhante ocorreu com o SNVS, segundo Lucchese (2006).

os objetos de Visa, considerando as especificidades dos DSs, faz com que haja esse predomínio da fiscalização como tecnologia de intervenção.

*Por que ela deixa a desejar? Porque ela não tem o que ela precisaria ter desde o princípio: tem que se ter uma programação, um planejamento, um diagnóstico específico da situação de Salvador como um todo, diferenciando cada distrito no seu diagnóstico, no seu planejamento pontual. [...] porque ela não planeja as ações (...). O que eles entendem por risco é o que: por exemplo, alguém ... um surto, aí fica uma coisa mais concreta, aí o risco pra compreensão da vigilância, acho que vai muito nesse sentido: é um surto é uma toxiinfecção, é uma coisa grave naquele momento, mas não numa concepção de risco mais ampla. Não há esse tipo de plano, essa compreensão, eu acredito que não. E3 DS, E10 NC.*

Um determinante considerado importante foi a **centralização decisória no NC**, e conseqüente falta de autonomia dos DSs para aplicar outras tecnologias, como as ações educativas e exames laboratoriais. Além disso, destaca-se que as equipes são pequenas para dar conta da demanda e da complexidade das ações de Visa. Um item relacionado ao SNVS é a insuficiência de capacidade do Laboratório Oficial (LACEN). A não utilização do laboratório, segundo relatado por um ator, ficou mais grave nesta gestão, em conseqüência também da extinção dos “programas”: houve uma descontinuidade, com a mudança de gestão, de atividades consideradas efetivas como tecnologias de intervenção, entre elas, o desenvolvimento desses projetos, assim chamados na VISA.

*Não, eu acho que a parte de educação ainda tá muito “capenga”, acho que a parte de ... até essas relações com outras instituições, LACEN, por exemplo, pra você pedir um exame laboratorial, é uma coisa ainda que a gente não tem essa autonomia toda ... porque a gente tem que pedir pra Central, a Central encaminha, então é uma descentralização que tá “centralizada” em alguns aspectos, então você não tem autonomia pra determinadas ações. E4 DS*

*Como rotina não (...). Hoje não tem mais programa nenhum (...). Tinha o programa da ANVISA ... da carne ... de fazer monitoramento de alimento industrializado [...]. Talvez uma das coisas que esteja faltando sejam esses programas, que são eles que direcionam essa análise, essa coleta (...) tem o laboratório, que a gente só tem um laboratório, o laboratório Central [LACEN] que é de referência, que pode fazer essa análise de uma maneira oficial. Então, a gente não teria hoje dentro da realidade, isso não caberia na rotina ... E5 DS, E6 DS.*

A falta de estruturação da VISA (organização como um todo: recursos, logística) para realizar outras ações e deficiências na formação/ qualificação dos profissionais ou, até mesmo, dificuldades de horário para capacitação dos mesmos, devido a outros vínculos de trabalho, foram apontados pelos atores.

*Ela desenvolve ações, mas não integralmente, do risco sanitário como um todo não, até por causa da deficiência de recursos materiais, de logística, de equipamentos (...). Eu vejo que as ações de educação a nível de saúde são passadas ainda de forma tímida, essa é a palavra mais correta, a*

*gente precisa aumentar e isso passa também por uma organização de toda a instituição, de toda organização da Vigilância Sanitária. E9 NC*

*Primeiro pela própria formação acadêmica dos técnicos de vigilância sanitária, você não tem hoje ninguém saindo de graduação ainda sobre ... (...) você nunca faz em vigilância sanitária e os cursos de atualização, ou cursos de especialização, ou os cursos a distância, mesmo que eles estejam hoje muito maiores e muito mais visíveis, eles ainda não conseguem abarcar a todos os técnicos de vigilância,. (...) porque esse Fiscal de Controle Sanitário, ele não está voltado unicamente pra esse trabalho, ele tem sempre uma outra perna em outro lugar, o que dificulta inclusive você aproximá-lo do objeto do seu trabalho, como uma forma de qualificação; ele não tem um horário, você tem que dar a ele a capacitação no próprio horário de trabalho. (...) Ou você pára a ação da vigilância para treinar, ou você vai atuar no campo e ainda fazer a capacitação. A gente não tem fórmula ainda pra isso, a gente tá tentando se adequar. E11 NC*

**A insuficiente padronização das atividades** tem como uma das causas a resistência dos técnicos a essa padronização, até porque consideram que não houve um consenso sobre os roteiros que foram elaborados e por considerarem que, para a realização de uma inspeção com roteiros, seria dispendido um tempo maior e já foi relatado o descumprimento da carga horária, por razões relativas a baixos salários, entre outros. A incipiente organização do serviço e falta de infra-estrutura adequada, como por exemplo, a insuficiência de material de inspeção, além da não cobrança de resultados por número de inspeções por parte das chefias são outras causas apontadas, que mais uma vez se refletem na baixa capacidade gerencial.

*Tem uma resistência dos técnicos, tem uma dificuldade dos técnicos, porque eles não têm tempo, na verdade, a maioria deles está assoberbado com dois trabalhos e ... quando chegam aqui querem apenas fazer um número de inspeção e irem embora. [...] Existe uma resistência muito grande (...). A própria história da Vigilância Sanitária, né? (...) Primeiro porque a gente não cobra produtividade por número de inspeções. E3 DS, E12 NC*

*Há muita discordância sabe, do que tá no roteiro. Cada um enxerga de uma forma e, às vezes, não concorda com o que está ali e nem sempre você segue aquele roteiro. A gente procura sempre tá, a gente sempre discute lá no DS, sobre essa uniformização das ações, mas a gente ainda não conseguiu estabelecer assim um roteiro de inspeção que fosse aceito por todos e seguido. E7 DS.*

### 5.3.6 Determinantes dos problemas de gestão

**A não definição da missão** tem como uma das causas a descontinuidade administrativa, pelo não resgate do processo de construção da definição da mesma, iniciado na gestão anterior, com adaptações ou não, para a situação atual. Isso se reflete na incipiência do processo de descentralização da VISA/SMS, inclusive, com relação à

definição de atribuições do NC e dos DSs, pois que o documento previa essa definição. A falta de diálogo, comunicação e negociação interna dificultam as providências para que essa definição se concretize ou até mesmo para que a VISA cumpra sua missão de saúde, definida na Lei 8.080/90. Há inclusive o desconhecimento da importância do processo de estabelecimento de uma Missão Institucional, o que pode ser reflexo da falta de capacitação gerencial dos coordenadores da vigilância.

*Ficou na Instrução Normativa. (...) Não [foi dada continuidade] exatamente: a gente fez um trabalho, se tornou um trabalho de estruturação, inclusive, da descentralização da vigilância sanitária, se formou uma Portaria, né? Se construiu em forma de Portaria e ela nunca foi publicada (...). Nós fizemos [junto com Luís Eugênio] um trabalho excelente! Mais duas, três pessoas do ISC: (...): um trabalho de oito pessoas! (...) Mas não aconteceu, não aconteceu! Então, ficou toda estrutura montada ... inclusive, a arte estrutural, vamos dizer assim ... [foi] com base até na estrutura de Portaria da SEAD, tem aquele formatozinho, mas ficou assim “o neném” lá com nove meses, mas a “cesárea”, não aconteceu. E6 DS.*

Com relação à **dimensão política e jurídica da VISA**, no momento atual, os atores consideram que **não há interferência** política nas ações por parte dos gestores da SMS, como acontecia anteriormente. Apenas um ator revelou a insegurança quanto ao apoio político atual, devido à possibilidade de mudança de cenário, pela atual conformação política de Salvador.

*Agora todos nós até haveríamos de entender que nós estamos numa cidade como Salvador, que a conformação política do prefeito se fez com vários partidos políticos e que a nossa Secretaria está sendo conduzida por uma pessoa indicada do PT e que qualquer mudança nesse cenário certamente vai mudar os quadros outros de gestores, eu inclusive. E11 NC.*

Entretanto, a improvisação do setor jurídico da VISA, devido à ausência de um Núcleo Jurídico que dê conta das crescentes demandas da vigilância, foi considerado um problema relevante por todos os entrevistados. Não foi redefinido o organograma da VISA, de modo a contemplar as ações a serem assumidas com a habilitação da SMS à Gestão Plena (anexo 12). Conseqüente a esse problema e a outros relacionados, há falta de capacitação dos técnicos para redigir autuações, notificações e imposição de penalidades, fundamentais para a concretização do poder de polícia. Os AIs são, muitas vezes, anulados, em decorrência desse problema. Os atores consideram que não se realizam avaliação e acompanhamento do processo administrativo, que seriam atribuições do NC. A centralização administrativa faz com que os AIs sejam julgados no NC, com atraso, o que tem ocasionado a falta de resolutividade do mesmo e conseqüentemente falta de

credibilidade da VISA. Este problema repercute no financiamento das ações, pela ausência de “Fato Gerador”, proveniente das taxas de multas e porque a VISA deixa de receber a contrapartida financeira por parte da ANVISA. Há um desconhecimento dos princípios da Administração Pública (legalidade e legitimidade)<sup>61</sup> por parte dos técnicos e falta de proteção jurídica ao fiscal. A falta de um advogado específico para apoiar a vigilância e, até mesmo, o aproveitamento de técnicos que haviam sido capacitados em um curso de especialização em Direito Sanitário são fatores importantes e são problemas que estão relacionados com a descontinuidade administrativa, já citada anteriormente.

*Nós não temos um núcleo jurídico que nos dê esse apoio ... nós temos é um técnico (...) que entrou no quadro da vigilância sanitária, como médico veterinário ... ele tem outra formação, (...) ele é bacharel em direito (...) não por função, por ter um “Núcleo Jurídico”, de apoio ... existe, se eu não estou enganada, tem a Procuradoria do município, mas nada, assim, específico para vigilância sanitária. Ela dá todo esse apoio jurídico ao gestor, ao secretário. (...) Temos outras pessoas que têm curso de especialização em direito sanitário. Mas ... trabalhando junto com o processo administrativo, hoje, que eu saiba nenhuma dessas pessoas que têm o curso de especialização em direito sanitário. (...) As outras pessoas que fizeram o curso, todas, hoje estão distanciadas da área. E6 DS*

*Em relação ao encaminhamento dos processos administrativos, depois que se emite o auto de infração é uma lástima! Porque isso leva a gente a ver que todos os resultados, seja porque os técnicos não estão capacitados e não fazem um auto-de-infração correto e aí causa uma nulidade, seja porque, na verdade, a gente não tem um setor específico para avaliar isso, nós acabamos sempre dando advertência e sem credibilidade no mercado, sem credibilidade ... e você nunca gera multa nem nada! Nunca! E3 DS.*

**Os problemas relativos à incipiente articulação** da VISA, ou, segundo os atores, à falta de continuidade dessas articulações, são ocasionados por diversos fatores, a depender do tipo de articulação. De forma geral, são atribuídos à falta de definição de papéis e delegação de responsabilidades, da ausência de setores específicos dentro da VISA. Esse fato, por sua vez, diz respeito à indefinição de um organograma que contemple setores de coordenação das atividades. Contribuem para esse quadro a falta de respaldo jurídico na implementação de novas ações que requerem articulação e a pouca visibilidade da vigilância, enquanto ação de saúde, na SMS e nos demais setores da Prefeitura. Esse fato criaria uma resistência de outros setores à articulação. Outros fatores, como: o processo tardio de descentralização da VISA, a “burocracia” do serviço público, a falta de Planejamento dentro da Vigilância em Saúde e a priorização à demanda espontânea foram citados.

---

<sup>61</sup> GRANJEIRO, 2003.

*Nunca pedimos ajuda para eles ... apoio. Talvez seja até um erro nosso, que a gente precisa se aproximar mais deles ... a ANVISA ... o que a gente usa muito são os recursos da legislação.[...] Mas as ações não são discutidas, não são planejadas juntas, não são pensadas juntas, é como se fossem saberes totalmente diferentes, olhares totalmente diferentes sobre um mesmo objeto. Então assim, eu acho que não há uma articulação nem mesmo da Vigilância à Saúde. Com Zoonoses [CCZ] a gente vai fazer uma coisa, “ah é pra Zoonoses”, mas porque não sentar junto com a Zoonoses e planejar? Porque não agir junto com a Zoonoses? Ou com a vigilância epidemiológica? E2 DS, E10 NC.*

**Assim, com relação ao CCZ, há:** centralização do CCZ, que dificulta a articulação nos DSs, criando um “isolamento”, assim como a não atribuição de “fiscal de controle sanitário” ao seu quadro de técnicos, que faz com que ele não tenha o poder de polícia e recorra à VISA, quando for necessário a utilização deste. A VISA, em ações conjuntas, ficaria com a ação eminentemente fiscalizatória, o que motiva conflitos internos. Com relação à Vigilância Ambiental em Saúde (VISAMB), recentemente criada como uma sub-coordenadoria, semelhante à VISA, também verificou-se um desconhecimento acerca da necessidade do exercício do poder de polícia.

*O centro de controle de Zoonose trabalha de forma isolada: são eles e eles e acabou! (...) A dengue tá aqui ... junto com a gente ... no mesmo espaço ... Pergunte o que tá acontecendo na dengue? O pessoal do CCZ vem aqui, sobe, faz reunião ali com a dengue, e desce e vão embora ... nenhuma satisfação!! [...] Porque o CCZ perdeu o poder de polícia, o CCZ não pode mais autuar, nem interditar, nem apreender nada, eles precisam do nosso apoio pra isso. A gente não pode dizer que só se restringe a isso, mas a rotina deles está sendo transferida pra nossa, porque eles não têm autoridade sanitária pra assinar etc e tal, e a gente acaba tendo que sair com essa demanda extra pra acolher as demandas deles. Agora tem um problema, que essa chefia que tá aqui ... a chefia dos distritos: chefia da Vigilância Sanitária e Zoonoses, só que tem equipe de vigilância sanitária e não tem equipe de Zoonoses no distrito. A Zoonoses não está descentralizada. E1 DS, E5 DS*

*[VISAMB] Acho que ela deve e terá poder de polícia, são coisas que devem ser trabalhadas. Como é um tipo de vigilância nova e depende de uma instituição, isso vai levar um certo tempo até que se faça todas as regras necessárias pra que a vigilância ambiental possua o poder de polícia. (...) Hoje, a gente utiliza, a gente tem a vigilância sanitária próximo, a gente pode poder utilizar o poder de polícia da vigilância sanitária, quer dizer, a gente vai fazer uma articulação intersetorial, acionamos a vigilância sanitária, é uma possibilidade. E9 NC.*

No caso da **articulação com os coordenadores do SNVS**, a ANVISA e, no caso da Bahia, a DIVISA, há falta de solicitação de apoio por parte dos DSs à DIVISA, por questões relacionadas à autonomia dos mesmos. Também é apontada a falta da parceria com outros níveis do Sistema, o que gera descumprimento do que diz a legislação, no tocante à implementação de novas ações, como monitoramento de propaganda e de alimentos, essenciais na GPSM. Segundo os atores, não está havendo coordenação e acompanhamento do nível estadual do Sistema. Os conflitos de poder, segundo explicitaram dois atores, criam um empoderamento por parte do Estado, com

intensificação da “timidez” da vigilância, que se sente desprestigiada. A dificuldade de comunicação entre VISA/DIVISA compromete a articulação. Foi citada também a priorização do diálogo da ANVISA com a DIVISA, em detrimento do Município. Segundo um ator, **há falta de visão sistêmica**. O papel da ANVISA é limitado a “ditadora de normas” que, muitas vezes, não podem ser cumpridas, devido ao volume das mesmas e pouca capacidade de resposta dos municípios, estando sua visibilidade restrita a Portos e Aeroportos.

*Nós estamos recebendo diversas atribuições que nós não sabemos como colocar em prática. Por exemplo: monitoramento de propaganda de medicamentos e de alimentos que nós recebemos e que a ANVISA chegou e disse que a gente tinha que olhar isso, isso e isso. Aí eu perguntei a ele: o que é que está sendo feito para a gente fazer isso? Ele disse que a semente já tinha sido plantada e falei como? Se eu não vi semente nenhuma (...). Não, a ANVISA não é parceira, no momento que ela passa para mim, não me dá estratégia de trabalho e a DIVISA acha, apesar de ela ter me dito “não, já foi avaliado que isso é um problema, esse monitoramento das ações”, mas não estamos fazendo tipo um por cento dessas ações! Eu tenho consciência que tenho tentado orientar, mas não tem respaldo jurídico. E3 DS*

*Em relação à Divisa, além dessa desarticulação, acho que é uma questão assim de hierarquia subjetiva, de poder simbólico (...). Eu questiono muito o papel da Divisa, assim, ela vem como se fosse detentora de um poder de conhecimento que eu acho que é só mais fachada e (...) tem uma outra questão: (...) eles ao longo do tempo, vêm se preparando pra cursos, cursos e mais cursos com o conhecimento que tem sido passado bastante pela Anvisa, que seria pra ser repassado pros municípios. Só que aí é como se fosse um poder, é o poder que me colocou num status hegemônico em relação aos outros, e eu não quero abrir mão desse poder. No momento que eu repasso pros municípios esse conhecimento, eu divido meu poder, e eu não quero isso! (...) Então a visão não é de sistema, a visão dos técnicos da DIVISA é como assim é de blocos mesmo: a ANVISA tá hierarquicamente superior, a DIVISA hierarquicamente superior ao município, e o que eu quero é manter essa minha superioridade. E10 NC.*

**Com outros setores dentro da Prefeitura**, os problemas são especialmente atribuídos também a conflitos de poder, a exemplo do que acontece com a SESP<sup>62</sup>, comprometendo a articulação: falta de definição de prioridades, com mais uma vez a demanda espontânea, interferindo no cotidiano das ações; e falta de priorização de ações para o setor informal, comprometendo a articulação com o mesmo.

*Pra vigilância o setor informal não é prioridade (...). A gente tem tentado (...) aí me desviam pra outras coisas que são “prioritárias”, sempre coisas vão ser mais prioritárias (...). Eu como técnico, eu proponho. Então, pra efetivar uma política de implantação de uma vigilância sanitária para o setor informal, isso precisa de uma ação de coordenação! (...) Porque se você cria um setor pra coordenar um trabalho específico pra um setor, existe um planejamento, uma ação planejada, você programa e aquilo, o planejamento, passa a ser a prioridade. Só que no momento que você tá com uma ação sua planejada dentro de uma confusão como tá aqui, quebra a ação, porque você tá*

<sup>62</sup> Para um conhecimento detalhado da articulação da VISA com outros setores da Prefeitura de Salvador, a exemplo da SESP e LIMPURB, consultar o estudo de Teles (2006).

*aqui mas “ah não é prioritário, você tem que primeiro ver fulano que ligou chamando um técnico pra inspeção lá no Pelourinho”, “ah mas você não pode ir pra isso hoje, porque não tem carro, porque seu carro foi pra tal coisa que era prioritária”. E10 NC.*

**O incipiente Planejamento** da VISA deve-se muito à impossibilidade de implementação do que se planeja, devido a restrições da equipe e pelo volume da demanda espontânea. Não há critérios de avaliação. Os atores falaram em: “auto-avaliação”, de forma amadorística. Foram relacionadas também as limitações de recursos materiais, financeiros e humanos da VISA, que comprometem a institucionalização do Planejamento.

*Mas assim ... a gente não tá conseguindo dar conta da demanda mínima! A gente fica sem conseguir se mexer na direção de executar essas coisas que a gente sentou, pensou, planejou, idealizou! A gente não consegue! A restrição da equipe é muito grande!! (...) A gente fica desanimado! Porque a gente não tá conseguindo dar conta nem de atender, de liberar alvará de uma farmácia que pede inspeção pra poder liberar um alvará!! E1 DS*

*Todos os técnicos envolvidos e a avaliação, nós fazemos avaliação! Não sei se o distrito nos avalia [a Coordenação do DS]. Não foi passado para a gente ainda, mas nós nos avaliamos, nos auto-avaliamos. E2 DS.*

Não há definição de metas a serem atingidas. Ocorre até mesmo a ausência de troca de informação entre os coordenadores da VISA sobre os relatórios para determinação de objetivos gerais e específicos e ausência de reuniões e estratégias de trabalho, refletindo uma baixa capacidade de coordenação, direção e controle. Os atores se queixaram também da insuficiente capacitação em Planejamento, inclusive foi citada a pouca importância que a ANVISA dá ao planejamento das ações de Visa.

*Se você não tem uma troca de informação entre sua coordenação e subcoordenação e a chefia sobre esses relatórios, o que é que foi visto, como você pode dizer que isso vai dar continuidade? Nunca! Inclusive, o anual, para que, em cima disso, nós, além de darmos uma meta, um objetivo comum, nós determinarmos objetivos específicos para cada distrito. (...) Nós não temos ... não temos reuniões para a gente saber... nós não temos estratégias de trabalho, porque tudo leva a uma coisa só, você tem um objetivo ... para você chegar a esse processo e ao resultado que você botou, você tem que ter uma estratégia de trabalho para você chegar e tem que dar um prazo de cumprimento. E3 DS*

*A única coisa que eu tive de planejamento foi um curso que a gente fez, que foi oferecido pros gestores, de planejamento, que a gente vê aquela parte de planejamento estratégico e tal e que quando eu voltei do curso eu tentei fazer, mas assim, é uma coisa que a gente percebe que também precisa andar bastante ainda. E4 DS*

*A gente não teve na verdade um monitoramento desse pacto [PPI/Visa], você só ia ver essas ações, na verdade, no ano seguinte, quando você repactuava e novamente você não sabia o número*

*de estabelecimentos cadastrados, nem facilidades, nem dificuldades. Não se fazia um plano de ação pra dar conta do que você pactuou, como você tem com a PPI da vigilância epidemiológica. A vigilância epidemiológica você tem supervisão do Ministério, a cada seis meses. (...) Por que a ANVISA não dá a devida preocupação à questão do planejamento? E11 NC.*

A incipiente **articulação com o CMS e a Ouvidoria** é atribuída: à **baixa capacidade de coordenação** e se reflete na falta de qualificação dos profissionais da VISA, para trabalharem com o controle social (CS); à **descontinuidade administrativa**, apontando-se que se estabelece um vínculo inicial, mas não se dá continuidade, até por “atropelamento” das atividades cotidianas, causado pela pressão da demanda espontânea; falta de condições ofertadas para que a VISA atue junto à comunidade e a pouca visibilidade da vigilância sanitária, enquanto ação de saúde.

*... é necessário que venha de cima para baixo essas necessidades ... e padronização dessas ações, porque as pessoas não sabem gerenciar!! Ninguém sabe gerenciar bem! Para você poder gerenciar você tem que ter treinar, você tem que ter um espelho, você tem que ter um exemplo, você tem que ter, às vezes, uma pessoa te dando sugestão para você começar a fazer esse tipo de ação e fazer acontecer. As pessoas acham muito difíceis essas articulações, porque são, porque mexem com o emocional de todo o mundo! Você vai ter um monte de dificuldade. E3 DS*

*Porque eu acredito que não tenha muita visibilidade, faz um trabalho de bastidores, faz um trabalho que não é percebido politicamente. A população só percebe quando ela se sente incomodada, ou a vigilância atuou em excesso, ou faltou. Então assim, não tem uma integração, não é como uma unidade de saúde que tá ali funcionando: você vai, marca seu médico, isso é bom pra você, então, é bem diferente! E6 DS.*

Considera-se que a **indefinição de atribuições do NC e DS** deve-se à **ausência** de debate acerca do processo de descentralização da VISA, que, segundo um dos entrevistados, ficou restrita ao CCZ, que, apesar disso, não descentralizou suas ações para os DSs. A descontinuidade administrativa favoreceu o não resgate da Instrução Normativa, que se transformaria em Portaria para a definição do processo de descentralização da VISA, onde se definiam as atribuições do NC e DS. A falta de coordenação do NC se reflete na ausência de apoio aos DSs. Um ator considerou que, no momento atual, o que existe é o não cumprimento do Regimento Interno da SMS que define algumas atribuições para o sistema, no que compete à vigilância, por desvio das chefias com atividades administrativas.

*as discussões sobre descentralização de vigilância sanitária não avançaram! (...) Demandas pontuais (...) a grande falha nessa articulação é: as pessoas vieram, mas não houve uma discussão de descentralizar a vigilância. Sim, como é que vai ser? (...) Isso não foi sistematizado, até que ponto é aqui e daqui pra que a gente possa passar pro outro nível .... como é isso? (...) Porque a vigilância sanitária não participou ... a maioria das discussões polarizou em Zoonoses! Que não*

*descentralizou ninguém! Não mandou ninguém até agora! Não descentralizou! A vigilância descentralizou mas não discutiu a descentralização! Porque a maioria das reuniões que aconteceram, de discussão, não tinham representante da vigilância sanitária do Nível Central! E1 DS*

*A gente tá com dificuldade de ligar e encontrar um chefe do setor. A gente sente que é um momento mesmo de transição deles, a gente compreende, mas estamos nos sentindo meio assim ... sem norte, e isso não é uma opinião pessoal não, eu tô colocando uma opinião já discutida com os outros chefes de distrito e que estão sentindo a mesma coisa: muitas vezes a gente busca um apoio na Central e não tá acontecendo, ou se acontece, leva muito tempo. E6 DS*

*Definição de atribuições, ela existe, você pega o regulamento e todo mundo sabe que tem que fazer! (...) Eu diria que nós aqui do Nível Central (...) existem falhas ainda muito grandes! (...) Talvez por você ter falta de grupos de trabalho aqui dentro, as chefias se sobrecarreguem de atividades administrativas e aí essa etapa de ir ao monitoramento, onde está acontecendo as suas ações, deixem de acontecer.(...) Em que momento é que a chefia de alimentos saiu daqui com um grupo de trabalho e foi ao distrito sanitário sentar com a equipe e ver como é que isso tá fazendo? E12 NC.*

Como o **SINAVISA não foi implementado** e não há um sistema padronizado para a VISA, os atores consideram que a falta de organização do processo de trabalho ocasiona perda de processos administrativos e conseqüente perda de dados, especialmente dos DSs. A insuficiência de pessoal administrativo, com desvio de função de técnicos de nível superior e a insuficiente capacitação dos técnicos administrativos, que existem, favorecem essa “desorganização”, inclusive com centralização de dados dos DSs no NC e lentidão dos processos, como liberação de alvarás etc. Como conseqüência, não há troca de informação com os DSs. A falta de padronização das ações repercute na perda de dados da VISA, assim como a insuficiente informatização (recurso material). As dificuldades de implantação do SINAVISA são também devido a questões administrativas da SMS, como o pouco envolvimento do NGI, repercutindo, inclusive, nas dificuldades inerentes ao cadastramento da VISA.

*Como que eles podem fazer uma organização e dar as informações que eles estão dizendo que têm, se existe, na verdade existe uma perda enorme de processos dentro da VISA Central! [...] O que está faltando é operacionalizar melhor esse sistema de informação. Está precisando a gente capacitar melhor esse pessoal que está aqui no administrativo. E os próprios técnicos de nível superior que estão atendendo o usuário (...). Os níveis superiores que estão trabalhando hoje no atendimento ao público, eles não repassam as informações de forma padrão como tem que ser. E3 DS*

*Não é fácil, primeiro porque o programa que nós tínhamos, o ACCESS, ele não contempla as informações que a gente tem no nosso banco de dados, ele não contempla o que é solicitado pelo SINAVISA (...) E aí paralelo a isso é o que a gente vai buscar, que é um cadastramento já (...) a questão administrativa mesmo: a gente precisa do NGI, tá envolvido, a gente precisa de pessoas e tá acontecendo esse processo e que tem urgência! E12 NC.*

## 5.4 OS ATORES FAZEM PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

A seguir, elencaremos uma série de propostas sugeridas pelos atores sociais da VISA, no transcorrer da entrevistas. Salientamos que estas propostas dizem respeito ao Sistema de Visa de Salvador, sem entrar na especificidade de cada distrito sanitário, para o que seria necessário um trabalho mais detalhado, que foge aos limites deste apresentado. Cabe destacar que os atores revelaram grande interesse em apresentar propostas, o que evidencia as potencialidades do quadro de profissionais. Observe-se que, através da análise destas tabelas, o nó crítico identificado pelos atores é a sua estrutura de recursos humanos, necessitando de um olhar especial pelos gestores do sistema, e a pouca contribuição com relação às demais infra-estruturas, até porque depende de recursos que são sempre escassos no setor saúde. Isto pode ser revelador de que as questões relacionadas ao material humano são relevantes para melhorar a qualidade do sistema, especialmente, questões subjetivas do agir em saúde. Chama também a atenção o teor das propostas relativas aos problemas de gestão que podem ser considerados outro nó crítico do sistema.

### 5.4.1 Propostas para a infra-estrutura material, física e financeira do SMVISA

<b>Recursos materiais</b>	⇒ Planejamento do gasto de combustível da VISA, levando em conta a especificidade de seu trabalho e distância dos DSs e previsão da cota de combustível para estes distritos, com abastecimento semanal, para evitar inclusive os atrasos ocasionados pelas filas; descentralização do abastecimento; adequado encaminhamento da infra-estrutura com implementação de procedimentos administrativos.
<b>Recursos físicos</b>	⇒ Consolidação do processo de distritalização e planejamento do espaço físico para as atividades da VISA que leve em conta o processo de trabalho e atendimento do setor regulado.
<b>Recursos financeiros</b>	⇒ Aumento dos recursos para a vigilância sanitária pelo MS; consolidação do processo de distritalização com real autonomia administrativa e financeira para os DSs, gerando empoderamento dos atores; transparência (publicização) dos recursos; controle pelos gestores e capacitação para a gestão dos recursos da Visa.

Quadro 1: Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de infra-estrutura.

### 5.4.2 Propostas para o desenvolvimento de recursos humanos do SMVISA

<b>Quantitativo/ qualitativo</b>	⇒ Realizar concurso para nível superior em formações profissionais que não estão contemplados no quadro atual, a exemplo do bacharel em direito; investir os profissionais de Atendimento Integrado na carreira de fiscal, obedecendo às prerrogativas legais para a função ou realizar concurso específico para fiscal, estabelecendo a priori a área de formação.
<b>Relação nível superior / nível médio</b>	⇒ Realizar concurso para profissionais de nível médio com qualificação em Visa (“auxiliar de vigilância sanitária”), para apoiar as atividades do nível superior; realizar concurso para nível médio profissional em áreas que mantêm interface com a Visa, a exemplo do técnico em radiologia, técnico em patologia, enfermagem e construção civil; aumentar o quadro de profissionais de nível médio apoio administrativo, para atender adequadamente as demandas administrativas e burocráticas da VISA.
<b>Vínculo e jornada</b>	⇒ Como alternativa à insuficiente jornada de trabalho, realizar um trabalho definindo metas a serem cumpridas, ao menos de forma quantitativa, pelos técnicos em cada área da atuação: semanais, mensais anuais; garantir os direitos dos profissionais de Visa estabelecidos legalmente pelo SNVS e cobrar horário e produtividade de forma consistente; estabelecer a jornada de 20H ou 40H, a fim de estimular o profissional e não dar margem ao não cumprimento da carga horária; dedicação exclusiva para os gestores de VISA, coibindo outros vínculos para este cargo e melhorando os incentivos.
<b>Motivação para o trabalho</b>	⇒ Os gestores têm que exercer um trabalho de motivação da equipe, não só em palavras, mas sobretudo, apresentando propostas viáveis de trabalho e estimular os técnicos a criarem uma consciência de aperfeiçoamento permanente; utilização do planejamento e do agir comunicativo como processo motivador; realização de reuniões periódicas com a equipe por parte do gestor, a fim de promover maior interação entre a equipe.
<b>Capacitação</b>	⇒ Estabelecer cooperação técnica com a academia (UFBA, CEFET) para qualificação permanente do quadro, tanto de nível superior como o médio e viabilizar o mestrado profissional em Visa; realizar as capacitações em consonância com o universo regulado pela VISA em Salvador, verificando as necessidades específicas e avaliando os resultados; organizar as capacitações de forma que respeitem prioritariamente a área de formação do profissional, criando setores específicos em cada área e definindo especialistas, sem abrir mão da qualificação geral do quadro em todas as áreas; estabelecer um tratamento diferenciado para a capacitação do quadro de profissionais de Salvador, tanto pela DIVISA, como pela ANVISA, especialmente nas ações de média e alta complexidade, levando em conta a complexidade da rede de serviços; estabelecer um prazo para acompanhamento, por parte da DIVISA, nas inspeções realizadas nos estabelecimentos de média complexidade que foram passados do Estado para o Município.
<b>Distribuição</b>	⇒ Estruturar o quadro de profissionais de forma diferenciada por DS, distribuindo o pessoal, cargos e organograma, levando em conta a especificidade de cada DS: extensão territorial, demandas e características sócio-econômicas; com relação ao quadro de gestores, criar-se subcoordenações e chefias para a VISA nos DSs, especialmente, os periféricos, como estímulo à formação de grupos maiores.

<b>Autonomia</b>	⇒ Estimular o quadro de profissionais a trabalhar por projetos e programas em áreas específicas, visando à maior satisfação profissional e maior resolutividade das ações.
<b>Salários e PCCS</b>	⇒ Resgatar os incentivos da SMS a quem trabalha na periferia, a exemplo do Adicional de Periferia; o PCCS da SMS deve contemplar as especificidades do profissional de VISA, respeitando questões relativas à produtividade em Visa, estabelecidas pelo SNVS, insalubridade e/ou periculosidade.
<b>Ética no serviço</b>	⇒ Abordar as questões relacionadas à ética profissional em Visa, inclusive com maior envolvimento do gestor para essas questões e promover a elaboração de um código de condutas para os profissionais, de forma a coibir vínculos de responsabilidade técnica com o setor regulado pelos fiscais da VISA.
<b>Utilização do potencial</b>	⇒ Estimular a autonomia do quadro de profissionais de forma democrática e participativa.

Quadro 2: Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de DRH.

### 5.4.3 Propostas para a organização do SMVISA

<b>Cadastramento ou o universo do setor formal e informal</b>	⇒ Promover a articulação com o PACS/PSF e formar parceria com os ACS, especialmente no controle de riscos na área de alimentos, tornando-os multiplicadores em segurança alimentar e para a concretização do cadastramento de Visa; priorizar o planejamento do cadastramento dos objetos de Visa, construindo um “mapa” de estabelecimentos, num esforço conjunto de técnicos e gestores; articular com a SESP, SEDES, EMTURSA para a realização do censo dos objetos de Visa do setor formal e informal.
<b>Tecnologias de intervenção</b>	⇒ Priorizar ações educativas como tecnologia para controle de riscos, especialmente em escolas, academias, salões de beleza; planejar durante o ano a organização das festas populares, especialmente o carnaval, priorizando ações educativas para maior controle de riscos e visando à maior credibilidade junto ao setor regulado, que está se tornando cada vez mais estruturado nestas épocas, com aumento de demandas para a Visa; priorização dos programas para melhorar o controle da qualidade de produtos (monitoramento) através da análise fiscal; continuidade e expansão de programas, como o realizado com salões de beleza em um DS.
<b>Padronização de atividades</b>	⇒ Criar, no organograma da VISA do NC, Núcleos: de Comunicação e Educação em Saúde, Jurídico, Administrativo/Contábil; estabelecer a aprovação de projetos de construção, reforma e ampliação para estabelecimentos de alimentos, realizando parceria entre os fiscais e engenheiros para a melhoria da qualidade.

Quadro 3: Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de organização.

#### 5.4.4 Propostas para a gestão do SMVISA

<b>Missão institucional da VISA</b>	⇒ Definir a Missão da VISA, resgatando a Instrução Normativa que foi construída na gestão anterior.
<b>Apoio político e estrutura jurídica de apoio às ações</b>	⇒ Melhorar a qualidade do atendimento ao setor regulado e à população, aumentando a “satisfação do usuário” dos serviços da VISA; aumentar a agilidade na tomada de decisões; capacitar os gestores da VISA em todos os níveis em gestão e administração; promover a motivação da equipe de VISA, estimulando as potencialidades; criar um Núcleo Jurídico para a VISA, com advogado próprio e aproveitando os profissionais que têm especialização em Direito Sanitário e tornar efetivo e ágil a tramitação do Processo Administrativo, descentralizando-o, aumentando o suporte para os fiscais e a credibilidade das ações fiscalizatórias.
<b>Articulação: intrainstitucional, interinstitucional, intrasetorial</b>	⇒ Promover a articulação entre NC e DS, melhorando a comunicação interna e a informação; aumentar a visibilidade da VISA com outros setores dentro e fora da saúde, promovendo palestras e debates na área, com envolvimento de todos; promover a articulação intrainstitucional, com o PACS/PSF e outros setores da SMS; promover articulação intersectorial: Ministério Público, especialmente para o controle de riscos em creches e asilos de forma planejada e contínua, com a Secretaria do Meio Ambiente, com a SUCOM, estabelecendo com essa um alinhamento com relação à liberação de alvará para o setor formal e com a SESP para o setor informal, especialmente, as feiras-livres; promover a articulação interinstitucional, especialmente com os outros níveis do SNVS, incluindo a participação dos DSs e aumentando o empoderamento do nível municipal.
<b>Instituição do Planejamento/Programação/Avaliação</b>	⇒ Promover a “Análise da Situação de Saúde” dos objetos de VISA para Salvador e realizar um planejamento participativo com técnicos e gestores da VISA para seu enfrentamento, de acordo com a realidade sanitária de cada DS e avaliando os resultados periodicamente; construir o Plano de Ação para a VISA, em consonância com o PDVISA/ SMS e o PMS de Salvador; realizar conferências distritais para a realização de fóruns em vigilância sanitária para Salvador, com amplo debate.
<b>Controle social, ou seja, articulação com a Ouvidoria e Conselhos de saúde municipal, distrital e local</b>	⇒ Aumentar o controle social da VISA através da articulação com a população, com os Conselhos de Saúde e com a Ouvidoria - se possível criar uma Ouvidoria específica para a VISA - capacitando os ouvidores para as demandas da VISA e planejando ações, de acordo com estas demandas.
<b>Definição das atribuições do nível central e distritos sanitários</b>	⇒ (Re) definir as atribuições do NC e DS em consonância com as novas atribuições da VISA na GPMS e definindo o papel do NC, como o de coordenador, planejador, qualificador e avaliador do sistema de VISA em Salvador; descentralizar a VISA efetivamente, com autonomia financeira e administrativa; criar uma equipe no NC para planejar ações nas feiras-livres e setor informal, que daria suporte aos

	DSs, estabelecendo ações planejadas em cada território com a ADAB, CCZ, SESP, IBAMA; estabelecer equipes (Núcleos) para cada área de atuação da Visa do NC (alimentos, medicamentos, serviços e equipamentos médicos, radiações ionizantes, equipes para feiras-livres, creches etc) que darão suporte aos DSs e estabelecer metas e cobrar resultados dos técnicos, com prazos definidos.
<b>Implantação de um sistema de informações que organize os dados gerados no cotidiano dos serviços</b>	⇒ Implementar um sistema de informações padronizado para a VISA para melhorar a consolidação dos dados gerados nos serviços diariamente e que devem ser enviados semanalmente para atualização do banco de dados do NC, enquanto o SINA VISA não é implementado.

Quadro 4: Propostas dos atores para o enfrentamento dos problemas de gestão

## 6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Análise da Situação Atual do Sistema Municipal de Visa de Salvador indica que há uma série de problemas de ordem estrutural (material, física e financeira), do processo de organização dos serviços e na gestão do sistema. Se compararmos com o que é preconizado pelo SNVS para o processo de descentralização das ações de Visa e pelo que diz o marco teórico e conceitual desenvolvido até então, poderemos concluir que a Situação Atual está distante da Imagem Objetivo preconizada nas normas e pelos teóricos desse campo.

Com relação à comparação entre as evidências analisadas - Planos Municipais, Relatórios, Mapeamento dos atores e entrevistas, os dados obtidos nos permitem afirmar que há contradições entre o que dizem os relatórios e o que dizem os atores e que os Planos não refletem a análise dos problemas do sistema de Visa local e as ações que devem ser desenvolvidas pela VISA, para dar conta da sua missão enquanto ação de saúde. Especialmente, no que concerne ao Plano B, causa surpresa a pouca participação da vigilância sanitária no processo de elaboração e as limitadas atribuições, enquanto órgão responsável e envolvido na operacionalização das ações, principalmente, no que concerne ao Módulo I: Vigilância e Proteção da Saúde. Com isso, praticamente não aparecem propostas de articulação da VISA com outros órgãos da Secretaria, de modo que a VISA contribua para a mudança do modelo de atenção à saúde de Salvador, a exemplo de ações articuladas com a vigilância epidemiológica, CEREST, vigilância ambiental e CCZ. Nos outros módulos, o Plano não apresenta propostas de articulação da VISA com a assistência ou com o sistema de auditoria, áreas em que a VISA poderia cumprir um papel relevante no controle da qualidade dos produtos e serviços oferecidos pelo SUS municipal. Especialmente com relação ao controle do uso de equipamentos médicos, caberia a inclusão das ações de Visa, visando à redução do conhecido impacto iatrogênico para o usuário e o aumento de custos para o sistema ocasionados pela utilização inadequada (LUCCHESI, 2001).

Os relatórios, além de não refletirem o que é determinado nos Planos, não fazem menção a problemas do serviço de VISA, não analisam o que é descrito, não oferecem sugestões, além de apresentarem dados que foram contestados pelos atores nas entrevistas, como, por exemplo, com relação à superação das metas de cadastramento dos objetos de

Visa, o uso do laboratório como suporte às ações e às articulações desenvolvidas: os atores revelaram que são pontuais, sem planejamento e sem continuidade. É necessário melhorar a qualidade dos relatórios, para que eles reflitam o que de fato ocorre na VISA e o que lhe é atribuído no Plano, enquanto ação de saúde.

O mapeamento dos profissionais do sistema, por sua vez, reflete a pouca estruturação dos recursos humanos da VISA, o que foi ratificado nas entrevistas. Constatase que o processo de descentralização vem ocorrendo lentamente. Embora tenha sido iniciado em 1996, ainda há distritos sem equipes de Visa e mesmo nos que contam com RH da área, verificam-se fragilidades tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, em virtude da desproporção entre pessoal de nível superior e médio.

Do ponto de vista dos atores, a análise da situação indica que a VISA apresenta problemas que necessitam de um enfrentamento pelos gestores do Sistema, aqui representados, tanto pelo gestor local, quanto pelos gestores do SNVS em todas as categorias analisadas. Apesar do momento político ser favorável a uma gestão mais participativa, a VISA carece de capacidade de gestão, tanto na sua dimensão formal, através da direção, coordenação e controle, quanto na dimensão informal, pela liderança, negociação e comunicação (DE SETA; LIMA, 2006). Poder-se-ia dizer que esse seria o determinante maior dos outros problemas, alinhado a uma conjuntura política centralizadora e autoritária da gestão anterior, ainda que as deficiências estruturais sejam agudas.

Analisando a persistência de problemas de infra-estrutura à luz das diretrizes estratégicas para a estruturação do SNVS, que enfatizam a descentralização, o desenvolvimento de recursos humanos e uma política de financiamento que tem como objetivo diminuir a escassez de recursos nessa área (BRASIL, 2003b; LUCCHESI, 2006), pode-se afirmar que em Salvador essa diretriz não está sendo plenamente cumprida.

A pouca visibilidade da vigilância sanitária, enquanto ação de saúde, até pela incipiente competência institucional das Visas, devido a essas carências estruturais e operacionais e o atrelamento e ineficiência da máquina administrativa (COSTA, 2004a; PAIM, 2002), a exemplo da SMS, com deficiente logística na distribuição de recursos materiais, imprescindíveis para o agir em Visa, fazem com que o quadro de escassez se torne mais grave, para além dos recursos disponibilizados pelo SNVS. A vigilância sanitária não pode agir sem recursos essenciais como autos (de Infração, Interdição, Apreensão etc); carimbo e crachá de identificação para seus profissionais; termômetro;

equipamentos de proteção individual, só para nos lembrarmos de alguns itens citados pelos atores. Os ambientes de trabalho, por sua vez, não têm oferecido estrutura e conforto mínimo em alguns distritos, ainda que tenha havido uma melhora, com relação ao Nível Central com a mudança de endereço ocorrida em 2006. Mas ainda está longe de ser considerado um serviço estruturado, com relação a esse aspecto, especialmente considerando que Salvador já se encontra na GPSM (BRASIL, 1997; BRASIL, 2003b; BAHIA, 2006).

O subsistema de Visa municipal carece de autonomia financeira e, até como consequência, administrativa. O desconhecimento de seus gestores, com relação ao financiamento das ações de vigilância sanitária e à aplicação desses recursos com transparência e publicização são fatores limitantes, inclusive para a realização de um planejamento alinhado aos recursos, ou seja, ao orçamento das ações de Visa, nó crítico em qualquer organização e mais agudo na área de saúde (VILLA-FORTE, 2006). A questão do financiamento reflete a pouca capacidade dos gestores locais de acesso e autonomia para gerir os recursos, principalmente considerando a organização desses pelo FMS, bem como a pouca importância que a coordenação do SNVS vem dando à capacitação desses gestores para a gestão dos recursos, levando em conta, inclusive, que as Visas municipais pertencem à administração direta, cuja eficiência gerencial vem sendo questionada.

Com relação ao desenvolvimento dos recursos humanos, ponto crítico das organizações prestadoras de serviço (DE SETA; LIMA, 2006), chama a atenção o fato dos RHs serem quantitativa e qualitativamente insuficientes e sentirem-se inseguros e desmotivados. Além disso, cabe destacar tanto a insuficiência de pessoal de apoio administrativo, essencial ao bom desempenho das Visas, para atender de forma ágil ao setor regulado e dar conta de suas demandas internas, quanto à insuficiência de pessoal de nível médio capacitado em Visa, tão necessário a atividades consideradas de baixa complexidade. Além disso, a distribuição desses recursos vem se dando de forma irregular, sem um planejamento adequado, haja vista a carência de profissionais em alguns distritos, inclusive a ausência de pessoal de apoio administrativo em alguns, enquanto que em outros há mais de um. Esse aspecto é importante, porque nesses distritos ocorre o desvio de função, com deslocamento de pessoal de nível superior para suprir a carência administrativa, o que significa um desperdício do potencial dessa força de trabalho, que inclusive é mais cara ao sistema. As capacitações realizadas até agora carecem de avaliação e redirecionamento, até porque não houve uma definição de equipes para a

realização das ações de média complexidade repassadas pelo Estado (BAHIA, 2006). Baixos salários, ausência de um PCCS que contemple as especificidades da vigilância contribuem para o não cumprimento da jornada de trabalho, ocasionando duplos vínculos e não aproveitamento do potencial. A pouca autonomia do profissional no serviço também contribui para o não aproveitamento desse potencial, especialmente, se levarmos em conta tratar-se de um quadro de nível superior, muitos com pós-graduação. Saliente-se que houve pouco envolvimento dos atores na construção do PCCS apresentado pela Secretaria de Administração municipal, o que pode ser conseqüência da desmotivação do quadro, do sentimento de “não pertencimento” relatado em uma das entrevistas. A análise dos problemas apontados na dimensão ética, por sua vez, revela a necessidade de se pensar no estabelecimento de um código de posturas para o profissional da VISA. O trabalhador da vigilância não pode ser Responsável Técnico de estabelecimentos regulados por ela e o serviço tem que estar atento a essas questões. A falta de um Núcleo jurídico certamente contribui para o aparecimento desse problema, inclusive na mediação de conflitos e estabelecimento de regras para o cumprimento dos princípios constitucionais da administração pública, quais sejam, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (RIBEIRO, 2006; GRANJEIRO, 2003).

A situação atual da organização do SMVISA, notadamente a incipiência do cadastramento dos objetos de Visa, a pouca utilização de outras tecnologias de intervenção, além da fiscalização e da falta de padronização dos procedimentos de inspeção sanitária refletem um perfil de prestação de serviços de Visa centrado no atendimento à demanda espontânea, com características ainda cartoriais. Revela, inclusive, o incipiente processo de planejamento e faz supor a baixa qualidade das ações. Saliente-se que o cadastramento é o primeiro item exigido para a habilitação do Município (BAHIA, 2006), o que revela a pouca coordenação e avaliação dos outros níveis do sistema de Visa, tendo-se em vista que o município já assumiu a gestão plena do sistema. O uso de outras tecnologias de intervenção, a exemplo da educação sanitária, para elevação da consciência sanitária da população, a análise e o monitoramento de produtos, seria fundamental para o bom desempenho do sistema na regulação do risco sanitário, e refletiria a competência institucional da vigilância sanitária, conforme preconizado pela norma e pelos teóricos do campo (BRASIL, 1999; COSTA, 2004b; BAHIA, 2006; BRASIL, 2003b).

A análise situacional do componente gestão merece um olhar especial, pois a resolução dos seus problemas refletirá na capacidade de resolução dos outros. Os

problemas da categoria gestão: indefinição da missão institucional; das atribuições entre nível central e distritos sanitários; incipiência do planejamento/programação, ausência de avaliação, aliados à baixa capacidade de articulação intrainstitucional, interinstitucional e intersetorial dão pouca margem a que a VISA se insira no contexto de uma rede de instituições que controlam o risco sanitário (LUCCHESI, 2001). O apoio político existe, no entanto, a ausência de um núcleo jurídico específico para a Visa local compromete inclusive seu poder de polícia, especificidade da Visa, enquanto ação essencial de saúde pública (COSTA, 2004b).

Entendendo-se a gestão como sinônimo de gerência e administração, capacidade de decidir e agir para a obtenção de resultados por meio do trabalho desenvolvido em uma Organização, faz-se necessário e urgente a melhoria da capacidade de gestão da VISA (DE SETA; LIMA, 2006). É de fundamental importância a institucionalização do planejamento/programação e avaliação das atividades da VISA, assim como o desenvolvimento da capacidade de liderança, negociação e motivação da equipe. Para isso, a Visa de Salvador necessita de capacitação em gerência em sistemas e serviços de saúde. Deve ser trabalhada também sua articulação com o controle social, através dos Conselhos de Saúde municipal e local e a Ouvidoria. Torna-se necessário também a busca de alternativas para o Sistema de Informação local, na coleta, análise, processamento e consolidação dos dados gerados em serviço, enquanto o SINAVISA não é implementado definitivamente.

De forma geral, pode-se concluir que há uma incipiente estruturação do Sistema Municipal de VISA, principalmente por conta do grau da insuficiência e má-distribuição dos recursos, das dificuldades enfrentadas no processo de descentralização e organização das ações de VISA, no âmbito dos DSs. Esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir para o enfrentamento das fragilidades identificadas, para que o SMVISA possa vir a desempenhar adequadamente suas funções.

Grandes desafios se impõem ao SNVISA, para a efetiva institucionalização das ações básicas e de média, como as de alta complexidade. Salvador, além de ser um Município referência em serviços de saúde para toda a região metropolitana, comporta características sócio-econômicas e culturais muito peculiares, necessitando da VISA o cumprimento da sua missão, frente aos desafios da nova habilitação, para a concretização do objetivo de promoção e proteção da saúde.

Algumas sugestões são propostas pela autora, no sentido de buscar o equacionamento dos problemas analisados:

1. Redefinição do Organograma da VISA, contemplando a complexidade e especificidades da GPSM em Visa e, conseqüentemente, a redefinição de cargos de coordenação, subcoordenação e chefias, com estabelecimento de critérios para a ocupação desses cargos;
2. Resgate da Instrução Normativa que define a Missão institucional da vigilância sanitária na SMS e seu processo de descentralização, inclusive com a redefinição das atribuições do NC e DS;
3. Capacitação de gestores do NC e DS em Gestão e Administração, nos seus componentes formais (direção, coordenação e controle) e, sobretudo, informais (liderança, negociação e comunicação), com ênfase nos componentes do SNVS;
4. Definição de cargos para o nível médio e concurso imediato, com formação e/ou capacitação em Visa;
5. Definição de equipes de ações básicas e de média e alta complexidade e qualificação permanente de seu quadro como um todo;
6. Maior inserção institucional da VISA na SMS, especialmente com PACS/PSF; com o Controle Social (Ouvidoria e Conselhos) e com o Sistema de Auditoria;
7. Instituição do planejamento, enquanto processo social e ferramenta de gestão;
8. Alinhamento do Plano Diretor da VISA com o Plano Municipal de Saúde;
9. Definição de articulações intrainstitucionais; interinstitucional e intersetorial;
10. Maior cooperação dos outros níveis do SNVS, inclusive do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária, visando melhorar a coordenação do sistema.

## 7 COMENTÁRIO FINAL

Gostaríamos de acrescentar que foi muito gratificante a realização deste trabalho, pois que seus resultados apontaram para a importância que se deve dar ao quadro de profissionais de uma instituição, no processo de escuta e valorização do potencial das pessoas que lidam cotidianamente com o serviço. Neste sentido, o estudo “deu voz” aos atores sociais da VISA e mostrou que eles têm muito a contribuir com o Sistema Municipal de Vigilância Sanitária de Salvador e, conseqüentemente, com o SNVS. Faz-se necessário para tanto a democratização do poder, horizontalizando a estrutura organizacional, definindo responsabilidades e cobrando resultados (RIVERA, 2003). Acreditamos na definição de equipes de trabalho, trabalhando por projetos e na formação de colegiados de coordenação. Desta forma, o Sistema de VISA poderia vir a desenvolver serviços de qualidade para a promoção e proteção da saúde da população soteropolitana e colaborar com a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O empoderamento dos atores pode mostrar que:

*Um sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só.  
Um sonho que se sonha junto vira realidade.  
Raul Seixas*

## 8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Delimitación del campo de investigación em sistema y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto Base para discusión. *Cuadernos para Discusión*, n.1, p. 11-35, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de risco e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO PERMANENTE DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 1., 2000. Brasília: ANVISA, 2000.

ARAÚJO, A. L.; MACHADO, H. O. P.; CARVALHO, E. F. Autonomia municipal, descentralização, governabilidade e financiamento do SUS: uma análise de municípios em gestão plena do sistema no Estado de Pernambuco. In. FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE, 2004. p. 297-326.

AYRES, I. B. S. J. *Políticas e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: análise temática das teses e dissertações produzidas no Brasil entre 1993 a 1998*. Salvador: UFBA/ISC, 2000.

BAHIA. Comissão Intergestora Bipartite. Resolução CIB/BA 40/2004. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 18 maio 2004.

BAHIA. Comissão Intergestora Bipartite. Resolução n.º 120 de 28 de agosto de 2006. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a habilitação dos municípios ao Termo de Ajuste e Metas - TAM na área de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, ano XC, n.19.205, p. 53, ago. 2006.

BASTOS, A. A. *Vigilância sanitária em farmácias de Salvador*. Salvador, 2006. 159 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Bases para pactuação do Termo de Ajuste e Metas*. Brasília: ANVISA, 2003a. Disponível em: <http://www.google.com/intranet.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/visa>. Acesso em: 07 jul. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Projeto Redevisa. Planejamento participativo em vigilância sanitária: relato da experiência na Paraíba*. Brasília: ANVISA, 2003a. 1 CD-ROM.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA . GT do Comitê Tripartite de Vigilância Sanitária – ANVISA /CONASS /CONASEMS. GT de Categorização das ações de Vigilância Sanitária. *Minuta para discussão*. Brasília: ANVISA, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Anvisa site oficial da agência*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 27 nov. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA . *Documento-base para a elaboração do PDVISA*. Brasília: ANVISA, 2006. 30p. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/doc\\_imp/doc\\_base.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/doc_imp/doc_base.pdf) Acesso em: 05 abr. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1988. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Federal n.º 9.782, de 27 de janeiro de 1999*. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em: 03 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde*: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portaria n.º 593, de 25 de agosto de 2000. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 28 ago. 2000.

BRASIL. *Portaria n.º 2.473, de 29 de dezembro de 2003*. Brasília: ANVISA, 2003b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> (VISALEGIS). Acesso em: 08 abr.2005.

BRASIL. Senado. Lei 6.437, de 20 agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, 24 ago. 1977.

BRASIL. Senado. *Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. 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. Brasília: Senado, 1990a. Disponível em : <http://www.saude.rj.gov.br/Legislacaosus/lei%20n%BA%208142.pdf> Acesso em: 16 jun. 2006.

BRASIL. Senado. *Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Senado, 1990b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 24 out. 2004.

BRESSER PEREIRA, L. C. *Reforma do estado para a cidadania*. São Paulo: 34; Brasília: Enap, 1998.

BUARQUE DE HOLANDA, A. *Novo dicionário básico da língua portuguesa: Folha/Aurélio*. São Paulo: Nova Fronteira, 1995.

BUENO, E. *A coroa, a cruz e a espada: lei, ordem e corrupção no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2006. 276 p. (Coleção Terra Brasilis, 4).

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. 7. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COHEN, M. M.; MOURA, M. L. O.; TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.7, n. 3, p.290-301, 2004.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária: contribuições para o debate no processo de elaboração da Agenda de Prioridades de Pesquisa de Saúde. In: *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 2004b.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. *Divulgação Saúde Debate*, n. 25, p. 91-107, nov. 2001.

DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. Organização e gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária. In: DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

FORTES, P. A. de C. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. In: DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

GOHN, M. da G. Movimentos sociais e ONGS no Brasil na era da globalização. In: GOHN, M. da G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 2000. p. 295-320.

GRANJEIRO, J. W. *Manual de direito administrativo moderno*. Brasília: VETSCOM, 2003.

GUILAM, M. C. R.; CASTIEL, L. D. Risco e Saúde. In: DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@*. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 26 dez. 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Banco de Dados - perfil dos municípios brasileiros – gestão pública 2005*. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 26 dez. 2006.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da Saúde (1998 - 2000). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 493-505, 2004.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul/ Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, L. C. W. Anvisa: enfim um projeto político-institucional para a vigilância sanitária? In: A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Divulgação Saúde Debate*, n.25, p. 9-23, nov. 2000.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Rio de Janeiro, 2001. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

LUCCHESI, G. *O desafio de conceber e estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*: texto didático. [S.n.t.], 2006.

LUCCHESI, P. T. R. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 19-91.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ ISC/ UFBA, 2002.

PIOVESAM, M. F. et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

PIOVESAM, M. F. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

REZENDE, F. da C. Razões da crise de implementação do Estado gerencial: desempenho versus ajuste fiscal. *Revista Sociologia Política*, n. 19, p. 111-121, nov. 2002.

RIBEIRO, A. B. Noções básicas de Direito Administrativo para a gestão. In: DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

RIVERA, F. J. U. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, F. J. U. Cultura e liderança comunicativa. In: RIVERA, F. J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 312 p.

ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 304 p.

SALVADOR. Lei nº 5.504/99, de 01 de março de 1999. Institui o Código Sanitário. *Diário Oficial do Município*, Poder Legislativo, Salvador, mar. 1999. p. 2.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão*. Salvador: SMS, 2004.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório final do contrato de consultoria individual nº 16/2005*. Salvador: SMS, 2005a. (Consultora Maria auxiliadora Códova Christóforo).

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão*. Salvador: SMS, 2005b.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde 2002/2005*. Salvador: SMS, 2005c.

SALVADOR. Decreto 13.611, de 11 de julho de 2002. Altera o Regimento da Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura organizacional. *Diário Oficial do Município*, Poder Executivo, 12 jun. 2002. p. 3.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde 2006/2009*. Salvador: SMS, 2006.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Administração. *Estrutura organizacional*. Disponível em: [www.sead.salvador.ba.gov.br-sead2-doc\\_pdf-estrutura-pms-sms-doc](http://www.sead.salvador.ba.gov.br-sead2-doc_pdf-estrutura-pms-sms-doc). Acesso em: 19 fev. 2006.

SANTOS, I. S. *A formulação da política estadual de assistência farmacêutica no SUS - Ba (1996 - 2000)*. Salvador, 2003. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

SOLLA, J. J. S. P.; CUNHA, I. de C. A. Implantação da vigilância sanitária em Vitória da Conquista, Bahia. A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Divulgação Saúde Debate*, n. 25, p. 9-23, nov. 2001.

SOUTO, A. C. *Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994*. São Paulo: SOBRAVIME, 2004.

SOUZA, G. S. *Vigilância sanitária no sistema local de saúde: o caso do Distrito Sanitário de Pau da Lima - Salvador/Bahia*. Salvador, 2002. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem - objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 237-265.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância sanitária. In. ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 49-60.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: ISC/UFBA, 2001b.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

TELES, A. C. V. de S. *Hábitos de higiene: uma etnografia da higiene na Feira do Japão, Liberdade, Salvador*. Salvador, 2006. 227 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

VILLA-FORTE, D. N. Nova forma de pensar e fazer planejamento e orçamento. In: DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

WIKIPÉDIA A enciclopédia livre. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Salvador\\_\(Bahia\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Salvador_(Bahia)). Acesso em: 30 dez. 2006. (Acessado através do site do Google [www.google.com.br](http://www.google.com.br). Palavras-chave: 'Salvador da Bahia cultura').

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **ANEXOS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

## ANEXO 1

### **Termo de Consentimento Informado**

Eu, Cristian Oliveira Benevides Sanches Leal, estou realizando uma pesquisa intitulada *Análise Situacional da Vigilância Sanitária em Salvador*, que tem como objetivo identificar e descrever os principais problemas relativos à organização e gestão da VISA desta Secretaria nos níveis central e distritos sanitários. Para tanto serão usados como técnica de coleta de dados a análise de documentos e entrevistas com gestores e técnicos. Durante as entrevistas serão feitas perguntas, sendo sua contribuição de fundamental importância para o alcance dos objetivos propostos. As informações colhidas nas entrevistas servirão única e exclusivamente para este fim, preservando-se a identificação dos entrevistados. Assim, assumo o compromisso de que toda a informação fornecida permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela, como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que o seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação é de fundamental importância para a estruturação da vigilância sanitária local e como contribuição ao processo de descentralização das ações de VISA, porém é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá a s perguntas que desejar.

Você poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Carmen Fontes Teixeira, no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Eu .....declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa e aceito nela participar.

\_\_\_\_\_ entrevistador  
\_\_\_\_\_ entrevistado  
\_\_\_\_\_ data



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

ANEXO 2

**Carta de Solicitação à Secretaria Municipal de Saúde**

Salvador, de abril de 2006

Ex<sup>mo</sup> Sr.

Dr. Luiz Eugênio Portela Fernandes de Souza.

DD Secretário de Saúde do Município de Salvador.

Cristian Oliveira B. Sanches Leal, na qualidade de acadêmica regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, vem comunicar a V. Exa. que é de seu interesse realizar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, pesquisa cujo projeto intitula-se: *Análise Situacional da Vigilância Sanitária em Salvador*, sob a orientação da Prof. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

A escolha do tema justifica-se como inquietação epistemológica da autora no sentido de contribuir para a estruturação do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária deste município, um sistema estruturado do ponto de vista da sua gestão e organização, conforme explicitado no projeto. Para a realização deste estudo, faz-se necessário a coleta de dados nesta secretaria, com as técnicas abordadas no projeto.

Sendo assim, venho mui respeitosamente solicitar a V. Ex<sup>a</sup>. a permissão para a referida coleta de dados. Visto a pesquisa abordar um tema inovador, o trabalho a ser desenvolvido nessa instituição representará uma grande contribuição para esta secretaria, em especial neste momento de construção, na gestão iniciada neste ano de 2005. Esclareço também que

este poderá vir a ser um produto que a mesma poderá utilizar, em bases científicas, bem como para a ampliação do conhecimento na área de vigilância sanitária.

Para uma melhor apreciação da presente solicitação por parte deste órgão, encaminho em anexo termo de responsabilidade, termo de consentimento livre e esclarecido, carta de apresentação do Programa de Pós-graduação e o projeto de pesquisa, que aborda principalmente a temática a ser estudada e a metodologia a ser aplicada.

Nestes termos,

Pede deferimento

Cristian Leal

Rg: 2919057/65

[cristianleal@uol.com.br](mailto:cristianleal@uol.com.br)

ANEXO 3

**Termo de Responsabilidade**

CRISTIAN OLIVEIRA BENEVIDES SANCHES LEAL, pesquisadora responsável pelo projeto: *Análise Situacional da Vigilância Sanitária Em Salvador*, declara que se compromete a utilizar somente para fins acadêmicos os dados coletados no Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do município de Salvador.

Salvador, de abril de 2006

Cristian Leal

RG 2919057/65

ANEXO 4

**Matriz do roteiro da entrevista (árvore de perguntas)**

Entrevista N°	Data	Local	Início	Término
Nome do entrevistado:				
Formação profissional:		qualificação		
Função /Cargo		CH		
Admissão		lotação		
Forma de ingresso:		outro vínculo:		
Salário				
Pergunta mãe	Árvore de problemas	Pergunta específica/Respostas		
1.Quais os principais problemas da vigilância sanitária na SMS/SSA?	1.1.Infra-estrutura	• Como estão os Recursos Humanos na VISA? (quantidade e qualidade/relação NU e NM/vínculo e jornada/motivação/capacitação/distribuição/autonomia/salário e PCCS/ética/utilização).		
		• Considera os recursos materiais (equipamentos, veículos, material de inspeção) suficientes em quantidade e qualidade para realização das ações?		
		• Os recursos físicos (ambiente) são adequados à realização das atividades?		
		• Quais os recursos financeiros da VISA? São suficientes e bem administrados?		
	1.2.Organização dos serviços	• Como vem sendo feito o cadastramento dos objetos sujeitos às ações de VISA?		
		• As atividades de inspeção são padronizadas?		
		• Considera que a VISA realiza as ações necessárias para o controle do risco sanitário?		
	1.2.Gestão do Sistema Municipal	• A VISA tem uma missão definida? Considera que vem sendo cumprida?		
		• Há apoio político-jurídico para as ações?		
		• Como é a articulação da VISA? *		
		• Como se dá o planejamento/programação e avaliação das ações?		
		• Como é a articulação da VISA com a Ouvidoria e os Conselhos de Saúde?		
			• Há definição de atribuições para o Nível Central e Distritos Sanitários? A articulação se dá de que forma?	
		• Como se faz a organização da informação?		

\*considerar a articulação com outras esferas (federal e estadual); intersetorial (outras secretarias da prefeitura e outros órgãos); com conselhos (municipal e locais) e na própria secretaria (outras vigilâncias e assistência).

## ANEXO 5

### **Matriz do roteiro da entrevista para infra-estrutura Humana**

<b>Como estão os Recursos Humanos na VISA?</b>
• Como considera a qualidade/quantidade dos profissionais da VISA?
• Qual a opinião com a relação entre profissionais de NU e NM (técnicos e administrativos)?
• Qual sua opinião com relação ao vínculo com o serviço e a jornada de trabalho?
• Há motivação para o trabalho na VISA?
• Como considera a capacitação para o desempenho das ações básicas e de média e alta complexidade?
• Estão bem distribuídos no sistema de Visa de Salvador?
• Há autonomia para o desempenho das atividades?
• Qual sua opinião sobre o Salário e PCCS?
• Considera que há ética nas relações com o serviço?
• Como considera a utilização do potencial dos técnicos?

## ANEXO 6

### Matriz para identificação dos problemas descritos pelos entrevistados

<i>Problemas de infra-estrutura de recursos materiais</i>	
descritores	determinantes
propostas	

<i>Problemas de infra-estrutura de recursos físicos</i>	
descritores	determinantes
propostas	

<i>Problemas de infra-estrutura de recursos financeiros</i>	
descritores	determinantes
propostas	

<i>Problemas de desenvolvimento de recursos humanos</i>	
descritores	determinantes
propostas	

<i>Problemas de organização</i>	
descritores	determinantes
propostas	

<i>Problemas de gestão</i>	
descritores	determinantes
propostas	

ANEXO 7

**Matriz para descrição dos problemas seleccionados pelos entrevistados**

<b>Geral</b>	<b>Específico da visa</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Determinantes</b> (relativos à SMS, ao SNVS -níveis do sistema- e aos DS)	<input type="checkbox"/>

ANEXO 8

**Matriz para identificação dos problemas relacionados aos documentos – Planos Municipais de Saúde**

Plano A

Quais são os <b>problemas do “sistema” de VISA</b> na SMS/SSA?	Quais são as atividades (tipo) de VISA <b>propostas</b> no âmbito da SMS? (NC e DS)	<b>Comentários</b>
<p>⇒ Na Análise de situação dos problemas referentes à Gestão do Sistema Municipal de Saúde: incipiência de ações básicas de saúde, principalmente de promoção da saúde e desarticulação das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.</p> <p>⇒ Segundo o plano, estes problemas seriam reflexo da não reorientação do modelo de atenção à saúde, com reprodução do modelo médico assistencial.</p> <p>⇒ Elege problemas prioritários de infra-estrutura e político gerenciais. Na infra-estrutura se refere à SMS como um todo, não especificando a situação da VISA: deficiente infra-estrutura física, da rede própria; deficiente infra-estrutura de insumos e material permanente e deficiência de recursos humanos em quantidade, distribuição e capacitação. Os problemas político gerenciais também se reportam à SMS de forma geral: atendimento 'desordenado' à demanda espontânea; inexistência de integralidade da atenção e cita problemas que remetem ao campo da vigilância sanitária: "insuficiência de ações educativas, de prevenção e promoção da saúde".</p>	<p>⇒ Este plano conta com quatro módulos operacionais, assim denominados: I -Vigilância e Proteção à Saúde; II -Desenvolvimento de Recursos Humanos; III-Organização, Regulação e Ampliação do Sistema de Saúde; IV-Qualificação e Controle Social.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO I:</b> descentralização das ações de Vigilância Sanitária para todos os distritos sanitários, implementar a descentralização dos sistemas de informação para as ações de vigilância sanitária, nos distritos sanitários.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO II:</b> contratar para o período 2002/2005 (...) 70 inspetores sanitários.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO III:</b> controlar 100% dos estabelecimentos farmacêuticos que comercializam produtos submetidos à legislação sanitária; monitorar a qualidade dos alimentos produzidos e comercializados em 32.000 estabelecimentos; monitorar a qualidade em 32.000 estabelecimentos que comercializam produtos.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO IV:</b> não cita a VISA.</p>	<p>⇒ Pela leitura do Plano A nota-se a priorização dada à assistência, ou a não visibilidade da VISA, quando da apresentação dos objetivos e ações para a resolução dos problemas citados, especialmente no que se refere aos problemas político-gerenciais. Os problemas são citados como sendo gerais para a rede assistencial. Isto pode refletir a pouca inserção da VISA na construção do Plano, ou mesmo sua ausência e o desconhecimento de suas especificidades quando da elaboração do mesmo, determinados em muito pelo conhecido isolamento institucional da vigilância sanitária e na identificação de problemas pelos seus atores sociais, que se refletiriam, inclusive, em um número maior de objetivos a serem cumpridos.</p>

Plano B

Quais são os <b>problemas do “sistema” de VISA</b> na SMS/SSA?	Quais são as atividades (tipo) de VISA <b>propostas</b> no âmbito da SMS? (NC e DS)	<b>Comentários</b>
<p>⇒ No que se refere à infraestrutura, não há menção aos problemas, quadro que se repete na organização.</p> <p>⇒ No componente gestão aparece o "desconhecimento do número de estabelecimentos submetidos a VISA existentes no DSBRV em 2005"; centralização da vigilância sanitária e vigilância ambiental<sup>63</sup> "não interferindo no acúmulo de lixo".</p> <p>⇒ O componente financiamento não se refere a VISA e foi pouco citada na SMS como um todo: os atores manifestaram a "falta de recursos financeiros para resolver pequenos problemas".</p>	<p>⇒ Conta com 7 Módulos Operacionais: I - Promoção e Vigilância da Saúde; II - Atenção Básica à Saúde; III – SADT, ações de média e alta complexidade e atenção às urgências e emergências; IV - Fortalecimento da capacidade da gestão (plena) do SUS municipal; V - Valorização dos profissionais e trabalhadores da saúde; VI - Qualificação e controle social; VII - Política de atenção à saúde da população negra. Estes módulos desdobram-se em 19 linhas de ação, e 173 ações específicas, sendo que para cada ação há um órgão coordenador da SMS e técnico (s) responsável (s) e onde se envolvem outros órgãos, objetivando a articulação entre os diversos órgãos da secretaria, bem como com outros setores organizados da sociedade, a exemplo de ONGs.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO I:</b> órgão coordenador em três ações: “Implementação da educação em vigilância sanitária prioritariamente em alimentos e medicamentos”, “Implantação e implementação das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária” e “Aperfeiçoamento das ações básicas de VISA nos DS” e envolvida em uma: “Desenvolvimento de um processo educativo junto à comunidade acerca das questões alimentares e nutricionais”.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO II:</b>, “implantação de ações de farmacovigilância nos DS”, onde atua como órgão envolvido.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO III:</b> não há participação da VISA, ainda que as ações digam respeito ao seu campo de ação, especialmente considerando a GPSM em ações para a melhoria dos produtos e serviços oferecidos pelo SUS.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO IV:</b> Fortalecimento da capacidade da gestão (plena) do SUS municipal.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO V:</b> Valorização dos profissionais e trabalhadores da saúde. Não há referência a VISA e nota-se que a mesma não entra como órgão envolvido, ao contrário de outros como COAPS, GTSPN, indicando novamente a não participação da VISA e seu isolamento institucional.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO VI:</b> desenvolvimento da I Conferência Municipal de Vigilância Sanitária.</p> <p>⇒ <b>MÓDULO VII:</b> não tem inserção da VISA.</p>	<p>⇒ O Plano refere-se a muitos problemas da SMS, de forma geral, refletindo a pouca participação dos atores sociais da VISA na identificação de seus problemas específicos, ainda que muitos destes sejam comuns. Entretanto alguns problemas que o plano qualifica como relacionados ao ambiente e à população aparecerem, a exemplo da falta de condições higiênico-sanitárias em estabelecimentos de alimentos e falta de higiene e deficiências no saneamento básico, que se remetem ao campo da visa, sendo reveladores da necessidade de intervenção por ela.</p>

<sup>63</sup> A Vigilância Ambiental em Saúde pode fazer parte do organograma das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais, a exemplo do que ocorre na Bahia (DIVISA), ou formar uma outra “caixinha”, reproduzindo o modelo do MS. No caso de Salvador a VISAMB, nome que assumiu, estando a se estruturar nesta gestão, não faz parte do organograma da VISA, vindo a formar uma nova Subcoordenadoria.

ANEXO 9

**Matriz para identificação dos problemas relacionados aos documentos – Relatórios de Gestão**

Relatório de Gestão 2004

Quais são os problemas do “sistema” de visa na SMS/SSA	Quais são as atividades (tipo) de VISA <u>desenvolvidas</u> no âmbito da SMS?	Comentários
<p>⇒ Sinaliza para a diminuição do número de inspeções no ano de 2004 e atribui o fato à redução da frota de veículos e a capacitação para os técnicos, desviando-os das funções, que <b>remete</b> a problemas de infra-estrutura material e humana.</p>	<p>⇒ <b>Cita</b> os DS descentralizados, em número de cinco.</p> <p>⇒ <b>Cita</b> a admissão de Fiscais de Controle Sanitário habilitados em concurso público, perfazendo um total de 119 técnicos de nível superior até aquela data.</p> <p>⇒ <b>Cita</b> as tecnologias de intervenção: de inspeção/fiscalização, Coleta de Amostras e Educação Sanitária</p> <p>⇒ <b>Cita</b> algumas parcerias: SESP, em ações de orientação e educação sanitária para feirantes; com a ADAB, para inspeção de restaurantes e controle da carne servida pelos mesmos; com o Conselho Regional de Farmácia em inspeções em drogarias. A parceria com a vigilância epidemiológica se deu em eventos de denúncias de surto de toxiinfecção alimentar.</p> <p>⇒ <b>Cita</b> a realização de alguns programas: "Nacional para Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano"; "Monitoramento da Qualidade Sanitária de Alimentos", este em parceria com a DIVISA e LACEN; para melhoria das condições higiênico-sanitárias das baianas de acarajé; monitoramento da qualidade do leite em pó.</p>	<p>⇒ Não faz menção aos outros DS que deveriam estar descentralizados, nem se refere à não implantação do seu sistema de informação, às dificuldades e/ou oportunidades encontradas para o cumprimento destas metas.</p> <p>⇒ Com relação às metas de controle de produtos e serviços, não houve citação ao seu cumprimento ou não.</p> <p>⇒ Não explicita como foram realizadas as atividades de educação sanitária, podendo se remeter à orientação no momento da inspeção.</p> <p>⇒ Não explicita a continuidade das parcerias. Não faz menção à parceria com a ANVISA.</p>

**Relatório de Gestão 2005**

Quais são os problemas do “sistema” de visa na SMS/SSA	Quais são as atividades (tipo) de VISA <b><u>desenvolvidas</u></b> no âmbito da SMS?	Comentários
	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>Cita</b> a descentralização de mais três DS para ações de VISA, perfazendo - se um total de oito distritos descentralizados<sup>64</sup> para o ano de 2005.</li> <li>⇒ <b>Cita</b> várias parcerias institucionais: ISC/UFBA; MP; Conselhos de Classe; ANVISA; DIVISA; MARA; ADAB; SESP; SUCOM; CODESAL; EMTURSA; VIEP; CCZ.</li> <li>⇒ <b>Cita</b> a participação da VISA em atividades de educação permanente, como cursos, palestras, congressos, oficinas e seminários e cita a participação de técnicos no curso promovido pela DIVISA sobre processo administrativo.</li> <li>⇒ <b>Cita</b> cursos na área de alimentos; atividades de inspeção, fiscalização, Coleta de Amostras e Educação Sanitária realizadas por técnicos do NC e DS e atividades desenvolvidas no SAC (Renovação de Alvará, Licença Inicial etc).</li> <li>⇒ <b>Salienta</b> a superação das metas em inspeções realizadas em cemitérios e hotéis e motéis.</li> <li>⇒ <b>Cita</b> também a realização de alguns programas como estratégia para melhorar a qualidade dos serviços.</li> <li>⇒ <b>Cita</b> ainda a participação da VISA na</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Não há menção às dificuldades e oportunidades encontradas para a meta de descentralização dos demais DS e do sistema de informação e muito menos sugestões para consecução do seu alcance, repetindo o quadro do relatório anterior.</li> <li>⇒ Não explicita de que forma se deram as parcerias institucionais, se foram planejadas e quais os objetivos, se foram atingidas as metas ou não.</li> <li>⇒ Ao citar o número de inspeções realizadas em 2005, correlaciona as mesmas com o cadastramento e afirma haver uma superação das metas de cadastramento com relação às metas pactuadas (Pactuadas: 320; realizadas: 1137) em 355,3%<sup>66</sup>. O mesmo acontecendo com coleta de material para análise laboratorial, onde houve a superação da meta em 249,66%.</li> <li>⇒ Ao citar a pactuação dos objetos de visa o relatório indica o não cumprimento ou a superação de algumas metas pactuadas, a exemplo dos 'Estabelecimentos de Interesse da Saúde' (alimentos), não explicitando a causa.</li> <li>⇒ Ressalta o não cumprimento das metas de cobertura para o comércio de medicamentos,</li> <li>⇒ Não explica as dificuldades encontradas para o não cumprimento das metas relativas ao comércio de medicamentos e não faz nenhuma sugestão para o seu</li> </ul>

<sup>64</sup> O relatório mostra um equívoco ao dizer que são nove os DS descentralizados para a VISA e cita o DSSCV em vez do DSB.

	<p>“Operação Chuva”<sup>65</sup>, em atividades de inspeção, fiscalização e educação sanitária, quando desenvolve ações articuladas com a VIEP, CCZ, COAPS, SEDES, LIMPURB, SUCOM, Defesa Civil e CODESAL e a sua participação no carnaval de 2005 em inspeções, ações de educação em saúde e participando de uma pesquisa conduzida pela COSAM em parceria com o ISC/UFBA.</p>	<p>enfrentamento, ainda que esta tenha sido uma meta definida no Plano A. Com relação aos 'Serviços Relacionados à Saúde', salienta a superação da cobertura em todos os itens, especialmente em unidades odontológicas e unidades de baixa complexidade.</p> <p>⇒ Baixas coberturas são apresentadas na inspeção de creches, estabelecimentos do ensino fundamental, empresas de saneantes, academias e asilos, além de baixas coberturas para inspeção em “Locais de Uso Público”, a exemplo de clubes, habitação, logradouros estágios de futebol e estações ferroviárias.</p>
--	---	---

<sup>65</sup> Operação desenvolvida durante os meses chuvosos do ano, com caráter de “busca ativa” e ações de educação em saúde, com o objetivo de prevenir riscos e diminuir doenças e agravos de veiculação hídrica em áreas propensas a alagamentos, inundações e desabamentos.

<sup>66</sup> Estes dados provavelmente estão relacionados à qualidade das informações, pois o programa de informação do NC (ACCESS) não diferencia inspeção de reinspeção. Saliente-se que o cadastramento visa o conhecimento do universo regulado pela vigilância sanitária, inclusive para fins de contrapartida do financiamento das ações.

## ANEXO 10

### **Relação de documentos da SMS analisados**

1. SALVADOR. Plano Municipal de Saúde 2002/2005. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, abril, 2002.
2. SALVADOR. Plano Municipal de Saúde 2006/2009. Salvador: Secretaria Municipal Saúde, agosto, 2006.
3. SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Salvador, 2004.
4. SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Salvador, março, 2005.
5. SALVADOR. Decreto 13.611, de 11 de julho de 2002. Altera o Regimento da Secretaria Municipal de Saúde. *Diário Oficial do Município*, Poder Executivo, Salvador, p.3, 12 de junho de 2002

ANEXO 11

**Tabela 2: Estabelecimentos de Saúde, Salvador, 2006**

1 Estabelecimentos de Saúde total	1.043
2 Estabelecimentos de Saúde públicos	110
3 Estabelecimentos de Saúde privados	933
4 Estabelecimentos de Saúde com internação	76
5 Estabelecimentos de Saúde com internação públicos	23
6 Estabelecimentos de Saúde com internação privados	53
7 Estabelecimentos de Saúde sem internação	832
8 Estabelecimentos de Saúde sem internação públicos	87
9 Estabelecimentos de Saúde sem internação privados	745
10 Estabelecimentos de Saúde de apoio à diagnose e terapia	135
11 Estabelecimentos de Saúde de apoio à diagnose e terapia públicos	0
12 Estabelecimentos de Saúde de apoio à diagnose e terapia privados	135
13 Estabelecimentos de Saúde com plano de saúde próprio	41
14 Estabelecimentos de Saúde que prestam serviços a plano de saúde de terceiros	856
15 Estabelecimentos de Saúde com atendimento particular	880
16 Estabelecimentos de Saúde que prestam serviços ao SUS	269

Fonte: IBGE, 2006 (Cidades@)

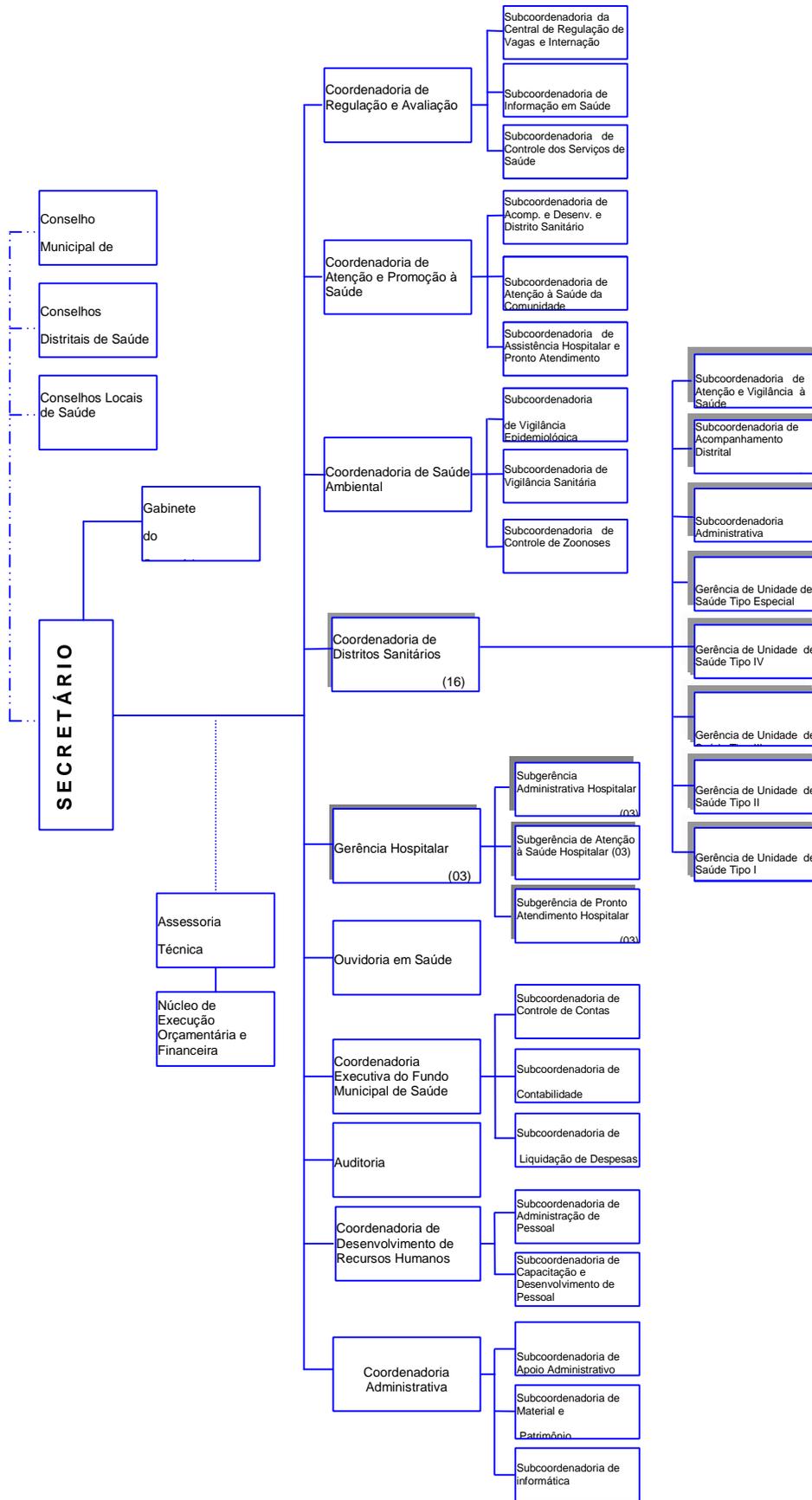
**Tabela 3: Equipamentos de Saúde, Salvador, 2006**

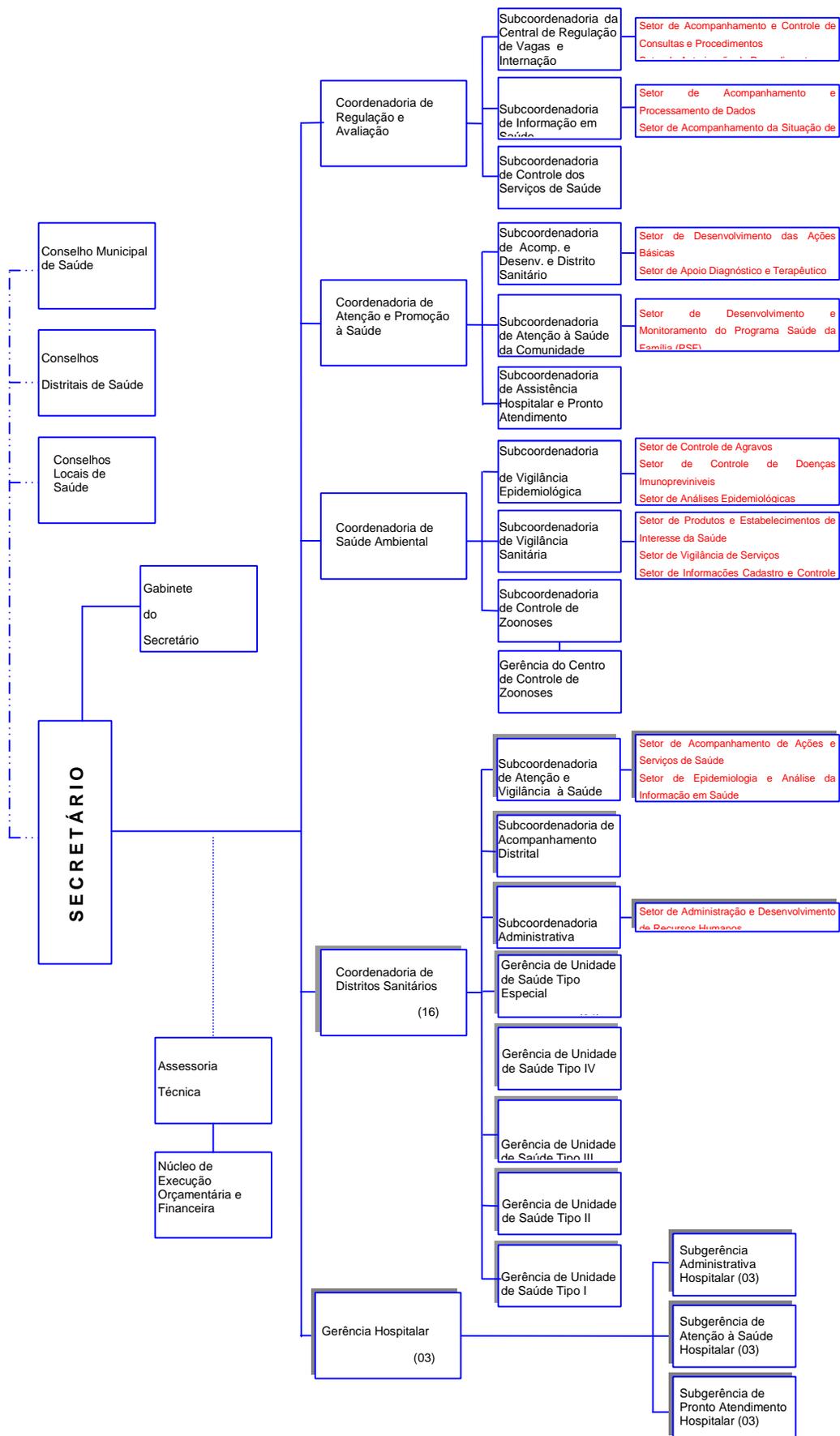
Equipamentos de diagnóstico através de imagem	1.118
Equipamentos de infra-estrutura	818
Equipamentos por métodos óticos	709
Equipamentos por métodos gráficos	468
Equipamentos para terapia por radiação	22
Equipamentos para manutenção da vida	4.004
Mamógrafos com comando simples	48
Mamógrafos com estereotaxia	15
Tomógrafos	35
Eletrocardiógrafos	402s
Ultra-som doppler colorido	152
Ultra-som ecógrafo	229
Eletroencefalógrafos	66
Equipamentos de hemodiálise	271
Raio X para densitometria óssea	12
Raio X até 100mA existentes	94
Raio X de 100 a 500mA	133
Raio X mais de 500mA	76
Equipo odontológicos	497
Grupo de geradores	79grupo

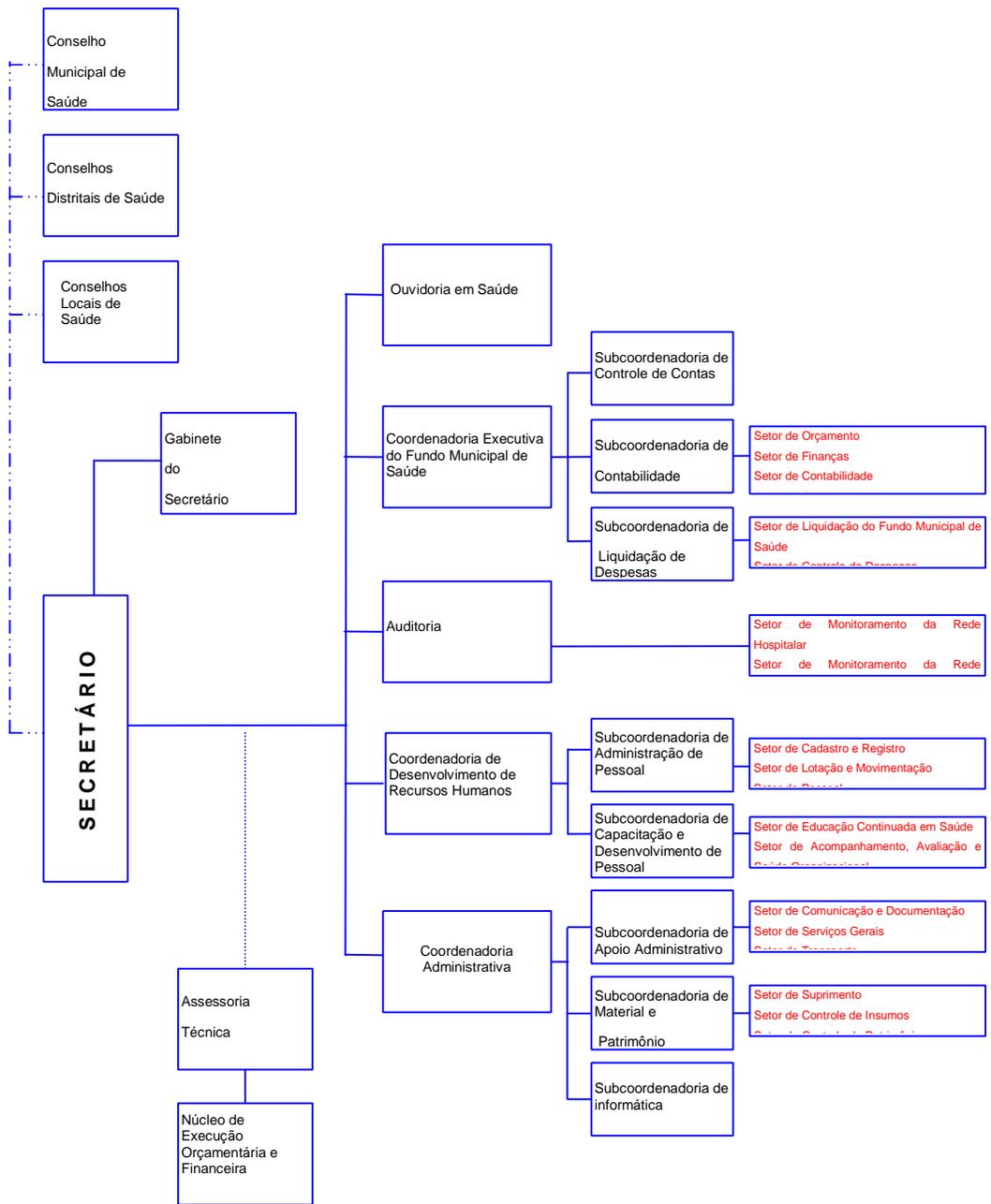
Fonte: IBGE, 2006 (Cidades@)

ANEXO 12

**Estrutura Organizacional- SMS/Salvador (SALVADOR, 2006)**







**Base Legal:**  
 Lei n. 5.845/2000 e 6.085/2002  
 Decreto n.º 13.661/2002

<b>Legenda:</b>	
Subordinação Administrativa	—————
Assessoria	.....
Colegiado de Deliberação Superior	- - - - -