



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

EDILMAR PEREIRA VILELA DOURADO

**IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

**SALVADOR
2018**

EDILMAR PEREIRA VILELA DOURADO

**IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

**SALVADOR
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pereira Vilela Dourado, Edilmar

Implantação da vigilância sanitária em um município da região Nordeste do Brasil / Edilmar Pereira Vilela Dourado, Silvana Pereira. -- Salvador, 2018.

78 f. : il

Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, 2018.

1. Enfermagem. 2. Município. 3. Vigilância Sanitária. 4. Descentralização. 5. Avaliação. II. Pereira, Silvana. I. Luiza Queiroz Vilasbôas, Ana. II. Título.



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

Edilmar Pereira Vilela Dourado

ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE IRECÊ – BAHIA.

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

Data de defesa: 11 de maio de 2018

Banca Examinadora:

Ana Luiza Queiroz Vilasboas

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasboas – ISC/UFBA

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

Profa. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos – UEFS

Ana Cristina Souto

Profa. Ana Cristina Souto – ISC/UFBA

Salvador
2018

RESUMO

Introdução: Desde 1988 várias iniciativas foram empreendidas organização e implementação em âmbito federal, estadual e municipal dos serviços de VISA, após esse período observa-se avanços e fragilidades na implantação da VISA no âmbito municipal. O **objetivo** deste trabalho é estimar o grau de implantação da Vigilância Sanitária em um município de médio do Nordeste do Brasil. A **metodologia** utilizada foi uma pesquisa avaliativa, do tipo análise do grau de implantação. Para compor o material de análise foram utilizados documentos oficiais e entrevistas. **Resultados:** O município foi considerado com grau de implantação avançado dado que a dimensão da Gestão apresentou pontuação de 71,90%, dimensão de Práticas, pontuação de 69,44% com média geral de 70,67%. As subdimensões avaliadas da Dimensão da Gestão “Participação Popular” e “infraestrutura” receberam maior pontuação, já as subdimensões de “Recursos Humanos” e “Autonomia Financeira” receberam menor pontuação, com destaque para autonomia financeira que recebeu apenas 33,33%. **Conclusão:** O estudo apontou para a necessidade de adequação com relação ao quantitativo de pessoal e realização de treinamentos para a equipe. Com relação a gestão financeira o estudo apontou dependência do órgão VISA municipal em relação à Secretária Municipal de Saúde. Com a realização desse estudo foi possível avaliar o grau de implantação da VISA no município de Irecê e constatou-se que mesmo com dificuldades e problemas - em linha com outros estudos - o serviço de VISA municipal encontra-se organizado, no entanto percebeu-se a necessidade de avançar em questões estratégicas como recursos humanos, recursos financeiros e organização do serviço para que a VISA municipal possa efetivamente dá respostas adequadas aos desafios enfrentados no campo de atuação. O modelo lógico utilizado mostrou-se suficiente para analisar os critérios listados na dimensão da gestão, no entanto com relação a dimensão de práticas observou-se que os critérios estabelecidos não contemplou a realidade do município investigado. Assim, para outras investigações em que os pesquisadores necessitem utilizar essa mesma metodologia, aconselha-se para análise dos critérios de práticas possam ser utilizados e acrescidos indicadores qualitativos de cada um dos critérios estabelecidos.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Município, Vigilância Sanitária, Descentralização, Avaliação

ABSTRACT

Since 1988 several initiatives were undertaken for organization and implementation in the federal, state and municipal extent of the services of VISA, after this period advancements are observed and fragility in the introduction of the VISA in the municipal extent. The objective of this work is to appreciate the degree of introduction of the sanitary vigilance in the local authority of Irecê-BA. The used methodology was an inquiry avaliativa, of the type analysis of the degree of introduction. To compose the material of analysis there was used official documents and interviews. Resulted the local authority was considered with advanced degree of introduction given that the dimension of management presented punctuation of 71,90%, dimension of practices, punctuating of 69,44% with general average of 70,67%. With the realization of this study it was possible to note that the investigated local authority needs to advance in questions like human resources, financial resources and organization of the service so that the VISA can effectively gives appropriate answers to the challenges faced in the field of acting.

KEY WORDS: Municipality, Vigilância Sanitária, Decentralization, Evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- VISA - Vigilância Sanitária
- BA - Bahia
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
- NOBs/SUS - Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- GM - Gabinete do Ministro
- TAM - Termo de Ajuste e Metas
- NOB - Norma Operacional Básica
- CIB - Comissão Intergestora Bipartite
- REDA - Regime Especial de Direito Administrativo
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- DIVISA - Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS E QUADROS

QUADRO I	Matriz para avaliação da descentralização da vigilância sanitária municipal	18
TABELA I	Classificação do grau de implantação das ações da VISA em Irecê	24
TABELA II	Grau de implantação da VISA de Irecê segundo dimensão	25
GRÁFICO I	Distribuição do grau de implantação “Dimensão da Gestão”	25
GRÁFICO II	Distribuição do grau de implantação “Dimensão das Práticas”	39

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	15
3. PERCURSO METODOLOGICO	16
3.1. Tipo de Estudo	16
3.2. Modelo Lógico	17
3.3. Caracterização do caso	23
4.3. Procedimentos e técnicas para coleta, registro, produção e análise dos dados	23
4.4. Aspectos Éticos	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1. Dimensão da Gestão	25
5.2. Dimensão das Práticas	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
7. REFERÊNCIAS	47
ANEXO I: Anexo I da resolução CIB nº 034/2016 que atualizou o anexo III da resolução CIB nº 249/2014 com os estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados segundo o grau de complexidade das ações para gerenciamento do risco sanitário	51
Apêndice 1. Roteiro de Entrevistas	54
Apêndice II: Termo de Consentimento Livre Esclarecido	56
Apêndice III: Quadro com avaliação da descentralização da vigilância sanitária municipal em Irecê, 2018	58
Apêndice IV: Evidências obtidas das entrevistas, grau de implantação da VISA de Irecê	69

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária (VISA), enquanto denominação, foi iniciada no Brasil a partir da década de 1970, no entanto, segundo Costa (1999) em períodos anteriores à década de 70, o conjunto de assuntos e ações de saúde pública, correspondentes hoje à vigilância sanitária esteve disperso em diversos serviços e com diferentes nomeações em órgãos da estrutura administrativa de saúde pública de cada época. (GARCIA; L'ABBATE, 2015)

Em 1988, a VISA foi inscrita na Constituição Federal como uma das competências do SUS. A Lei Federal nº 8.080/90 definiu a VISA como

“um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, 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, 1990)

Segundo Ferraro, Costa & Vieira-da-Silva, (2009), a VISA compreende um conjunto de instituições do setor saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos processos produtivos. Em seu leque de atuação, incluem-se ações como normalização, regulação e fiscalização de produtos e serviços relacionados à saúde. Cohen (2009) eleva o entendimento da VISA como um bem público ao preencher os requisitos de indivisibilidade e de não rivalidade no consumo, que caracterizam esse tipo de bem.

De fato, a implantação do SUS, em 1988, desencadeou um amplo debate sobre as competências da VISA. Várias iniciativas foram empreendidas para sua reestruturação e organização em âmbito federal, estadual e municipal (DE SETA; DAIN, 2010). Neste sentido, foi proposto a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) sob as diretrizes da portaria 1.565, de 26 de agosto de 1994, cuja organização buscava a descentralização da execução dos serviços e ações da União para os Estados e Municípios, e dos Estados para os Municípios e instâncias regionais. No entanto, essa portaria não foi efetivamente colocada em prática. (DE SETA; DAIN, 2010) (JULIANO; ASSIS, 2004)

Ainda na década de 90 foram editadas as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOBs/SUS), instrumentos importantes para a descentralização das ações e serviços na área da saúde. Com relação à VISA, a NOB SUS 1996 estabeleceu algumas bases para a gestão descentralizada da vigilância sanitária, determinou os critérios gerais para habilitação e criou mecanismos de financiamento específicos. Os compromissos em vigilância

sanitária variavam de acordo com a forma de gestão e grau de desenvolvimento dos municípios. (FERRARO, COSTA & VIEIRA-DA-SILVA, 2009)

Importante salientar que a NOB SUS 96 ainda inovou ao introduzir o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), inserido como parte variável do Piso de Atenção Básica, assim como descreveu atribuições de cada gestor nas três esferas de governo no tocante à Vigilância Sanitária. A partir de 1998, os municípios passaram a receber recursos do PBVS repassados fundo a fundo, calculados por sua base populacional, referida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no valor de 0,25 centavos per capita/ano. (DE SETA; DAIN, 2010)

Ainda na década de 1990 foi editada a Lei Federal nº 9.782/99 que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ao instituir a ANVISA e seu modelo de gestão, colocou-se um fim na rotatividade dos postos de direção do órgão federal e se dispôs sobre a arrecadação das taxas de fiscalização aumentando a capacidade financeira da ANVISA (COHEN, 2009). Com isso, abriu-se novas perspectivas de avanços na realização das práticas de vigilância sanitária no país e, conseqüentemente, da possibilidade de se efetivar a garantia do direito à saúde. (JULIANO; ASSIS, 2004)

A partir de 2006, com a publicação da Portaria nº. 399/GM o governo instituiu o Pacto pela Saúde, uma importante ferramenta para maior responsabilização dos entes federados pelas ações da VISA. O Pacto apresentava o propósito de estabelecer uma normativa nacional menos complexa, mais flexível e baseada em regras gerais, capaz de consolidar a descentralização do SUS na perspectiva da solidariedade, da cooperação e da autonomia entre os entes federados. (DE SETA; DAIN, 2010)

Com o Pacto em 2006, houve a revisão das formas de financiamento do SUS, definição dos repasses de recursos federais em cinco blocos de financiamento: Atenção de Média e Alta Complexidades; Atenção Básica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica. Os repasses para vigilância sanitária, no bloco vigilância em saúde, sofreram um acréscimo passando ser de R\$ 0,32 (trinta e dois centavos) habitante/ano. Assim, inova na gestão descentralizada da VISA e impõem à organização setorial, impulsionando a articulação entre as diferentes instâncias e setores de prestação de serviços de saúde. (DE SETA; DAIN, 2010)

Apesar de suas atividades serem desenvolvidas no Brasil já há algum tempo e mesmo com a institucionalização de legislação específica na década de 1970 a organização da VISA nunca se deu por meio de um sistema. Segundo Lucchese (2001: 97), o órgão responsável pela VISA no nível federal, criada em 1976, trabalhava com as secretarias estaduais de forma assistemática.

Percebe-se que existia uma fragmentação na organização das ações de VISA que perdurou até final dos anos 1990, quando em meio a um contexto de suspeitas de corrupção e escândalos ocorridos em 1996, 1997 e 1998 na área de medicamentos, foi proposta uma reformulação organizacional instituindo uma agência reguladora nacional, a ANVISA, para coordenar o recém-criado Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). (GARCIA; L'ABBATE, 2015)

Estabelecido legalmente, o SNVS é definido como

“o conjunto de ações de vigilância sanitária, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.” (BRASIL, 1999).

A partir da criação da ANVISA acontece a redistribuição dos recursos arrecadados pelo órgão federal para os estados, o que possibilitou à área contar com fonte de financiamento específica, assim, houve avanço no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária para os estados, na medida em que foram estabelecidos incentivos financeiros como instrumento de indução. (COVEM, 2010)

O processo de descentralização, inicialmente efetivado apenas mediante o repasse de recursos financeiros, ampliou-se para a organização e gestão do SNVS, a partir de uma programação negociada e pactuada com estados e municípios no âmbito das comissões bipartites. O Termo de Ajuste e Metas (TAM) objetivou o fortalecimento do SNVS, mediante o fomento e a execução de atividades na área, definindo metas organizativas e finalísticas. (COVEM, 2010)

Diante das iniciativas para implantação do SNVS que ocorreram no país a partir da Constituição de 1988, foi, paulatinamente, sendo organizado os setores responsáveis pela VISA nos municípios brasileiros, atendendo assim, ao princípio da descentralização no SUS. (OLIVEIRA; DALLARI, 2011)

Entendida enquanto transferência de poder decisório a municípios ou entidades e órgãos locais, a descentralização expressa, por um lado, tendências democratizantes, participativas e de responsabilização e, por outro, processos de modernização gerencial da gestão pública. (MELO, 1996)

Ao lado do conceito de descentralização, há outras noções correlatas, tais como: desconcentração, delegação e devolução. No sentido amplo e que envolve as três dimensões, a devolução pode ser definida como a transferência ao nível intergovernamental de poder decisório sobre as esferas financeira, administrativa e programática. Neste sentido se diferencia – e amplia – o conceito de desconcentração, que descreve mecanismos de transferência de encargos e tarefas entre unidades administrativas ou políticas subnacionais; ou de delegação quando apenas algum grau de poder decisório é transferido. Quando a descentralização ocorre no âmbito de empresas, ou entre empresas e setor público, verifica-se um processo de terceirização. (MELO, 1996)

No Brasil, a centralização autoritária atingiu seu ponto máximo na década de 70, assim, a transição democrática apresentou como momento emblemático a Constituição de 1988, considerada um marco de descentralização federativa (UGELMAS; SOLA, 1999). Segundo Souza (1998) com a promulgação da Constituição de 1988 houve uma expressiva descentralização na distribuição dos recursos tributários e do poder político no Brasil. Nesse aspecto, a Carta Magna de 1988 resultou do compromisso com a institucionalização de valores democráticos, em que a descentralização assumiu papel relevante.

Assim, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o sistema federativo como cláusula pétrea e introduziu a figura dos municípios como entes autônomos, fato inédito nos sistemas federalistas no mundo. Os entes federados, possuiriam agora, significativa autonomia administrativa, bem como capacidade de arrecadação tributária e despesas próprias. Nesse contexto o federalismo brasileiro apresenta a concepção cooperativa que envolve a repartição de atribuições entre os entes com vistas a atuarem conjuntamente na formulação e implementação de políticas. (CAVALCANTE, 2011)

Assim, instituiu-se um processo de descentralização dos serviços públicos básicos mediante a definição de macrorresponsabilidades, e quanto às políticas sociais no Brasil, apresenta tendências simultâneas tanto centralizadoras quanto descentralizadoras, pois os governos estaduais e municipais tornaram-se responsáveis mais pela implementação do que pela formulação de políticas, estas definidas em nível federal. (CAVALCANTE, 2011)

Dourado e Elias (2011), enfatizam que, em sistemas descentralizados com governantes mais próximos dos problemas e por estarem mais bem informados das preferências dos cidadãos os gestores teriam melhores condições de alcançar resultados positivos - portanto, em melhor situação para decidir sobre a alocação dos recursos - e mais suscetíveis ao controle social.

Salienta-se que nesse trabalho utilizaremos o entendimento de descentralização indicado por Maragon, Scatena & Costa (2009), a saber:

“A incorporação, pelo município, da responsabilidade pela gestão da execução de parte ou de todas as ações de saúde aos seus munícipes, dispondo de autonomia administrativa, técnica, financeira e política para tal, compartilhando a gestão e tornando-a mais próxima do cidadão, considerando suas necessidades e submetendo-se ao seu controle”

Contudo, segundo Beltrammi (2008), os municípios brasileiros ainda não lograram êxito quanto ao alcance da autonomia político-administrativa plena, comprometendo desta forma o planejamento e ações na esfera da saúde.

Para Maragon, Scatena & Costa, (2009), a constituição da VISA nos municípios sempre se pautou na necessidade de um serviço que verificasse minimamente as condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos, principalmente de alimentos, ou para dar respostas à população, em caso de situações emergenciais.

Em revisão de literatura realizada por Castro & Portugal (2013), os autores identificaram que diversas polêmicas têm sido suscitadas relativas ao modelo e procedência quanto ao processo de descentralização da VISA. Destacaram em seus achados que a precariedade política na área, acarreta um pesado ônus para a administração municipal, cabendo aos municípios um conjunto de ações básicas fundamentais, entretanto os mesmos têm se limitado a realização de ações meramente fiscalizatórias, gerando com isso diversas distorções em suas práticas e limita, assim o seu potencial transformador das condições de saúde no Brasil.

Costa & Souto (2014) afirmam que maior importância vem sendo dada à gestão municipal, pois os municípios vêm assumindo competências à medida que os serviços de VISA se organizam, fortalecendo assim a capacidade operativa desse ente federado. Os autores destacam a competência dos municípios em coordenar o sistema municipal de vigilância sanitária e executar os serviços e ações nos termos da legislação de vigilância sanitária.

Entretanto, Ferraro, Costa & Vieira-da-Silva (2009), sinalizam que os componentes do SNVS têm atuado de forma centralizada, restando aos municípios a execução de ações de forma desarticulada. Em seus achados foram encontrados problemas como:

“ausência de projeto político que levasse em conta a estrutura organizacional dos municípios e favorecesse o controle social, falta de clareza das competências, por esferas de governo, pouca articulação intra e interinstitucional, desarticulação com o nível regional, interferência político-partidária, falta de apoio político, além da desmobilização e desinformação da sociedade”. FERRARO, COSTA & VIEIRA-DA-SILVA (2009)

No âmbito dos recursos humanos, verificaram-se problemas como dificuldades técnico-operacionais no desenvolvimento das ações descentralizadas, capacitações limitadas ou inexistentes, ausência de política de recursos humanos, contratos e condições de trabalho precários, alta rotatividade e número reduzido de profissionais. FERRARO, COSTA & VIEIRA-DA-SILVA, (2009)

Para Battesini (2008, p. 17,18), a partir da Constituição Federal em 1988, a VISA tem se organizado enquanto instituição e ganhou credibilidade junto à população e ao SUS, o que representa uma mudança cultural e uma maior responsabilidade.

O autor enfatiza ainda, que é desafiador implantar, implementar e efetivar o SNVS. Estabelece como principais desafios a concretização dos princípios e diretrizes dessa política no tocante a

“estabelecer um sistema constituído pelos níveis Federal, Estadual e Municipal, todos dotados de autonomia de gestão, descentralizado, hierarquizado, integrado ao SUS, capaz de ofertar aos cidadãos brasileiros acesso universal e equânime a ações integrais e integradas de VISA, respaldadas pela participação da comunidade”. (BATTESINI 2008, p. 17,18)

Por outro lado, o autor reconhece que apesar do grande progresso alcançado, esses princípios ainda são ideais a serem alcançados pelo SUS e, em especial, pelo SNVS, mesmo já passando todo esse tempo após o SUS haver sido estabelecido pela Constituição Federal de 1988. (BATTESINI 2008, p. 17,18)

O autor traz ainda que para se conseguir a efetivação do SNVS é necessário enfrentar as legítimas e sistemáticas redefinições na organização do SUS (Normas Operacionais Básicas, Norma Operacional da Assistência à Saúde e Pacto Pela Saúde) e as variações nas prioridades de governo, estabelecidas a cada quatro anos, com base na autonomia administrativa das três esferas de gestão. Como consequência desses fatores, as ações de VISA são ainda incipientes em muitos dos 5564 Municípios do país. (BATTESINI 2008, p. 17,18)

Neste sentido, o autor explicita que, ao analisar o relatório do Termo de Ajustes e Metas (TAM) de 2001 e 2006 (ANVISA, 2001 e 2006), foi possível revelar que o desenvolvimento das ações de VISA nos Estados não reportaram resultados como o esperado e, atendeu apenas a demandas pontuais, não se constituindo em um processo elaborado a partir de planejamento, que contemple ações de curto, médio e longo prazo. Além disto, o documento identifica as limitações do processo de responsabilização pelas ações de VISA e prognostica que a consolidação do SNVS deverá ser antecedida de

“profundas mudanças nas relações entre os seus principais atores, que dependerão de condicionantes políticos, administrativos e organizativos, sem as quais a implementação das diretrizes e estratégias organizacionais se tornará inócua”. (BATTESINI 2008, p. 17,18)

Contudo, ao analisar o segundo documento, o autor afirma que mesmo cinco anos após a publicação do primeiro, poucas alterações foram identificadas em relação as dificuldades identificadas no primeiro documento, cita como problemas

“falta de recursos financeiros para investimento e custeio; a necessidade de alinhamento e integração do SNVS frente às demais ações do SUS; e a ausência de uma estratégia para a descentralização e regionalização das ações de VISA”. (BATTESINI 2008, p. 17,18)

Em trabalho publicado recentemente que apresentou como objetivo delinear os perfis dos profissionais de nível médio das vigilâncias de seis municípios do Estado de Alagoas e dos serviços em que eles operam, Mendes *et al* (2016), afirmam que apesar da incorporação dos municípios ao SNVS, iniciada com os repasses financeiros regulares e automáticos nos anos 2000, o controle dos riscos sanitários relacionados ao consumo de produtos pode ser considerado incipiente.

Já no trabalho publicado por estudiosas da área de VISA, as autoras identificaram, existência de fragilidades de ordem técnico-operacional e distanciamento das demais ações de saúde com dificuldade na execução dos serviços de VISA em municípios. As autoras citam também que os trabalhadores da VISA nos municípios concentram grande esforço para realizar suas atividades. (COSTA; SOUTO, 2014)

Na pesquisa realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013), constatou-se que em pouco mais da metade (52%) dos 3.997 municípios respondentes ao questionário, há instauração de processo administrativo sanitário e, o que chama a atenção, é que em quarenta dos 264 municípios com mais de cem mil habitantes que responderam à pesquisa, tal instauração não ocorre, achado esse, que possibilita a reflexão sobre o grau de organização formal do processo de trabalho das vigilâncias municipais (ANVISA, 2013).

Assim, neste estudo, pretende-se responder a seguinte pergunta de investigação: qual é o grau de implantação da vigilância sanitária em um município de médio porte? Parte-se do pressuposto que a organização da vigilância sanitária no âmbito municipal motivada pela indução federal gerou dificuldades na implementação dessas ações que comprometem o pleno funcionamento da VISA nesse espaço político-administrativo.

2. OBJETIVO

Estimar o grau de implantação da Vigilância Sanitária no Município de Irecê- BA.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Estudo desenvolvido utilizando-se como método a pesquisa avaliativa, do tipo análise do grau de implantação, apresentado como estudo de caso único. Propõe-se com esse estudo aplicar um modelo lógico (Figura I) proposto por (FERRARO, COSTA & VIEIRA-DA-SILVA, 2009) para avaliação de um sistema de vigilância sanitária de saúde municipal.

Segundo Champagne *et al* (2011), para se avaliar uma intervenção é preciso estabelecer um modelo lógico. Seja qual for o programa ou política, pode ser concebido um sistema organizado de ação que inclui em um determinado ambiente os agentes, uma estrutura, processo e um objetivo.

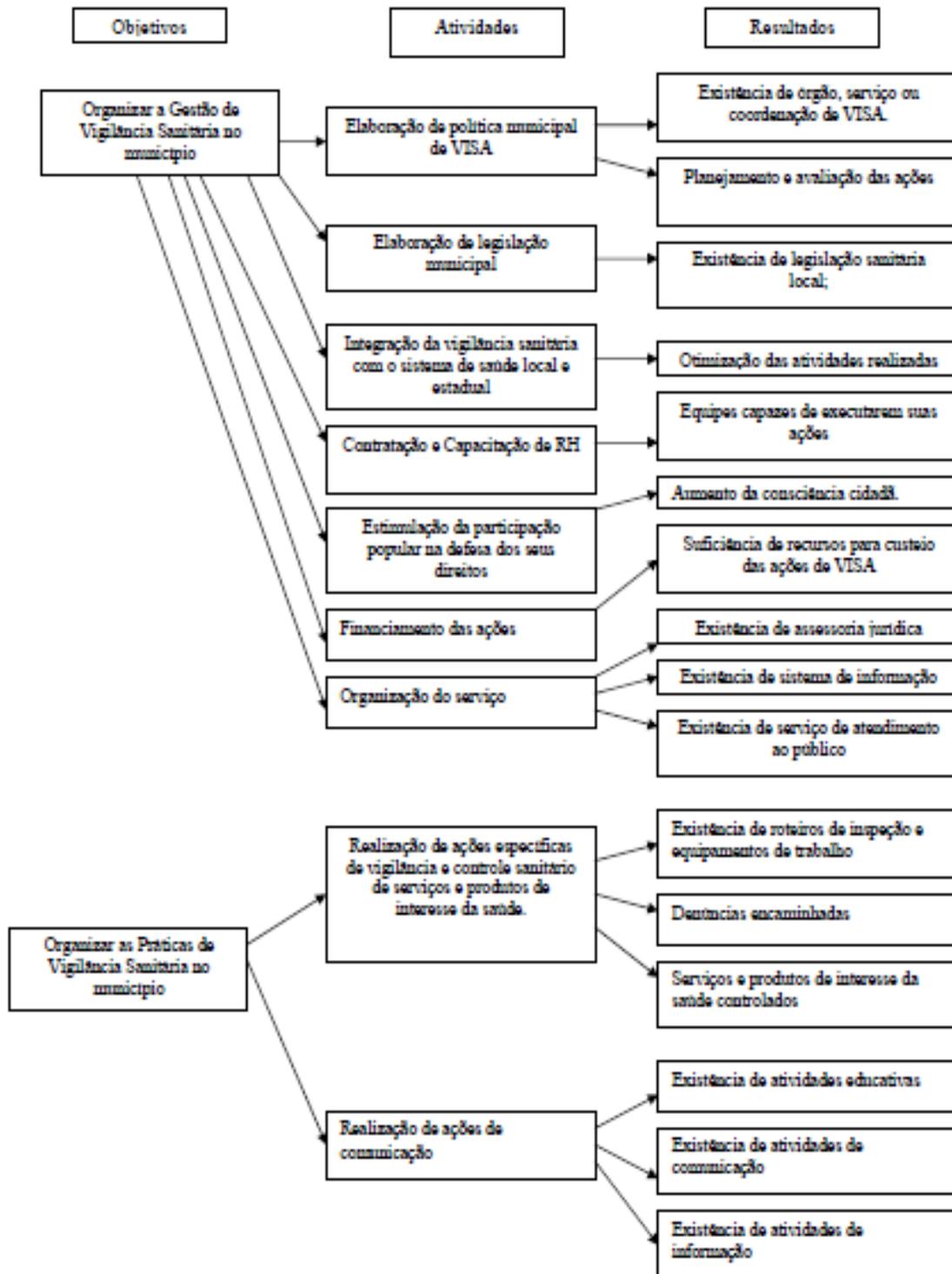
A modelização permite explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos, o modelo lógico permite documentar o sentido de um programa, a partir de uma conceitualização dos vínculos ente as estruturas, os processos e os resultados.

Para Champagne *et al* (2011), modelizar permite

“revelar o conjunto das hipóteses necessárias para que a intervenção, a caixa-preta, permita melhorar a situação problemática. A construção do modelo lógico é útil para todo tipo de atividade e em todo tipo de contexto...”

Nesse estudo, utilizou-se o modelo lógico (Figura 1) proposto por Ferraro, Costa & Vieira-Da-Silva, (2009), a partir do qual adaptou-se a matriz de dimensões, critérios e indicadores (Quadro 1) para avaliar o Sistema Local de Vigilância Sanitária do Município de Irecê indicando, assim, a organização da VISA nessa municipalidade.

3.2 Modelo Lógico para a avaliação da vigilância sanitária municipal de saúde. (FIGURA 1)



Fonte: FERRARO, COSTA & VIEIRA-DA-SILVA, 2009.

Quadro 1. Matriz para avaliação da descentralização da vigilância sanitária municipal adaptado de Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva, (2009)

DIMENSÃO DA GESTÃO						
SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	EVIDÊNCIAS	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO			TOTAL
			INCIPIENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO	IMPLANTADO	
POLÍTICA E LEGISLAÇÃO MUNICIPAL	Existência de instrumento legal que cria taxas de vigilância sanitária					
	Existência de componente relacionado com a VISA no Plano Municipal de Saúde					
	Existência de Plano de Ação da VISA					
	Oferta de ações programáticas					
	Existência de política de qualificação profissional para os recursos humanos da VISA					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
RECURSOS HUMANOS	Existência de equipe técnica que atenda às necessidades do município.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
PARTICIPAÇÃO POPULAR	Componentes de VISA na capacitação dos conselheiros e gestores de saúde					
	Existência de serviço de acolhimento de denúncias					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						

INFRAESTRUTURA	Existência de órgão/serviço (departamento coordenação, divisão) de vigilância sanitária					
	Existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver as suas atividades					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
AUTONOMIA FINANCEIRA	Acompanhamento de fonte financeira regular de recursos exclusivos para custeio das ações /despesas VISA.					
	Acompanhamento/controle dos recursos financeiros pelo coordenador da VISA.					
	Existência de autonomia na gestão financeira dos recursos da VISA.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	Existência de práticas de planejamento e avaliação sistemáticas, integradas como rotina, nos serviços de vigilância sanitária.					
	Acesso à assessoria jurídica de um dos níveis do sistema					
	Existência de sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						

INTEGRAÇÃO DA VISA NO SUS	Ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.					
	Articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública.					
	Articulação com os Serviços de Auditoria e Regulação.					
	Fluxo interno de circulação da informação nas relações entre gestor municipal e a VISA.					
	Articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do Sistema de Vigilância Sanitária					
	Realização de ações conjuntas/intersetoriais com as secretarias da Agricultura; Meio Ambiente; Infra-Estrutura; Uso, Ocupação e Ordenamento do Solo; Defesa Civil, Polícia Militar e Ministério Público.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
TOTAL DA DIMENSÃO:						
DIMENSÃO DAS PRÁTICAS						
SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS	EVIDÊNCIAS	INCIPIENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO	IMPLANTADO	
INSUMOS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO	Utilização de roteiros padronizados de inspeção.					
	Utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária					

	Utilização de equipamentos de proteção individual.					
	Utilização de termômetro e recipiente para coleta.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
AÇÕES ESSENCIAIS DE VISA	Realização de controle sanitário de alimentos no âmbito de sua competência.					
	Realização de controle sanitário de medicamentos no âmbito de sua competência.					
	Realização de controle sanitário de cosméticos no âmbito de sua competência.					
	Realização de controle sanitário de saneantes no âmbito de sua competência.					
	Realização de controle sanitário de produtos médicos no âmbito de sua competência.					
	Realização de vigilância sanitária nos serviços de saúde no âmbito de sua competência.					
	Realização de controle sanitário nos serviços de apoio diagnóstico no âmbito de sua competência.					
	Realização de controle sanitário nos serviços de interesse à saúde no âmbito de sua competência.					
	Realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano.					
	Realização de vigilância e controle sanitário de ambientes de trabalho com vistas a proteção da					

	saúde do trabalhador no âmbito de sua competência.					
	Encaminhamento das queixas que chegam à Vigilância Sanitária aos setores responsáveis/competentes.					
	Atendimento ao público com profissionais de Visa qualificados.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
ATIVIDADE DE COMUNICAÇÃO	Realização de atividades informativas para os profissionais da saúde.					
	Realização de atividades de natureza educativas					
	Realização de atividades de comunicação de risco para a população.					
TOTAL DA SUB-DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
TOTAL DA DIMENSÃO:						
PERCENTUAL:						
TOTAL GERAL:						

3.3 Caracterização do Caso

A escolha do Município de Irecê se deu por apresentar uma população acima de 50 mil habitantes, possuir um sistema de vigilância sanitária implantado desde 1998, ser o município sede da uma região do estado com maior capacidade de ofertar serviços de saúde.

Também foi levada em consideração a relação do pesquisador com o município, visto que ocupava o posto de Presidente do Conselho Municipal de Saúde quando inscreveu na seleção do Mestrado Profissional.

O Município de Irecê fica na Chapada Diamantina Setentrional, abrangendo toda a área do Polígono das Secas, no Estado da Bahia, pertencente à bacia do São Francisco.

A microrregião de Irecê é composta por 19 municípios: América Dourada, Barra do Mendes, Barro Alto, Cafarnaum, Canarana, Central, Gentio do Ouro, Ibipêba, Ibititá, Irecê, Itaguaçu da Bahia, João Dourado, Jussara, Lapão, Mulungu do Morro, Presidente Dutra, São Gabriel, Souto Soares, Uibaí, sendo o município de Irecê o município central da região.

Possui uma área de 314 km², estando distante da capital (Salvador) 478 km. Encontra-se geograficamente situado às Coordenadas: Latitude Sul: 12°18' – Latitude Oeste: 41°52', com uma altitude de 722 metros. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apresentava uma população estimada em 2016 de 73.915 habitantes. (BRASIL, 2017)

3.3 Procedimentos e técnicas para coleta, processamento e análise dados

Os dados foram obtidos mediante realização de entrevistas com informantes chave e consulta a documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão Intergestora Bipartite do Estado da Bahia.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas a partir do roteiro elaborado pelo autor (apêndice 1). Foram entrevistados os seguintes informantes chave: coordenador da Vigilância Sanitária Municipal, um técnico de nível superior (fiscal), um técnico de nível médio, um representante do Conselho Municipal de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde do Município. O maior tempo de serviço na VISA municipal foi o critério utilizado para a escolha dos técnicos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas pelo autor do trabalho. Seu conteúdo foi processado segundo as dimensões, sub-dimensões e critérios propostos e adaptados de Ferraro, Costa & Vieira-da-Silva (2009).

A análise documental foi produzida mediante consulta aos seguintes documentos: Planos Municipais de Saúde 1994-1997; 1998-2001; 2002-2005; 2006-2009; 2010-2013; 2014-2017, Relatórios de Gestão 1996 a 2015, Código Sanitário do Município, leis e decretos municipais referentes à vigilância sanitária municipal. Foram consultadas resoluções da Comissão Intergestora Bipartite da Bahia, relativas à organização dos serviços e descentralização da VISA no âmbito municipal da Bahia. Os documentos selecionados foram processados segundo os excertos referentes ao objeto de estudo (apêndice III).

Para definir o grau de implantação da VISA municipal de Irecê, foi atribuída uma pontuação para cada critério, a saber: grau de implantação incipiente (0), parcialmente implantado (0,5) e implantado (1). A seguir foi calculado a porcentagem de cada sub-dimensão, seguido dos cálculos das dimensões e do total, com o objetivo de atribuir o grau de implantação das ações da VISA no município de Irecê (tabela 1).

Tabela 1: Classificação do grau de implantação das ações da Visa no Município.

0% a 33,99%	Implantação incipiente
34,00% a 66,99%	Parcialmente implantada
67,00% a 100,00%	Implantação avançada

4.4. Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para atender aos requisitos éticos para realização de pesquisa envolvendo seres humanos sob parecer número 2.409.931. Os entrevistados foram esclarecidos quanto a finalidade da pesquisa e convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação dos critérios de avaliação do modelo lógico utilizado indicaram que a Vigilância Sanitária do Município de Irecê encontrava-se em estágio de “descentralização avançada”, pois atingiu 70,67% na média geral das dimensões de gestão e dimensão de práticas, (TABELA I). Quanto à dimensão da gestão, as evidências indicaram um grau de implantação de 71,90 %. A dimensão das práticas alcançou o grau 69,44% de implantação. A seguir, serão apresentados os dados segundo dimensão (apêndices 3 e 4).

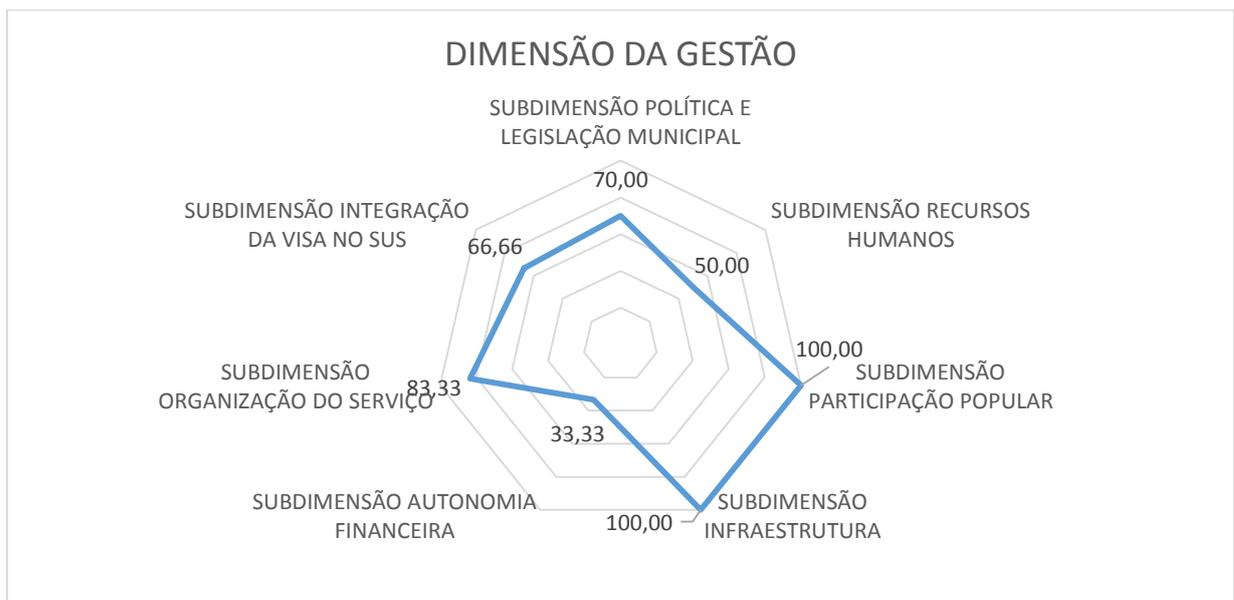
Tabela II. Grau de implantação da VISA de Irecê segundo dimensão, 2018.

Dimensão	%
Dimensão da Gestão	71,90
Dimensão das Práticas	69,44
Média Geral	70,67

Fonte: elaboração própria.

5.1 Dimensão da Gestão

Gráfico 1: Grau de implantação “Dimensão da Gestão”, VISA de Irecê, 2018.



A subdimensão “política e legislação municipal” totalizou 3,5 pontos, o que equivale a 70%, classificada como grau avançada de implantação. Tal dimensão está composta pelos critérios: "existência de instrumento legal de criação de taxas de vigilância sanitária; existência de componente relacionado com a VISA no Plano Municipal de Saúde; existência de Plano de Ação da VISA; oferta de ações programáticas e existência de política de qualificação profissional para os recursos humanos da VISA.

A análise documental do Plano Municipal de Saúde, período 2014-2017, indica que o município investigado atendeu ao critério “existência de componente relacionado com a VISA no Plano Municipal de Saúde”. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014)

Vigilância Sanitária do município de Irecê tem realizado inspeções sanitárias dos estabelecimentos de interesse à saúde, prioritariamente aos que apresentam maior risco a população, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade e contribuir para a redução das taxas de morbi-mortalidade e para a proteção da saúde da população [Ev. 2.1]. (Plano Municipal de Saúde, 2014)

Esse achado foi reiterado por um dos entrevistados. No entanto, o entrevistado acredita que os problemas da VISA são abordados de forma resumida no Plano Municipal de Saúde.

Faz parte do contexto do plano, obrigatoriamente tem que constar, basicamente em termos genéricos, não temos um plano mais detalhado no PLANO DA SAÚDE, ela faz parte do contexto da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, ambiental e Sanitária), mais eu particularmente acho muito resumido. Mais consta em diretrizes gerais [Ev-2]. (ENTREVISTA 1)

Ressalta-se que o Plano Municipal de Saúde se faz importante como instrumento de planejamento e prioriza os principais problemas de saúde do território, assim como as atividades e os recursos necessários para resolver.

A “existência de Plano de Ação da VISA” foi outro critério avaliado no estudo. Identificou-se que o município cumpre com esse critério segundo as entrevistas e análise documental

Tem sim, temos o plano de ação e faço parte da execução do mesmo [Ev-3]. (ENTREVISTA 1)

O Plano de Ação da VISA é elaborado anualmente. Apresenta os problemas e priorização de ações para resolvê-los, bem como os recursos necessários. Um dos entrevistados relatou que a equipe não elabora o do Plano de Ação é uma atividade da coordenação.

Existe o Plano de Ação, a equipe trabalha de forma conjunta no ato de executar o plano mas na formação, fica mais a cargo de Coordenação [Ev-4]. (ENTREVISTA 3)

A não participação da equipe na formulação do plano, pode levar a problemas, como apontou SOUZA (2009) apud LUCENA (2015) pois o Plano de Ação pode se tornar um instrumento burocrático, que não assegura o planejamento e tampouco a implementação das ações necessárias ao cumprimento das metas pactuadas.

No entanto, pode-se observar que em uma das diretrizes do Relatório de Gestão de 2014, ficou caracterizado que o município vem cumprindo esse critério. Consta no objetivo geral de fortalecer a gestão em vigilância sanitária como meta executada a elaboração do Plano de Ação da VISA no ano de 2014. (RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL, 2014)

O Plano de Ação da VISA de 2017 tem como anexo, a ata do Conselho Municipal de Saúde em que o referido Plano foi submetido para avaliação e aprovação. Ao analisar as entrevistas não foi possível identificar menção sobre o assunto. (PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017)

Em estudo realizado pela ANVISA em que se avaliou 3997 municípios brasileiros apontou –se, em seus resultados, que 86% dos municípios informaram que o planejamento é debatido no conselho municipal de saúde, sendo esse mesmo percentual para municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes. Esses números apontam que o município estudado encontra-se em linha com os achados de outros estudos sobre o assunto. (BRASIL, 2013)

Em Irecê, não havia uma política de qualificação profissional para os recursos humanos da VISA como também verificou-se a inexistência de um Plano de Carreira Cargos e Salários para os profissionais desse setor.

Desconheço sobre essa questão de Plano de Carreira Cargos e Salários e com relação aos treinamentos desde quando estou na VISA só participei de um, que foi logo no início, nos oito anos que estou na VISA participei apenas de um treinamento...promovido pelo pessoal da DIVISA...em oito anos até agora, nunca participei de nenhum treinamento e desconheço sobre alguma política de qualificação profissional para os recursos humanos da VISA[Ev-12]. (ENTREVISTA 4)

A existência no município de Plano de Carreira Cargos e Salários para os profissionais da VISA com definição de carreira, cargos e de salários, denominações, sob forma de lei, poderia contribuir para o melhor desempenho das funções pelos profissionais da VISA e com isso melhorar a qualidade do trabalho prestado à população. FERRARO, COSTA E VIEIRA-DA-SILVA, (2009)

As dificuldades dos municípios implementarem essa política foi relatada em estudos como aponta MENEGUINI (2010). Em outra investigação, realizada em uma capital do Estado no Nordeste do Brasil apontou que apesar da existência do Plano de Carreira para os

profissionais de saúde, a VISA não foi totalmente contemplada, pois havia profissionais, a exemplo de engenheiros, que ficaram de fora do plano. (LEAL; TEIXEIRA, 2009)

Foi possível confirmar em outros relatos a dificuldade do município realizar treinamentos.

...recentemente não houve, desde quando assumi a VISA tivemos alguns problemas com relação a treinamentos, na gestão passada não houve praticamente nenhum treinamento. Só que agora a coordenação prima mais por essa parte e os treinamentos tem acontecido em Salvador, onde é escolhido alguns para ir na representação e no retorno toda equipe é beneficiada [Ev-11]. (ENTREVISTA 3)

Basicamente é feito pela Vigilância do Estado, inclusive nós temos ultimamente sentido um pouco falta de treinamento. No ano passado houve um treinamento no final do ano, que foi sobre o VIGIÁGUA. Houve também um evento sobre agrotóxico que também participei em Salvador recentemente. Mais foi, no final de ano, como se fosse a toque de caixa, deu para perceber isso. O município faz alguma coisa, até mesmo as palestras que fazemos para o público de modo geral e os demais funcionários acompanham e, assim, acaba servindo também de modo geral. O treinamento acaba sendo no dia a dia do trabalho, nós passamos as informações básicas e com o tempo vai se adaptando ao serviço [Ev-10]. (ENTREVISTA 1)

Quanto à realização de treinamentos observa-se nas falas dos entrevistados que existiam problemas. Nota-se que muitos profissionais assumiam a VISA e não recebiam nenhum treinamento, chegando ao ponto de um dos entrevistados ressaltar que esse treinamento era feito quando era realizado palestras para o setor regulado.

Essa dificuldade de realização de treinamentos vem sendo apontado em diversos estudos sobre o tema. LEAL e TEIXEIRA (2009) encontraram em seus resultados que os profissionais identificaram a existência de treinamentos de ações básicas, porém não contemplou toda equipe assim como não existia continuidade dos treinamentos. Sobre a realização de capacitação para atuar em ações de média e alta complexidade aquela pesquisa apontou que os profissionais não se sentiam aptos a realizar as atividades.

Em outro estudo, o autor identificou que, dos oito municípios pesquisados, nenhum apresentou recursos humanos capacitados, plano municipal de capacitação de recursos humanos tampouco processo de capacitação de recursos humanos nos últimos três anos. (PIOVESAN et al., 2005)

Os achados dessa investigação apontam para necessidade de maior investimento, por parte do Município de Irecê, em capacitações e treinamentos para equipe da VISA. Isso se justifica pelo fato do trabalho em vigilância sanitária apresentar diversidade de objetos e da velocidade das inovações com implementação de novas tecnologias de produção em diversos setores da economia, o que exige que os técnicos da VISA sejam capacitados a desenvolver

ações tanto educativas como de vigilância e controle do risco sanitário. FERRARO, COSTA E VIEIRA-DA-SILVA, (2009)

A subdimensão recursos humanos está composta pelo critério “existência de equipe técnica que atenda às necessidades do município”. Segundo COSTA, (1999) para realizar as ações de sua responsabilidade é necessário que a equipe seja composta por profissionais de diversas áreas, uma vez que as ações de vigilância sanitária se faz por um campo interdisciplinar com grande especificidade e variedade de sus objetos de cuidado.

Todos os profissionais entrevistados enfatizaram a insuficiência de profissionais, tanto em número quanto em especificidade de formação, para atender às necessidades dos município.

Nossa equipe está defasada, era pra ter sete fiscais tem dois. A equipe técnica também tá defasada, não temos o médico veterinário, era pra ter mais uma nutricionista não temos, então tá defasada, temos dois fiscais apenas e três técnicos [Ev-15]. (ENTREVISTA 4)

Hoje nós temos um quadro desfalcado, e nós temos na equipe: uma enfermeira, uma nutricionista; um farmacêutico e eu como Coordenador que sou médico veterinário esses nível superior. Temos aí mais quatro fiscais de saúde que são nível médio, sendo que destes três são fiscais de saúde da Vigilância Sanitária. Já do nível superior, pode-se dizer que temos dois concursados específicos para VISA. Um sou eu, que fui concursado específico para VISA de Irecê e implantei a VISA no município em 1998 e uma nutricionista que tá no quadro aqui da VISA desde quando foi admitida. Sendo que ela fez um concurso para nutrição em seguida colocaram ela para a VISA [Ev-16]. (ENTREVISTA 1)

Com a estruturação da equipe técnica objetivando atender as necessidades do município um dos entrevistados sinalizou que o município atende aos grupos um e dois da Resolução CIB - 3410, de 22/03/2016 essa atualiza a Resolução CIB- 249 de 30 de dezembro de 2014. (BAHIA, 2016) (BAHIA, 2014)

A Resolução CIB - Comissão Intergestora Bipartite n. 249 de 30 de dezembro de 2014 que apresenta os princípios gerais e estabelece as ações de competência do Estado e dos Municípios na organização, execução e gestão das ações do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde do Estado da Bahia, apresenta a orientação para a composição e formação de profissionais que compõem as equipes. (BAHIA, 2014)

Art. 7º As equipes de Vigilância em Saúde - grupos de pessoas que atuam na vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, na vigilância em saúde do trabalhador e na vigilância laboratorial, seja no âmbito estadual, regional e municipal - deverão ser compostas por trabalhadores com formação e qualificação necessárias à efetiva execução das suas ações descritas no Anexo II desta Resolução.

- I. A composição dessas equipes quanto à quantidade, formação profissional e qualificação dos trabalhadores deverá levar em consideração os objetivos e a abrangência das ações de Vigilância em Saúde, bem como o perfil sanitário e epidemiológico do território;
- II. Exigências quanto à formação dos profissionais, que devem ter capacidade comprovada e credenciamento legal para o desenvolvimento das atividades, são apresentadas no interior do ANEXO II.

A Resolução não deixa claro o quantitativo mínimo de pessoal para compor a equipe, com isso fica a cargo dos municípios dispensarem os trabalhadores de acordo com necessidades de ajustes, como foi justificado por um dos entrevistados pois o município precisou atender a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Hoje nós estamos trabalhando não só na VISA mais em todos os setores com um quantitativo de pessoal reduzido, pela questão da Lei de Responsabilidade Fiscal, exigiu um limite prudencial de 54% com gasto com pessoal, assim foi obrigado realizar a adequação...então nesse sentido a VISA está desfalcada[Ev-16-1]. (Entrevista 2)

Outro agravante que foi identificado e que prejudica a composição da equipe é a ocorrência de trabalhadores contratados por meio do Regime Especial de Direito Administrativo - REDA. Os documentos PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRECÊ (2010) PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRECÊ (2014) apresentam tabelas com o quantitativo de trabalhadores da saúde e suas respectivas funções, lotação e tipo de vínculo. Foi possível identificar existência de trabalhadores lotados na VISA contratados na modalidade temporária na forma de REDA - [Ev-13]. (Documento Institucional 1) [Ev- 14]. (Documento 3)

O estudo realizado por LEAL & TEIXEIRA (2009) também apontou para a insuficiência tanto quantitativa quanto a multiprofissionalidade da equipe da VISA. Em outro estudo realizado recentemente que apresentou como objetivo delinear os perfis dos profissionais de nível médio das vigilâncias de seis municípios do Estado de Alagoas apontou quantitativo de profissionais não era suficiente para o desenvolvimento das atividades da VISA municipal. (MENDES, *et al.*, 2016)

Confirmam também os resultados, achados de outro estudo realizado em 2004 em que foram pesquisados 22 municípios em gestão plena do sistema municipal em um Estado da região Sudeste, pois foi revelado que 77% da amostra identificaram a falta de profissionais efetivos como sendo uma das principais dificuldades apresentadas pelos serviços municipais de VISA. (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2014)

Os autores pontuaram que a falta de equipe mínima é um dos grandes entraves ao avanço do processo de descentralização e aponta como necessidade prioritária a admissão de profissionais por concurso público, para evitar a alta rotatividade e problemas de legalidade no exercício da função da fiscalização sanitária, que exige fé pública. (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2014)

Assim, os achados de Irecê assemelham-se àqueles de outros estudos, destacando que um entrave na municipalização das ações da VISA se encontra na falta de equipe mínima e falta de investidora por concurso público nos cargos e funções da VISA municipal.

A subdimensão “Participação Popular” apresentou 2,0 pontos, o que equivale 100%, classificada como grau avançada de descentralização. A subdimensão está composta pelos critérios “componentes de VISA na capacitação dos conselheiros e gestores de saúde” e “existência de serviço de acolhimento de denúncias”.

Foi possível identificar que existe no município componentes da VISA na capacitação dos conselheiros e gestores de Saúde.

Já participamos de uma capacitação de dois dias, um sábado e um domingo... era pra ser todo o pessoal do Conselho, mais infelizmente nem todos puderam comparecer. E depois, também houve outro evento, que também pode ser considerado como capacitação. E nós fizemos ainda no final de 2017. Assim, esse curso foi o próprio Conselho que solicitou, veio o pessoal do Estado e fez a capacitação. E dentre os temas abordados nesse curso...Vigilância Sanitária foi abordado. Ele não foi o tema principal, o tema principal foi voltado para a questão da saúde do trabalhador e também o papel do Conselho..., assim tiveram momentos que se falou bastante da Vigilância Sanitária, pois a VISA está a todo momento das pessoas tanto do Conselho como também de todas pessoas do município. Então houve momentos que se discutiu sobre a própria Vigilância [Ev. 17]. (Entrevista 5)

A subdimensão “Infraestrutura” apresentou dois pontos (2,0), o que equivale 100%, classificada como grau avançada de descentralização. A subdimensão está composta pelos critérios “existência de órgão/serviço (departamento coordenação, divisão) de vigilância sanitária” e “existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver as suas atividades”.

Os profissionais entrevistados ressaltaram a existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver suas atividades.

...nós trabalhamos em um prédio que tem ocupação exclusiva da VISA, próprio da Prefeitura e a VISA funciona de forma solteira aqui...a estrutura é muito boa... é onde era a Farmácia Popular do Brasil, aqui nós temos espaço físico muito bom, salas que comportam muito bem a VISA, ventilado e iluminado, temos copa, banheiro masculino e feminino, temos local para atendimento ao público, sala reservada. Só tá faltando no momento instalar o ar condicionado, pois esse que está instalado não está

funcionando direito, mas o outro já está adquirido e só falta instalar. Temos telefone próprio, internet, computadores temos tudo [Ev. 23]. (Entrevista 1)

Observa-se que a VISA municipal encontra-se contemplada com relação aos recursos necessários para o desempenho de suas funções, com espaço físico próprio, salas adequadas ao trabalho, copa, banheiros, acesso a computadores, telefone internet. Esse achado diverge do encontrado na pesquisa realizada por PIOVESAN, et al. (2005) que analisaram a relação entre os serviços de Vigilância Sanitária e os contextos sanitário, epidemiológico, político, social e econômico de seus territórios em oito municípios do Estado da Paraíba. Os autores identificaram que 50% dos municípios apresentavam edificações adequadas, apenas 37,5% apresentavam equipamento de informática para uso exclusivo e o mesmo percentual para equipamento de comunicação.

O critério “Existência de órgão/serviço (departamento coordenação, divisão) de vigilância sanitária” também foi citado pelos profissionais nas entrevistas

A VISA está dentro do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, ocupa um espaço importante... [Ev. 21]. (Entrevista 2)

...temos a VISA inserida no contexto da Vigilância em Saúde e assim nós estamos lá como Divisão de Vigilância Sanitária [Ev. 22]. (Entrevista 1)

A análise dos documentos permitiu identificar que a Lei municipal 457 de 1997 definiu nova estrutura para a Secretaria Municipal de Saúde onde consta o Setor de Vigilância Sanitária inserido no Departamento de Gerenciamento da Rede de Serviços de Saúde e criação do cargo de chefe do Setor da Vigilância Sanitária [Ev. 22.1] (IRECÊ, 1997). A existência de órgão/serviço (departamento coordenação, divisão) também foi reportada na pesquisa realizada por PIOVESAN, et al. (2005).

A subdimensão “autonomia Financeira” apresentou um ponto (1,0), o que equivale a 33,33%, classificada com grau incipiente de descentralização. A subdimensão está composta pelos critérios “acompanhamento de fonte financeira regular de recursos exclusivos para custeio das ações /despesas VISA”, “acompanhamento/controle dos recursos financeiros pelo coordenador da VISA” e “existência de autonomia na gestão financeira dos recursos da VISA”. Os profissionais entrevistados evidenciaram que existe alocação de recursos para a VISA municipal, no entanto, não acontece o acompanhamento se, de fato, os recursos estão sendo

realmente alocados e gastos com a VISA, como não se conhece a contrapartida de recursos destinados à vigilância sanitária.

Eu considero como uma problemática para nós...o recurso hoje ele não é aquele recurso que vem carimbado exclusivamente para a VISA. Ele vem para a Vigilância em Saúde e aí depois ...o gestor administra esse recurso. Nós temos também a arrecadação própria que teoricamente deveria ser convertida para as ações, é uma arrecadação até razoável, a gente tá no patamar de 120 mil reais por ano, ano passado foi nesse nível. Nós somos bem assistidos de certo modo, não temos como nos queixar muito, mais os recursos não são destinados[Ev.25]. (ENTREVISTA 1)

Segundo FERRARO, COSTA & VIEIRA-DA-SILVA, (2009), se faz necessário que os recursos financeiros previstos para a VISA sejam efetivamente alocados e gastos com a VISA, assim como, os municípios deveriam garantir regularmente a contrapartida de recursos para a VISA. Outro fato apontado pelas autoras é a necessidade de existência de conta bancária de vigilância sanitária que estivesse sob controle do coordenador, o que daria maior agilidade na resolução das urgências sanitárias.

Sobre autonomia e gestão financeira identificou-se nas entrevistas que não existe planejamento financeiro ou conhecimento, por parte dos entrevistados, do planejamento. Ficou evidenciado que a gestão financeira é feita de acordo com a demanda do setor de VISA, além do coordenador não possuir controle e conhecimento sobre o montante de recursos destinados ao custeio das ações da VISA.

A gestão financeira é feita de acordo com a demanda, o coordenador solicita algo e a secretária analisa e vê de consegue custear [Ev. 27].(ENTREVISTA 2)

Caso tenhamos alguma demanda, temos que solicitar por meio de ofício, circular o que seja, para a Secretaria de Saúde e aí ela vai ver quais são as possibilidades, vai se dirigir certamente ao setor financeiro... [Ev. 28](ENTREVISTA 1)

Os achados na pesquisa reforçam as afirmações de MARAGON, SCATENA & COSTA (2009) de que a maioria dos serviços de VISA não têm seus recursos aplicados no setor, o que impede a obtenção de benefícios profissionais e materiais. Esses fatos evidenciam falta de autonomia no gerenciamento dos recursos por parte da VISA, ausência de auditoria e avaliação dos órgãos responsáveis e falta de acompanhamento por parte dos conselho municipal de saúde.

Em outro estudo publicado em 2011 que apresentou como objetivo analisar os fatores que interferem na descentralização das ações de Vigilância Sanitária (VISA), nos municípios do estado da Bahia que se encontravam em Gestão Plena do Sistema, BARRETO (2008) foi um achado relevante o fato de que os recursos financeiros repassados pela instância federal, também foram considerados pelos informantes como insuficientes para o desenvolvimento das

atividades sob responsabilidade municipal. No entanto, os autores identificam que a forma de apresentação dos relatórios de gestão dos municípios limitou a análise relacionada à questão do financiamento. Os documentos não apresentavam, segundo os autores, previsão e execução orçamentária, como também às fontes de receita direcionadas para a execução das ações de VISA.

Assim, para os autores, tratar de questões financeiras com discussões sobre suficiência ou insuficiência de recursos financeiros não é possível, sendo que os informantes não conhecem a questão, assim como a relação entre recursos financeiros e a incipiente capacidade dos municípios de planejar, gerenciar e execução dos recursos financeiros para intervenção nos riscos sanitários.

Ao observar o trechos das falas abaixo, observa-se que essa situação também foi identificada no estudo.

...esse recurso vem no geral, a VISA municipal é custeada pelo município, independente quanto vem de repasse de outras esferas ou independente de quanto a VISA consegue gerar de recursos. [Ev.24] (ENTREVISTA 2)

...esse acompanhamento não dá para fazer. Tem o repasse da União do Estado e não fazemos esse acompanhamento [Ev. 28] (ENTREVISTA 1)

Na análise documental, no Relatório de Gestão de 2016 foi possível identificar a previsão orçamentária para a VISA, no entanto, o dado apenas indica o que foi orçado de recursos próprios, sendo que outros repasses para a VISA não foram identificados, bem como as receitas com taxas da VISA. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2016)

Diante dessa problemática BARRETO & GUIMARÃES, (2011) sugerem que seja necessária a realização de análise específica e detalhada em relação à destinação dos recursos financeiros para a execução das ações da VISA e a necessidade de investimento no âmbito estadual no monitoramento dos municípios quanto ao desenvolvimento das atividades e aplicação de recursos financeiros no controle dos riscos sanitários presentes nos municípios.

A subdimensão “Organização do Serviço” apresentou pontuação de dois virgula cinco (2,5), o que equivale a 83,33%, classificado como grau avançado de descentralização. A subdimensão está composta pelos critérios “existência de práticas de planejamento e avaliação sistemáticas integradas como rotina, nos serviços de vigilância sanitária”, “acesso à assessoria jurídica de um dos níveis do sistema” e “existência de sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde”.

Quanto ao critério “planejamento e avaliação sistemáticas” integradas como rotina nos serviços de vigilância sanitária”, os profissionais entrevistados referiram que o serviço de Vigilância Sanitária em Irecê executa ações de acordo com critérios de risco sanitário.

...nós temos, até nosso método de atuação, nosso método de trabalho. Nós temos mil e poucas pastas, estabelecimentos cadastrados, aí nós dividimos por área (área de alimentos, área de medicamentos, área de serviços de saúde - o que não está contemplado aqui nós dividimos - cosméticos, a parte voltado para questões químicas entrega o farmacêutico...) e cada um tem seu rol de atuação digamos assim, nós temos uma listagem de todos os estabelecimentos de cada um e vamos monitorando, renovando, essa coisa, vai inspecionando... [Ev. 29]. (ENTREVISTA 1)

...também a questão da demanda espontânea, o pessoal vem aqui setor regulado...tem urgência de uma licitação, às vezes quer comprar medicação, então isso foge um pouco de nosso planejamento, assim temos que largar alguma coisa para cuidar disso, por conta da urgência. E se justifica também não é? [Ev. 29]. (ENTREVISTA 1)

A avaliação foi tema que os profissionais citaram nas entrevistas

Com relação a avaliação temos reuniões. No ano passado fizemos umas três reuniões, esse ano vamos fazer uma já agora depois do Carnaval, no meio do ano, faz uma, pelo menos umas três por ano, com o objetivo de ver a situação, problemas, se a metodologia tá boa, se muda se não muda, essa avaliação é feita [Ev. 29]. (ENTREVISTA 1)

Sempre no final do ano nós fazemos um levantamento de todas ações...nessa reunião é discutido sobre os dados do que foi feito durante o ano...temos metas... [Ev. 30]. (ENTREVISTA 4)

O critério “acesso à assessoria jurídica de um dos níveis do sistema” foi considerado existente nas entrevistas

Temos. Não temos o que nos queixar não. Tem um advogado, próprio da Secretaria de Saúde que nos atende aqui e também tem a procuradoria geral do município, dependendo da questão ou vai para esse da Secretaria ou para a procuradoria do município [Ev. 31]. (ENTREVISTA 1)

O fato de se ter acesso à assessoria jurídica se justifica pela necessidade de instruir adequadamente os processos administrativos, assim o município estudado contempla esse critério. Em estudo publicado em 2013, apontou-se que 86% da amostra de 3.458 municípios declararam possuir algum tipo de assessoria jurídica, o estudo ressaltou a importância da importância da assessoria, pois pode refletir o grau de organização, forma do processo de trabalho dos serviços, sobretudo sobre a segurança jurídica das ações relacionadas ao uso do poder de polícia administrativa por estes serviços. (BRASIL, 2013)

O critério “existência de sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde” foi considerado ausente pelos entrevistados.

Não...hoje aqui nós fazemos muito o acompanhamento manual, pelo computador naturalmente, mas não temos aquele programa específico. Existe nossas anotações feitas diariamente, temos por exemplo. Tudo que chega nós atualizamos, a inspeção anotamos no relatório diário, quando chega do campo colocamos nossos dados ali no computador, para renovar, liberou taxa, liberou Alvará o que acontecer, o que for notificado, estabelecimento novo, é a pasta, temos registro diário disso, mais não é um programa, de modo que nós puxamos a qualquer momento e tem, é atualizado dia-a-dia. Não gera relatório [Ev. 32]. (ENTREVISTA 1)

...a gente já trabalha de forma basicamente organizada, onde cada técnico tem suas pastas organizadas...os alvarás vencem anualmente e de acordo com o que vai vencendo aquele alvará é que vai naquele estabelecimento e vai fazendo a inspeção e renovando o alvará, de forma que chega a cada final de mês zerando as nossas pastas [Ev. 32.1]. (ENTREVISTA 3)

Estudo realizado pela ANVISA também avaliou a existência de cadastro atualizado de estabelecimentos sujeitos à ação da Visa – considerado como controle básico sobre sua atuação – e sobre a implantação de sistema de informação. Com relação ao cadastro 85%, 3.381 municípios afirmaram possuir cadastro atualizado de estabelecimentos, já com relação a implantação do sistema de informação 48% da amostra afirmaram possuir algum tipo de sistema de informação (destes inclusive planilhas word e excel). (BRASIL, 2013)

Comparado aos dados encontrados neste estudo foi possível encontrar similaridade, no entanto é necessário destacar que o município estudado não possui sistema de informação próprio e com sofisticação para gerar relatório e facilidade de extrair dados. Essa dificuldade com relação a um sistema de informação que permita alimentação de dados municipais também foi revelado em estudo que avaliou a descentralização da vigilância sanitária no Município de Várzea Grande no Estado de Mato Grosso. (MARAGON, SCATENA & COSTA, 2009)

Observa-se ainda que desde de 2001, quando da ocorrência da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, esse problema já vinha sendo apontado como desafio a ser superado.

“Inexistência de um sistema de informação em vigilância sanitária articulado com os diversos sistemas de informação em saúde, que devem ser integrados, com desenvolvimento de atividades de informação, educação e comunicação em saúde...”
(BRASIL, 2001)

A subdimensão “integração da VISA ao SUS” apresentou pontuação de seis pontos (6,0), o que equivale a 66,66%, classificado como grau de descentralização intermediário. A subdimensão está composta pelos critérios “ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador”, “articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública”, “articulação com os serviços de auditoria e regulação”, “fluxo

interno de circulação da informação nas relações entre gestor municipal e a VISA”, “articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do Sistema de Vigilância Sanitária” “realização de ações conjuntas/intersectoriais com as secretarias da Agricultura - Meio Ambiente - Infra-Estrutura - Uso, Ocupação e Ordenamento do Solo - Defesa Civil - Polícia Militar - Ministério Público”.

Sobre o critério de ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador houve discordância entre os profissionais entrevistados.

Sim. A gente sempre precisa um do outro. Funciona assim: Principalmente em relação a denúncia, que vem muita denúncia. Casa que tem entulho e que tem focos do mosquito da Dengue, aí vai as duas equipes. Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, nós entramos em contato e vamos todos juntos, essa parceria aí, tranquilo, acontece [Ev .33]. (ENTREVISTA 4)

Outro profissional entrevistado entende que a parceria ainda necessita avançar, no entanto o mesmo relata que já realizaram ações em conjunto.

Já fizemos ações em conjunto. Confesso que não é rotina, inclusive eu dou um suporte de combate a Leishmaniose como Médico Veterinário e tá lá na Vigilância Epidemiológica, mais tá aqui comigo também, nós fazemos esse intercâmbio diário aqui, damos uma orientação, precisa de nossa autorização quando é nos casos de eutanásia [Ev .34]. (Entrevista 1)

Quanto ao critério “articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do Sistema de Vigilância Sanitária” os entrevistados concordaram que essa articulação existe.

A Vigilância Sanitária é bastante articulada com os níveis regionais e estadual, embora estejamos em um município com comando único, mais, principalmente as Vigilâncias elas tem essa relação com o nível regional e estadual, isso é obrigatório, as ações são todas articuladas, junto com as ex-dires que hoje é a base saúde através do núcleo e do Estado SESAB [Ev. 38]. (ENTREVISTA 2)

Apesar de relatar a existência da integração com os outros níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o profissional entrevistado não considera que existe por parte da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental - DIVISA e da ANVISA o apoio técnico. Porém fica evidenciado a existência da articulação, mesmo que de forma esporádica e diretamente com representantes do Estado (Núcleo de Saúde Regional) e não com a DIVISA.

Tem. Mais refere-se a algumas inspeções, às vezes acontece, agora não é coisa costumeira não. É esporádico, mas existe, a DIVISA não me lembro de ter vindo aqui com a gente, porque a DIVISA passa para o Estado e o Estado vem até nós. Mais a

DIVISA não tem não. Aqui o que tem de responsabilidade do Estado são as ações de alta complexidade. Nós trabalhamos com o grupo um e dois da portaria CIB. 34. Agora o que temos aqui no município que compete ao Estado: Hospital Regional, Clínica de Hemodiálise, a Multi-imagem, o Hemoba e a AMI que temos a UTI [Ev. 39]. (ENTREVISTA 1)

...às vezes seguimos modelos da DIVISA, pegamos também da internet e adaptamos a nossa realidade... [Ev. 41]. (Entrevista 1)

O critério “Realização de ações conjuntas/intersectoriais com as secretarias da Agricultura - Meio Ambiente - Infra-Estrutura - Uso, Ocupação e Ordenamento do Solo - Defesa Civil - Polícia Militar - Ministério Público” foi considerado implantado. No entanto, um dos profissionais relatou dificuldade de articular as ações e relatou a necessidade da articulação ser melhor explorada.

Temos sim, o que nós trabalhamos mais em conjunto aqui é com o meio ambiente, algumas demandas...fica clara a questão do meio ambiente e algumas questões que nos envolve e acaba...fazendo algumas coisas em conjunto com o meio ambiente, o que é dele o que é nosso às vezes se confunde um pouco e nós fazemos conjuntamente. Na educação, já tivemos umas duas vezes lá, mais não é aquela coisa rotineira não, por exemplo, a questão das escolas, a questão da merenda, poderia ser explorado mais, para vistoriar as cantinas de modo geral. Mais temos o cadastro das escolas todas, das creches [Ev. 40]. (ENTREVISTA 1)

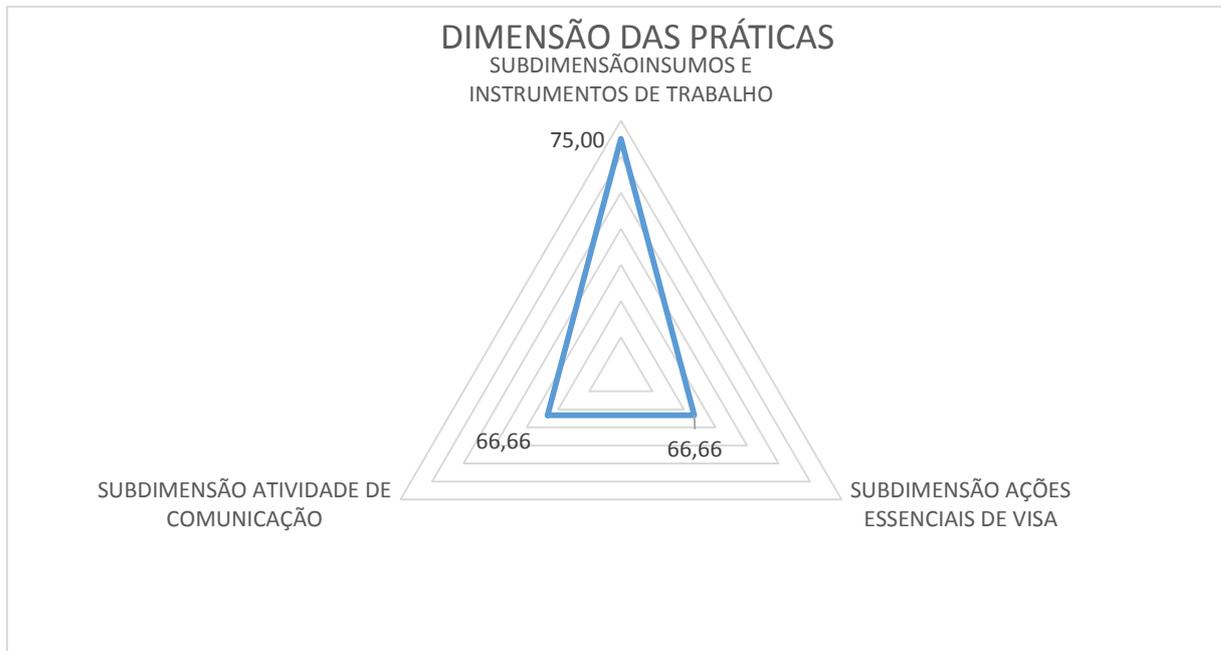
O critério “articulação da visa ao SUS” se torna necessário para melhor desenvolvimento das ações de promoção da saúde, potencializar o desempenho dos resultados físicos e financeiros. Importante ainda para a busca de parcerias para o controle efetivo dos riscos e danos à saúde da população.

A falta de integração já foi apontada desde a realização da 1 Conferência Nacional de Vigilância Sanitária que aconteceu em 2001. No relatório final foi descrito como desafio a ser superado a pouca integração e articulação entre a vigilância sanitária, epidemiológica e setores do sistema de saúde público e privado. (BRASIL, 2001)

Em estudo realizado na microrregião do estado de Mato Grosso em que os autores avaliaram os serviços de VISA no contexto da municipalidade e sob a ótica da gestão descentralizada, os autores concluíram que a integração da VISA com as áreas de saúde a parceria com outros órgãos a cooperação técnica contribuem para o fortalecimento das ações de VISA e das relações intergovernamentais, assim como identificaram que as ações são realizadas de forma fragmentada e desarticulada na maioria dos municípios estudados, os resultados confirmam o que foi encontrado na pesquisa realizada no município de Irecê. (FERRARI & DE SETA, 2010)

5.2. Dimensão das Práticas

Gráfico 2: Grau de implantação “Dimensão das Práticas”, VISA de Irecê, 2018.



A dimensão de práticas foi composta pelas subdimensões: insumos e instrumentos de trabalho; ações essenciais de vigilância sanitária e atividades de comunicação. De um modo geral, a dimensão alcançou o grau 69,44% de implantação, considerado grau avançado de implantação.

A subdimensão, “insumos e instrumentos de trabalho” apresentou pontuação três (3,0), o que equivale 75,00%, classificado como grau avançado de descentralização. A subdimensão está composta pelos critérios “utilização de roteiros padronizados de inspeção sanitária pela VISA”, “Utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária”, “Utilização de equipamentos de proteção individual” e “Utilização de termômetro e recipiente para coleta”.

Quanto ao critério “utilização de roteiros padronizados de inspeção sanitária pela VISA” os entrevistados foram unânimes quanto à existência dos mesmos. Porém com relação à utilização no dia a dia de trabalho, ficou evidenciado nas entrevistas que existem alguns estabelecimentos que a equipe não utiliza, pois consideram atividades simples para serem desenvolvida ou até mesmo pela experiência adquirida no decorrer dos anos de trabalho.

...existem os roteiros. Todos os estabelecimentos tem roteiros...às vezes seguimos modelos da DIVISA, pegamos também da internet e adaptamos a nossa realidade...sobretudo quando se trata de maior grau de complexidade, quando vai se avançando...farmácia de manipulação, a própria farmácia, clínica de modo geral [Ev. 41]. (Entrevista 1)

...cada estabelecimento tem um roteiro apropriado, a gente vai, leva, mais basicamente pela experiência já sabe mais ou menos o que precisamos olhar quando chega no lugar [Ev.4.2]. (Entrevista 3)

Fica evidente a importância desse critério tanto quanto a existência dos mesmos quanto à sua utilização, pois demonstra que a VISA se preocupa com a qualidade das suas atividades e estariam oferecendo ações padronizadas e evitaria excessos de subjetividade entre os técnicos da equipe.

Pesquisa realizada em 2004 em que foram investigados 22 municípios em gestão plena do sistema municipal em um estado da região Sudeste constatou –se a inexistência de roteiros de inspeção, 27% dos serviços de VISA não possuíam roteiro para nenhuma área e 100% dos serviços avaliados não possuíam o conjunto de roteiros necessários ao desenvolvimento de suas ações. (COHEN, et al. 2004)

No entanto, os trabalhos de TIBÚRCIO et al, (2013), FERRARI & DE SETA, (2010) evidenciaram a existência dos roteiros de inspeção em todos os serviços avaliados, resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Já com relação à situação em que os trabalhadores citaram não utilizarem os protocolos em serviços de menor complexidade revela que apesar da existência dos roteiros a não utilização pode acarretar problemas relacionados à padronização das atividades.

O critério “utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária” foi reconhecido pelos entrevistados como não implantado.

Isso já foi discutido em reunião, é passado em reunião, mais...confesso que POP – Protocolos Operacionais Padronizados - da VISA não tá escrito, mais no dia a dia isso tá bem claro, nas práticas diárias. [Ev. 42.2]. (ENTREVISTA 1)

No entanto, em outro trecho da entrevista esse mesmo profissional relata

...acompanhamento, inspeção, fiscalização, notificação, às vezes até damos um segundo prazo. Às vezes tá com dificuldade...hoje nós não temos processo administrativo em andamento [Ev. 43]. (ENTREVISTA 1)

O trecho acima demonstra que o rito dos processos administrativos da VISA não são seguidos, pois muitas vezes acontece que o serviço apresenta dificuldades e a VISA dá um

segundo prezo ao setor regulado para que se adeque às exigências. Com relação à inexistência de processo administrativo em andamento, percebeu-se na análise documental, que nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 não constavam nenhuma instalação de processo administrativo sanitário na tabela em que indica o número de procedimentos realizados pela VISA no período. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRECÊ, 2014)

No plano de ação da VISA de 2017 um dos problemas indicados foi a insuficiente padronização dos processos de trabalho da VISA o que indica que falta implantação de norma para padronização de procedimentos administrativos e fiscais no âmbito da VISA. (PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017)

Na pesquisa dos autores PIOVESAN et al, foi identificado em seus resultados que 75% dos Serviços apresentavam Termos Administrativos, para notificação ou aplicação de sanções, porém, raramente os utilizavam. As orientações e determinações eram predominantemente verbais e, no seu descumprimento, alguns serviços de VISA evitavam os conflitos gerados pelas sanções.

Já no estudo de TIBÚRCIO, et al. (2013) que avaliou as ações de Vigilância Sanitária em um município do recôncavo da Bahia, identificou quanto aos processos administrativos sanitários que a VISA Municipal encaminha as ocorrências ao Ministério Público, uma vez que o órgão da vigilância competente não dispunha de um dirigente que avalie os autos de infração, conforme estabelecido no artigo 22 da Lei Federal 6.437/77. Segundo os pesquisadores essa estratégia não estava surtindo efeito, pois apesar da emissão de duas ou três notificações de advertência as irregularidades sanitárias ainda não tinham sido sanadas.

Ao comparar essa situação com o que foi identificada no município estudado, demonstra que o município apresenta equipe suficiente para realizar a instauração do processo administrativo sanitária e julgamento do mesmo, no entanto não o faz.

A subdimensão “ações essenciais de VISA” apresentou pontuação de oito (8,0), o que equivale a 66,66%. A subdimensão está composta pelos critérios “realização de controle sanitário de medicamentos no âmbito de sua competência”, “realização de controle sanitário de cosméticos no âmbito de sua competência”, “realização de controle sanitário de saneantes no âmbito de sua competência”, “realização de controle sanitário de produtos médicos no âmbito de sua competência”, “realização de vigilância sanitária nos serviços de saúde no âmbito de sua competência”, “realização de controle sanitário nos serviços de apoio diagnóstico no âmbito de sua competência”, “realização de controle sanitário nos serviços de interesse à saúde no âmbito de sua competência”, “realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano”, “realização de vigilância e controle sanitário de ambientes de trabalho com vistas a proteção da

saúde do trabalhador no âmbito de sua competência”, “encaminhamento das queixas que chegam à vigilância sanitária aos setores responsáveis/competentes” e “atendimento ao público com profissionais de visa qualificados”.

O critério “controle sanitário de alimentos no âmbito de sua competência”, foi considerado satisfatório pelos profissionais entrevistados, no entanto, identificou-se dificuldades para realização das atividades.

A demanda do setor de alimentos é maior que nós temos, acredito que cobrimos por volta de 70%. Pois temos dois técnicos da área de alimentos, um nutricionista e um farmacêutico que também dá esse apoio para o nutricionista, dentre os estabelecimentos, são vários, lanchonetes, supermercados, quitandas, mercearias, mercadinhos...esse número não dá para termos certeza, pois não temos o cadastro informatizado para acompanhamento [Ev. 45]. (ENTREVISTA 4)

O profissional entrevistado identificou maior demanda de acompanhamento para o setor de alimentos, devido a existência de maior número de estabelecimentos. Situação parecida foi identificada na pesquisa realizada por TIBÚRCIO, et al. (2013) em que constatou que o setor de alimentos representa 57% da totalidade dos estabelecimentos cadastrados, esse fato se justifica devido a influência direta na promoção à saúde da população e prevenção de doenças veiculadas por alimentos.

Quanto ao critério “controle sanitário de medicamentos no âmbito de sua competência”, o município não possuía empresas que fabricam medicamentos. Segundo entrevistados, o município realiza ação em comércio varejista e distribuidoras de medicamentos.

Existe um farmacêutico e ele consegue cobrir 100% das farmácias existentes no município...eles não vendem sem....Alvará, então muitas vezes eles que correm atrás [Ev. 46]. (ENTREVISTA 4)

Sobre o critério acima, observa-se que o município possui farmacêutico na equipe e o mesmo consegue acompanhar todos os serviços relacionados a medicamentos no município. Dada a importância deste tipo de estabelecimento para o interesse da saúde da população, a pesquisa BRASIL, (2013), identificou que 83% (3.311) dos municípios pesquisados declararam existir esse tipo de estabelecimento e 63% (2.085) dos que possuem esse tipo de comércio realizavam ações de VISA.

Como demonstrado no **ANEXO 1** que apresenta o Anexo da Resolução CIB Nº 034/2016 que atualizou o anexo III da Resolução CIB Nº 249/2014, é possível observar que dentre os estabelecimentos pactuados para o município de Irecê, encontra-se “Dispensário de

Medicamentos”, “Posto de Medicamento”, “Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)” e “Drogaria”.

O critério “controle sanitário de saneantes no âmbito de sua competência” foi considerado “polêmico” por um dos entrevistados.

Eu nem vou falar, assunto polêmico, porque os saneantes é um processo, a Lei é rígida, mais tem algumas empresas em Irecê que são notificadas, notificações bem extensas que a Lei pede, mais estamos correndo atrás aí. Nós conseguimos acompanhar, mais finalizar o processo mesmo, dá o alvará, ainda não estamos conseguindo, pois a notificação é muito extensa e precisa ter um cuidado maior...são saneantes não é. E tem gente que abre nas residências e acha que pode vender, então é um processo novo, por isso que nós não conseguimos [Ev. 48]. (ENTREVISTA 4)

Em pesquisa realizada com o objetivo de analisar amostras de saneantes clandestinos comercializadas quanto aos parâmetros de rotulagem, qualidade microbiológica e físico-química e a avaliação da eficácia os autores concluíram que saneantes clandestinos podem oferecer diversos riscos aos consumidores e aos próprios fabricantes. Ficou evidenciado que o processo de produção não segue as Boas Práticas de Fabricação, o produto é colocado em embalagens reutilizadas e, os rótulos, quando existentes, não apresentam as informações prescritas pela Legislação. Vinte por cento das amostras estavam contaminadas, sendo que 9% por patógenos. OLIVEIRA, CAETANO & GOMES (2012)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) proíbe a venda de saneantes clandestinos e trabalha na conscientização da população para que os saneantes clandestinos sejam evitados devido ao alto risco que proporcionam. Com isso, identifica-se que o serviço de VISA de Irecê, vêm se negando a aplicar a legislação vigente e com isso não realiza o papel de sua competência junto aos serviços produtores de saneantes clandestinos.

Em relação aos critérios “realizar o acompanhamento sanitário nos serviços de saúde no âmbito de sua competência” e “acompanhamento dos serviços de apoio diagnóstico no âmbito de sua competência” os entrevistados enfatizaram que realizam acompanhamento de 100% dos estabelecimentos.

Nesse ano de 2017, atingimos 100% dos estabelecimentos de saúde. Foi um ano bom é igual a Farmácia, pois saúde todos precisam do alvará de VISA [Ev. 50]. (ENTREVISTA 4)

Também conseguimos 100% de cobertura nesses serviços, laboratórios. Somente libera os Alvarás se fizer a fiscalização, acompanhamento de todos eles, se os estabelecimentos tem Alvará então é porque fizemos todo o acompanhamento [Ev. 51]. (ENTREVISTA 4)

Com relação ao acompanhamento sanitário em serviços de saúde e de apoio diagnóstico no âmbito de sua competência foi constatado que o município consegue emitir alvará para o funcionamento desses estabelecimentos. Entretanto, não parece haver a realização periódica da atualização dos mesmos.

...após a liberação do Alvará sanitário, com validade de um ano, geralmente nós não retornamos aos estabelecimentos, isso acontece só no próximo, pois a equipe ainda está reduzida. [Ev. 52]. (ENTREVISTA 3)

No trabalho realizado por COSTA (2014), uma revisão bibliográfica com os objetivos de analisar o papel da Vigilância Sanitária nos serviços de saúde e discutir a prática de controle sanitário destes serviços, a autora enfatiza que esses serviços carecem de atuação mais efetiva e sistemática de controle sanitário.

“Nestas organizações, as atividades a serem desenvolvidas pela VISA são múltiplas e crescem pari passu com o avanço e a incorporação das novas tecnologias médicas, urgindo práticas sanitárias capazes de produzir resultados positivos para o sistema de saúde”.

Além das atividades tradicionais, já realizadas pela VISA, como cadastramento, licenciamento e fiscalização, surge a necessidade de outras ações serem incorporadas, tais como o diagnóstico da situação do serviço quanto ao seu grau de risco epidemiológico, acompanhamento do funcionamento dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar e de Qualidade, através da análise dos indicadores epidemiológicos gerados na instituição; o monitoramento das ações do Núcleo de Segurança do Paciente e seus indicadores de eventos adversos associados aos cuidados de saúde; o controle sanitário do reprocessamento e reuso de produtos médicos na instituição, tanto os considerados de uso múltiplo quanto os produtos ditos de uso único; e o monitoramento dos resíduos gerados no serviço, dentre outras ações, todas complementadas com uma efetiva intervenção sanitária quando os dados apontarem a emergência de riscos para os pacientes ali expostos.

A subdimensão atividade de comunicação apresentou pontuação dois (2,0), o que equivale a 66,66%, classificada como grau de descentralização intermediário. A subdimensão está composta pelos critérios “Realização de atividades informativas para os profissionais da saúde”, “Realização de atividades de natureza educativas” e “Realização de atividades de comunicação de risco para a população”.

No critério “Realização de atividades de natureza educativas”, os profissionais entrevistados consideraram a realização de palestras, treinamentos e cartilhas educativas para o setor regulado.

Isso é feito através de palestras, por exemplo: setores de alimentos, carro de lanche, nós fizemos recentemente lá no auditório da UFBA, a Nutricionista fez um treinamento, aqueles lanches no meio de rua, para cadastrar, aí a VISA foi fazer esse trabalho...nós fazemos também cartilhas educativas para serem distribuídas...[Ev. 57]. (ENTREVISTA 4)

Situação semelhante foi identificada na pesquisa realizada por Tibúrcio, et al. (2013) em que o serviço avaliado realiza ações educativas durante as inspeções sanitárias, palestras, capacitações, elaboração de material educativo, e participação em ações planejadas pela secretaria de saúde. Em outro estudo, realizado em 2000 os autores ressaltaram a realização de ações educativas e de informação sanitária, como realização de palestras em escolas, sindicatos e serviços ambulantes. (JULIANO & ASSIS, 2000)

O critério “Realização de atividades de comunicação de risco para a população” a comunicação por meio de rádio foi considerada existente.

Já ouvi nas próprias rádios locais, duas ou três vezes. O pessoal da VISA conversando com o pessoal das rádios em entrevistas. Fazendo também como se fosse uma prestação de contas, para a sociedade, informando como é o trabalho deles, informando a disponibilidade de atendimento que eles têm e deixando claro para a população qual o trabalho...onde é que eles atuam...conversando com moradores vejo o pessoal comentando [Ev. 61]. (ENTREVISTA 5)

No entanto, outro entrevistado apontou que apesar de considerar a existência da comunicação, atividades em rádio e realização de palestras, elas são insuficientes.

Para a população só se for feito com relação a denúncia, quando nós vamos apurar uma denúncia, nós realizamos as orientações as pessoas. Agora palestras para a população, comunicação em rádio isso é muito pouco [Ev. 59]. (ENTREVISTA 4)

Essa situação foi apontada também no Plano de Ação da VISA Irecê de 2017 em que foi apontado como problema a ser solucionado a “inexistência de ações educativas em VISA perante o setor regulado e população, em Irecê”. (PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações da VISA no município de Irecê foram consideradas, segundo método utilizado no estudo, com grau de implantação avançado, dado que a dimensão da Gestão apresentou pontuação de 71,90% e a dimensão de Práticas, pontuação de 69,44% com média geral de 70,67%,

As subdimensões avaliadas da Dimensão da Gestão “Participação Popular” e “infraestrutura” receberam maior pontuação, já as subdimensões de “Recursos Humanos” e “Autonomia Financeira” receberam menor pontuação, com destaque para autonomia financeira que recebeu apenas 33,33%.

Nesse sentido, o estudo aponta para a necessidade de adequação com relação ao quantitativo de pessoal e realização de treinamentos para a equipe. Com relação a gestão financeira o estudo apontou dependência do órgão VISA municipal em relação à Secretária Municipal de Saúde.

A dimensão de práticas em que foram avaliadas as subdimensões “Instrumentos de Trabalho”, que “Atividades de Comunicação” e “Ações Essenciais da VISA” o estudo, apontou-se pela necessidade de melhor aperfeiçoamento das atividades de comunicação do risco sanitário para a população com necessidade de utilização de meios formais para divulgação. Com relação aos instrumentos de trabalho foi possível concluir que apesar dos critérios receberem pontuação que indicaram grau de descentralização avançada, o serviço de VISA municipal não apresenta protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária.

Com a realização desse estudo foi possível avaliar o grau de implantação da VISA no município de Irecê e constatou-se que mesmo com dificuldades e problemas - em linha com outros estudos - o serviço de VISA municipal encontra-se organizado, no entanto percebeu-se a necessidade de avançar em questões estratégicas como recursos humanos, recursos financeiros e organização do serviço para que a VISA municipal possa efetivamente dá respostas adequadas aos desafios enfrentados no campo de atuação.

Importante ressaltar que devido o município não possuir o sistema de cadastro atualizado dos estabelecimentos sujeitos a avaliação da VISA e também não possuir relatórios de atividades realizadas a análise de alguns critérios ficou prejudicada.

O modelo lógico utilizado mostrou-se suficiente para analisar os critérios listados na dimensão da gestão, no entanto com relação a dimensão de práticas observou-se que os critérios estabelecidos não contemplou a realidade do município investigado. Assim, para outras

investigações em que os pesquisadores necessitem utilizar essa mesma metodologia, aconselha-se para análise dos critérios de práticas possam ser utilizados e acrescidos indicadores qualitativos de cada um dos critérios estabelecidos.

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil: informe preliminar. Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em:< encurtador.com.br/ikzU9 > Acesso em: 04 junho. 2017.

BAHIA. Resolução CIB nº 3410 de 22 de março de 2016. Aprova a atualização dos anexos, I, II e III da Resolução CIB nº 249/2014.

_____. Resolução CIB nº 249 de 30 de dezembro de 2014. Aprova revisão da Resolução CIB Nº 084/2011 nos termos constantes dos Anexos I, II e III que apresentam os princípios gerais e estabelece as ações de competência do Estado e dos Municípios na organização, execução e gestão das ações do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde do Estado da Bahia.

BARRETO, L.R; GUIMARÃES M.C.L. Um estudo sobre a descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios baianos: fatores intervenientes. *Cad. Saúde Colet.*, 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 305-11.

BATTESINI, M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal. 2008. 210 f. (Doutorado em Engenharia) – *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 2008.

BELTRAMMI, D.G.M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. *Rev. Adm. Saúde.* 2008 Out-Dez; 10(41): 159-163.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil. 2013.

_____. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária , 1., 2001, Brasília .Relatório Final ... [S.l.]: *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, 2001. 159 p.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção1, p. 018055.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *D.O.U.* de 27.01.1999, Seção 1, pág. 1.

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em:< encurtador.com.br/sEHLR > Acesso em: 20 de Julho de 2017.

CASTRO, L.S.; PORTUGAL, B. Necessidades básicas para a estruturação e descentralização da vigilância sanitária a nível municipal. *8ª Mostra da Produção Científica da Pós-Graduação Latu Sensu da PUC Goiás*. Goiânia, 1º de novembro de 2013. Disponível em: <encurtador.com.br/gtJP8 >. Acesso em: 30 jul. 2017.

CAVALCANTE, P. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1781-1804, Dez. 2011 .

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, ASTRID et al. AVALIAÇÃO, Conceitos e Métodos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. cap. 10, p. 217-238.

COHEN, M.M. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, 2009.

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. *Rev Bras Epidemiol*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 290-301, set. 2014.

COSTA, E.A. Vigilância sanitária: proteção e defesa da vida. São Paulo: SOBRAVME, 1999.
COSTA, E.A.M. VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: os desafios da prática . *Vigilância Sanitária em Debate* , [S.l.], v. 2, n. 2, p. 27-33. 2014.

COSTA E.A.; SOUTO A, C. Área Temática de Vigilância Sanitária. In: PAIM, J.S; FILHO, A, N(Orgs). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: *MedBook*, 2014. 327-341.

COVEM E.M. Descentralização das ações de vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3318-3328, 2010.

DE SETA, M.H; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, Nov. 2010 .

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saúde Pública*, 2011; 45(1):204-211.

FERRARO, A.H.A; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 10, Out. 2009.

FERRARI, H.Y.M. DE SETA, M.H. Descentralização da vigilância sanitária: uma análise dos serviços no contexto da municipalidade na microrregião Teles Pires. 2010. 183f. (Mestrado em Saúde Pública) – *Escola Nacional de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 2010.

GARCIA, R. A.; L'ABBATE, S. Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da Análise Institucional sócio-histórica. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 107, p. 997-1007, Dez. 2015.

IRECÊ . LEI n. 457, de 10 de mar. de 1997. Lei que modificou a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Irecê Estado da Bahia e de outras providências. Lei que modificou a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Irecê Estado da Bahia e de outras providências. *Prefeitura Municipal de Irecê* . IRECÊ, mar. 1997.

_____. Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2014). Plano Municipal de Saúde. *Secretária Municipal de Saúde de Irecê*. [S.l.: s.n.], 2014. 147 p.

_____. Relatório de Gestão Municipal – Janeiro a Dezembro 2014. (2014). Relatório de Gestão Municipal. *Secretária Municipal de Saúde de Irecê*. [S.l.: s.n.], 2014. 50 p.

_____. Plano de Ação Municipal da Vigilância Sanitária. (2017). Plano de Ação Municipal da Vigilância Sanitária. *Secretária Municipal de Saúde de Irecê*. [S.l.: s.n.], 2017.

JULIANO, I.A; ASSIS, M.M.A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 493-505, jan. 2004.

LEAL, C.O.B.S; TEIXEIRA, C.F. Análise de Situação dos Recursos Humanos da Vigilância Sanitária em Salvador - Ba, Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, [S.l.], v. 13, n. 30, p. 167-179, jun/set. 2009.

LUCCHESI, G. Globalização e Regulação Sanitária – Rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 329 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – *Fundação Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, 2001.

LUCENA, R.C.B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Rev. Adm. Pública*, [S.l.], v. 49, n. 5, p. 1107-1120, set. 2015.

MENEGUINI, V.C. A Regionalização da Vigilância Sanitária no Estado de Mato Grosso: Coordenação Federativa e do Trabalho. Rio de Janeiro: *Fiocruz*, 2010. 133 p.

MARANGON, M. S.; SCATENA, J.H.G.; COSTA, E.A. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 457-479, abr. 2009.

MELO, M.; André B. C. Crise Federativa, Guerra Fiscal e "Hobbesianismo Municipal", Efeitos Perversos da Descentralização? *São Paulo em Perspectiva*, Fundação SEADE, v.10, n. 3, p. 11-20, jul./set. 1996.

MENDES, T.K.A. et al. Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em Alagoas: a precarização da formação e do trabalho. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-443, Ago. 2016.

OLIVEIRA, A.M.C; DALLARI, S.G. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 3, Set. 2011.

OLIVEIRA, V.L.S; CAETANO, R.M; GOMES, F.C.O. Avaliação da Qualidade de Saneantes Caseiros. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 577-582, jan. 2012.

PIOVESAN, M.F et al. Vigilância Sanitária: Uma Proposta de Análise Dos Contextos Locais. *Rev Bras Epidemiol*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 83-95, mar. 2005.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998.

<encurtador.com.br/kDV18>. Acesso em:04/06/2017.

TIBÚRCIO, C.L.C; VIDAL, J.P.O. Avaliação das Ações de Vigilância Sanitária em um Município do Recôncavo da Bahia. *Vigilância Sanitária Em Debate*, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 19-26, jan. 2013.

UGELMAS, E.; SOLA, Lourdes. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 11 (2): 63-81, out. 1999 (editado em fev. 2000).

Anexo 1

Anexo I da resolução CIB nº 034/2016 que atualizou o anexo III da resolução CIB nº 249/2014 com os estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados segundo o grau de complexidade das ações para gerenciamento do risco sanitário.

GRUPO 1
Academia de ginástica
Açougue
Albergue
Ambulância de suporte básico (serviço de remoção destinado ao transporte inter-hospitalar e pré-hospitalar)
Ambulância de transporte (serviço de remoção destinado ao transporte de pacientes)
Bar, Lanchonete e similares
Camping
Cantina Escolar e fornecimento de alimentação do escolar
Carro Pipa
Casa de Apoio/Casa de Passagem
Casa de Parto Natural
Casa de Produtos Naturais
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Centro de Convivência
Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS) Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade mista
Cinema, Teatro, Casa de Espetáculos e similares
Clínica de Reabilitação e Fisioterapia
Clínica e Consultório Odontológico, Clínica de Implante Dentário e Cirurgia, Clínica e Policlínica de ensino Odontológico, Unidade Móvel
Odontológica (com ou sem equipamento de Raios X), Policlínica Odontológica
Clínica Médica
Clínica e Consultório Veterinário
Clube recreativo e piscina de uso público
Comércio ambulante de alimentos
Comércio de frangos, peixes e mariscos
Comércio varejista de alimentos
Comércio varejista de cosméticos e produtos para a saúde
Comércio varejista de saneantes e domissanitários
Consultório Médico, de Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Acupuntura, Terapia Alternativa e outros
Depósito de produtos de interesse à saúde
Dispensário de Medicamentos / Posto de Medicamento /Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)
Drogaria
Empresa de limpeza de fossas
Empresa de representação de medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos para a saúde

Empresa de representação de serviços de alimentação e nutrição (unidade sem finalidades ou atividades operacionais)
Escola, Creche, Orfanato
Estação Rodoviária, Ferroviária e Hidroviária
Estádio de Futebol, Arenas e Ginásio de Esporte
Estúdio ou gabinete de tatuagem, piercing
Feira livre e típica
Hotel, Motel e similares
Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Casa de Repouso
Laboratório e Oficina de prótese odontológica
Lavanderia Comercial
Mercado, Supermercado e Hipermercado
Necrotério, Cemitério, Crematório, Carro Mortuário, Tanatório e Sala de Vigília (Velório)
Ótica e Laboratório Ótico
Padaria, Confeitaria, Sorveteria, Congelados e Buffet
Policlínica sem serviço de imagem
Posto de coleta laboratorial (definido pela RDC 302/05)
Quitanda, Casa de Frutas
Residência Terapêutica
Restaurante e Refeitório
Sistema de abastecimento de água e Estação de tratamento de água
Serviços de Estética, Salão de Beleza, Barbearia, Casa de Banho, Sauna e congêneres sem responsabilidade técnica
Tabacaria, Charutaria e similares
Transportadora de produtos de interesse à saúde
Transportadora de Alimentos
Unidade móvel de assistência à saúde sem serviço de imagem
Unidade Prisional e Unidade de Atendimento Socioeducativa
Veículo transportador de refeição pronta
GRUPO 2
Centro de Referência Estadual
Centro de Referência Municipal
Distribuidora / Importadora / Exportadora de produtos para a saúde
Distribuidora / Importadora / Exportadora de alimentos e seus produtos afins
Distribuidora / Importadora / Exportadora de cosméticos e saneantes
Distribuidora / Importadora / Exportadora de insumo para produção de cosméticos, saneantes e produtos para a saúde
Distribuidora / Importadora / Exportadora de medicamentos
Empresa aplicadora de saneantes domissanitários / controladora de pragas urbanas
Hospital DIA
Hospital de Pequeno Porte
Hospital Psiquiátrico
Hospital Veterinário

Indústria de alimentos dispensados da obrigatoriedade de registro na ANVISA
Indústria de cosméticos com grau de risco I
Indústria de produtos para a saúde dispensados de registro na ANVISA
Indústria de saneantes com grau de risco I
Instituto de Radiologia Odontológica ou Serviço de Radiologia Odontológica
Laboratório de Análises de Alimentos e Água
Laboratório Clínico, de Citopatologia, de Histopatologia e Anatomia Patológica
Laboratório e Oficina de Órtese e Prótese
Lavanderia Industrial (Unidade de processamento de roupas de serviços de saúde)
Policlínica com serviço de imagem
Serviço de Alimentação: institucional - próprio ou terceirizado (Cozinha Industrial) - Concessionária
Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care) público ou privado
Serviços de Estética com responsabilidade técnica
Serviços de Imagem (USG, ECODOPPLER)
Serviço de Radiodiagnóstico Médico e Veterinário
Unidade móvel de assistência à saúde com serviço de imagem
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Veículo transportador de amostras biológicas
Veículo transportador de medicamentos

Apêndice 1. Roteiro de Entrevista

Perfil Profissional

1. Qual a sua formação? Conte-me sua trajetória profissional?
2. Quanto tempo você está nessa função?

Política e Legislação Municipal

3. Você conhece os instrumentos legais que criam as taxas de vigilância sanitária? Quais os instrumentos legais que cria as taxas de vigilância sanitária?
4. Como os componentes da vigilância sanitária estão relacionados no plano municipal de saúde?
5. Existe de Plano de Ação de Vigilância Sanitária? Você fez parte da execução deste plano?

Política de Recursos Humanos

6. Como é feito os treinamentos dos profissionais da vigilância sanitária? Existe política de qualificação profissional para os recursos humanos da vigilância sanitária?
7. Descreva a composição da equipe técnica que atenda às necessidades do município?

Participação popular

8. Há ações de capacitação dos conselheiros e gestores de saúde? O tema da vigilância sanitária está incluído?
9. Como é feito a atendimento/acolhimento de denúncias?

Infra Estrutura

10. Como a vigilância sanitária está organizada junto a secretaria municipal de saúde? Existe órgão/serviço (departamento, coordenação, divisão) de vigilância sanitária?
11. Como é o espaço físico para a equipe desenvolver as suas atividades?

Autonomia Financeira

12. Existe fonte financeira regular de recurso exclusivo (próprias) para custeio das ações/despesas da vigilância sanitária?
13. O coordenador da vigilância sanitária acompanha e/ou controla os recursos financeiros destinados a VISA?
14. Como é feita a gestão financeira dos recursos da vigilância sanitária?

Organização do Serviço

15. Como se dá o planejamento e avaliação das ações da VISA? A avaliação e planejamento são integradas como rotina, nos serviços de vigilância sanitária?
16. Como acontece o acesso à assessoria jurídica do município? Em quais situações?
17. Existe sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde?

Integração da Visa no SUS

18. Conseguem integrar as ações da visa com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador?
19. Já necessitaram do laboratório de saúde pública(LACEN), como se deu esse contato?
20. Como está organizado no município os serviços de auditoria e regulação? A visa consegue se articular com esses serviços?
21. Como se dá o fluxo interno de circulação da informação nas relações entre gestor municipal e a vigilância sanitária?
22. Quais ações são desenvolvidas com outros setores da administração municipal? Ex. Agricultura/Meio ambiente/Educação.
23. Como se dá a articulação/contato ou se existe o desenvolvimento de ações conjuntas e integradas com os níveis regional, estadual e nacional do sistema de vigilância sanitária?
24. Como são realizadas as ações conjuntas/intersetoriais com as secretarias da agricultura; meio ambiente; infraestrutura; uso, ocupação e ordenamento do solo; Defesa Civil, Polícia Militar e Ministério Público?

Insumos e instrumentos de trabalho

25. Quais os roteiros padronizados de inspeção vocês utilizam no dia-a-dia do trabalho?
26. Quais os protocolos operacionais padronizados vocês utilizam para o trabalho em vigilância sanitária?
27. Existe a necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual no dia-a-dia de trabalho? Caso sim, quais utilizam?
28. Na necessidade de coleta de material vocês utilizam de termômetro (próprio) e recipiente para coleta?

Ações essenciais de Visa

29. Quais atividades relacionadas ao controle sanitário de alimentos vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
30. Quais atividades relacionadas ao controle sanitário de medicamentos vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
31. Quais atividades relacionadas ao controle sanitário de cosméticos vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
32. Quais atividades relacionadas ao controle sanitário de saneantes vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
33. Quais atividades relacionadas ao controle sanitário de produtos médicos vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
34. Quais atividades relacionadas ao controle sanitário nos serviços de saúde no vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
35. Quais atividades relacionadas ao controle sanitária nos serviços de apoio diagnóstico vocês realizam? Caso sim, em quais estabelecimentos?
36. Realizam controle sanitário nos serviços de interesse à saúde no âmbito de sua competência? Caso sim, em quais estabelecimentos?
37. Realizam vigilância da qualidade da água para consumo humano? Caso sim, em quais estabelecimentos?
38. Realizam a vigilância e controle sanitário de ambientes de trabalho com vistas a proteção da saúde do trabalhador no âmbito de sua competência? Caso sim, em quais estabelecimentos?
39. Conseguem encaminhar as queixas que chegam à vigilância sanitária aos setores responsáveis/competentes ? Caso sim, em quais estabelecimentos?
40. Realizam atendimento ao público com profissionais de vigilância sanitária qualificados? Caso sim, em quais estabelecimentos?

Atividades de comunicação

41. Como são realizadas as atividades informativas para os profissionais da saúde?
42. Quais as atividades de natureza educativas são realizadas?
43. Como são realizadas as atividades de comunicação de risco para a população?

Apêndice II: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “*Organização da vigilância sanitária no município de Irecê – Bahia*”, cujo objetivo é analisar o grau de implantação da Vigilância Sanitária no município de Irecê- BA. A realização deste trabalho se justifica pela necessidade de conhecer as características da organização da Vigilância Sanitária no Município de Irecê e sua conformação junta ao sistema municipal de saúde, poderá contribuir beneficemente para agregar conhecimentos sobre eventuais fatores que colaboram para dificultar e/ou facilitar a implementação das ações de VISA no âmbito municipal.

O presente estudo é orientado pela Prof^ª. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas e faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com concentração em vigilância sanitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA do aluno Edilmar Pereira Vilela Dourado.

Edilmar Pereira Vilela Dourado será o pesquisador responsável pelo projeto e todas e quaisquer dúvidas inerentes a esse projeto o mesmo deverá ser contactado através do telefone (74) 9 9987 12888, e-mail: edilmar_vilela@yahoo.com.br e no endereço: Rua Maria da Conceição Lordelo Nunes. 53, Centro Irecê-BA, o pesquisador se compromete a realizar o acompanhamento e assistência de eventuais necessidades decorrentes da investigação, garante que o participante da pesquisa poderá se recusar e até mesmo desistir da pesquisa em qualquer fase, sem prejuízo ou penalidades; O pesquisador garante a confidencialidade, privacidade e anonimato das informações colhidas. Garante que não haverá despesas ou, se porventura ocorrer, haverá o ressarcimento. Garante indenização diante de eventuais danos comprovados decorrentes da pesquisa.

Para cumprimento de requisitos formais de pesquisas o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CEP-ISC) existe para viabilizar o atendimento à demanda de projetos de pesquisa dos professores, pesquisadores e discentes do Instituto. O Endereço do CEP-ISC é Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia, horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 10 às 12h e 13 às 16h, Email: cepisc@ufba.br, Tel. (71) 3283-7419.

A metodologia adotada prevê a aplicação de entrevistas a “informantes chaves do Sistema de Saúde” e pesquisa em fontes secundárias que serão os documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde (Resoluções da CIB, Planos Municipais de Saúde 1994-1997; 1998-2001;

2002-2005; 2006-2009; 2010-2013; 2014-2017, Relatórios de Gestão 1996 a 2015, código sanitário do município, leis e decretos municipais referentes a vigilância sanitária municipal.

Como riscos aos sujeitos que participarão/responderão ao questionário observa-se a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato quanto ao questionário.

O (a) Senhor (a) também tem a garantia que informações obtidas serão analisadas em conjunto com os demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa, sendo assim, solicita autorização para gravação de respostas do questionário, sendo que as informações não utilizadas serão destruídas. O senhor também tem a garantia que haverá retorno para o senhor ou para a Secretária Municipal de Saúde após a conclusão do trabalho com os resultados desta pesquisa, informo também que os resultados desta pesquisa poderão ser encaminhados para publicações, apresentações em eventos, assim como, para eventos científicos.

Assim, com a assinatura deste termo, fica atestado pelo participante que foi suficientemente informado (a) a respeito das condições que li ou que foram lidas, descrevendo o estudo. Atesta que ficaram claros quais os propósitos do estudo, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos e que concorda voluntariamente em participar desta pesquisa e poderá retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

Documento elaborado e assinado em duas vias sendo que uma via ficará com o participante da pesquisa.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante:

Nome completo do pesquisador:

Assinatura do Pesquisador:

Edilmar Pereira Vilela Dourado

Irecê, _____ de _____ de 2018

Apêndice III. Quadro com avaliação da descentralização da vigilância sanitária municipal em Irecê, 2018, segundo dimensões, sub-dimensões e critérios adaptados de Ferraro, Costa & Vieira-da-Silva (2009)

DIMENSÃO DA GESTÃO						
SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	EVIDÊNCIAS	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO			TOTAL
			INCIPIENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO	IMPLANTADO	
POLÍTICA E LEGISLAÇÃO MUNICIPAL	Existência de instrumento legal que cria taxas de vigilância sanitária	[Ev-1]	Não Existe ()	Em estudo ou em tramitação ()	Existe (x)	1 pto
	Existência de componente relacionado com a VISA no Plano Municipal de Saúde	[Ev-2]	Não Existe	-----	Existe	1
	Existência de Plano de Ação da VISA	[Ev-3]; [Ev-4];	Existe mas não reflete as necessidades da VISA	Existe e está em processo de adequação	Existe e apresenta, inclusive, orçamento financeiro	0,5
	Oferta de ações programáticas	[Ev-6]; [Ev-7]; [Ev-8]	Não Existe	Não Existe	Existe ações programáticas e/ou programas específicos de vigilância e controle sanitário.	1

	Existência de política de qualificação profissional para os recursos humanos da VISA	[Ev-10]; [Ev-11]; [Ev-12]	Não Existe	PARCIALMENTE IMPLANTADO	EXISTE	0
TOTAL: 3,5 DE 5						
PERCENTUAL: 3,5*100/5=70%						
RECURSOS HUMANOS	Existência de equipe técnica que atenda às necessidades do município.	[Ev-13]; [Ev-14]; [Ev-15]; [Ev-16] [EV-15.1] [EV-16.1]	Existe apenas um profissional (nível superior ou médio)	A equipe não atende as necessidades do município.	Existe equipe técnica que atende as necessidades do município.	0,5
TOTAL: 0,5 de 1						
PERCENTUAL: 0,5*100/1=50%						
PARTICIPAÇÃO POPULAR	Compenentes de VISA na capacitação dos conselheiros e gestores de saúde	[Ev. 17]	Não Existe	Esporadicamente a VISA é convidada a participar das capacitações	Nas capacitações dos conselheiros de saúde são trabalhados temas da VISA.	1
	Existência de serviço de acolhimento de denúncias	[Ev. 18]; [Ev. 19]; [Ev. 20]	Não Existe	Existe serviço que e atende às denúncias	Existe serviço organizado para acolhimento de denúncias que oferece respostas à população.	1
TOTAL: 2 DE 2						
PERCENTUAL: : 2*100/2=100%						
INFRAESTRUTURA	Existência de órgão/serviço (departamento)	[Ev. 21]; [Ev. 22] [Ev. 22.1]	Não Existe	Existe, porém não está formalizado no organograma da SMS	Existe e está formalizado no organograma da SMS	1

	coordenação, divisão) de vigilância sanitária					
	Existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver as suas atividades	[Ev.23]	Não Existe	Existe, entretanto o espaço é inadequado	Existe espaço físico adequado para a equipe desenvolver suas atividades.	1
TOTAL: 2 de 2						
PERCENTUAL: 2*100/2=100%						
AUTONOMIA FINANCEIRA	Acompanhamento de fonte financeira regular de recursos exclusivos para custeio das ações /despesas VISA.	[Ev.24]; [Ev.25]	Não Existe	Não Existe	Existe regularidades de recursos federais e do Tesouro Municipal, exclusivo para custeio das ações/despesas da VISA.	1
	Acompanhamento/controle dos recursos financeiros pelo coordenador da VISA.	[Ev. 26];	Não Existe	O coordenador acompanha e controla os recursos financeiros da VISA	O coordenador acompanha e controla os recursos financeiros de VISA, além de participar na definição da alocação desses recursos.	0
	Existência de autonomia na gestão financeira dos recursos da VISA.	[Ev. 27]; [Ev. 28]	Não Existe	A VISA define as prioridades para a alocação financeira dos seus recursos.	Existe e a VISA não depende de autorizações superiores para	0

					utilizar os recursos previstos no plano de ação.	
TOTAL: 1 de 3						
PERCENTUAL: 1*100/3=33,33%						
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	Existência de práticas de planejamento e avaliação sistemáticas, integradas como rotina, nos serviços de vigilância sanitária.	[Ev. 29] ;[Ev. 30] [Ev. 30.1]	Não Existem	Existem práticas de planejamento e avaliação, porém não incorporadas ao cotidiano.	Existem práticas de planejamento e avaliação, incorporadas ao cotidiano.	1
	Acesso à assessoria jurídica de um dos níveis do sistema	[Ev. 31]	Não Existe	O nível estadual possibilita acesso.	Existe assessoria jurídica no município.	1
	Existência de sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde.	[Ev. 32]	Existe cadastro atualizado em formato manual	Existe sistema informatizado de cadastro desatualizado.	Existe sistema informatizado de cadastro, atualizado.	0,5
TOTAL: 2,5 de 3						
PERCENTUAL: 2,5*100/3=83,33%						
	Ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.	[Ev. 33]; [Ev. 34]	Não existe.	Existe apenas com a vigilância epidemiológica.	Existem ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.	0,5

INTEGRAÇÃO DA VISA NO SUS	Articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública.	[Ev. 35]	Não existe	Existe porém o tempo não é hábil; Aqui era não existe.	Existe articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública.	0,5
	Articulação com os Serviços de Auditoria e Regulação.	[Ev. 36]	Não Existe	Existe pouca articulação, apenas com a regulação e/ou auditoria.	Existe articulação com os serviços de auditoria e regulação.	0,5
	Fluxo interno de circulação da informação nas relações entre gestor municipal e a VISA.	[Ev. 37]	A informação chega sempre atrasada.	Fluxo de informação definido, porém demorado.	Fluxo de informação ágil bem definido e em tempo hábil.	1,0
	Articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do Sistema de Vigilância Sanitária	[Ev. 38]; [Ev. 39]	Não existe	Não existe.	Existe articulação, necessária ao desenvolvimento de ações.	1,0
	Realização de ações conjuntas/intersecretoriais com as secretarias da Agricultura; Meio Ambiente; Infra-Estrutura; Uso, Ocupação e Ordenamento do Solo; Defesa Civil, Polícia Militar e Ministério Público.	[Ev. 40]	Não são realizadas ações conjuntas	São realizadas ações conjuntas com uma ou duas secretarias.	São realizadas ações conjuntas com mais de duas diferentes secretarias.	0,5
TOTAL: 4 de 6						

PERCENTUAL: $4 \times 100/6 = 66,66\%$						
DIMENSÃO DAS PRÁTICAS						
SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS	EVIDÊNCIAS	INCIPIENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO	IMPLANTADO	
INSUMOS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO	Utilização de roteiros padronizados de inspeção.	[Ev. 41]	Não utiliza	Utiliza esporadicamente os roteiros elaborados por outros serviços	Utiliza e elabora roteiros para os estabelecimentos de interesse do município.	1
	Utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária	[Ev. 42] [Ev.42.1] [Ev. 43]	Não utiliza	Utiliza esporadicamente.	Utiliza protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária.	0
	Utilização de equipamentos de proteção individual.	[Ev. 43.1]	Não utiliza	Utiliza esporadicamente o Jaleco	Utiliza equipamentos de proteção individual.	1
	Utilização de termômetro e recipiente para coleta.	[Ev. 44]	Não utiliza	Utiliza apenas recipiente para coleta de água.	Utiliza termômetro e recipiente para coleta de amostra.	1
TOTAL: 3 de 4						
PERCENTUAL: $3 \times 100/4 = 75\%$						
	Realização de controle sanitário de alimentos no	[Ev. 45]	Não realiza ou realiza ação	Realiza ação apenas em comércio	Realiza controle sanitário dos	1

AÇÕES ESSENCIAIS DE VISA	âmbito de sua competência.		apenas em comércio varejista.	varejista e distribuidor de alimentos	estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam alimentos, além de monitorar a qualidade de produtos alimentícios.	
	Realização de controle sanitário de medicamentos no âmbito de sua competência.	[Ev. 46]	Não realiza.	Realiza ação apenas em comércio varejista e distribuidor de medicamentos.	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam medicamentos, além de monitorar a qualidade de produtos.	0,5
	Realização de controle sanitário de cosméticos no âmbito de sua competência.	[Ev. 47].	Não Realiza	Não realiza ou realiza apenas no comércio varejista.	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam cosméticos além de monitorar a qualidade de produtos.	0,5

	Realização de controle sanitário de saneantes no âmbito de sua competência.	[Ev. 48]	Não realiza	Não realiza ou realiza apenas no comércio varejista.	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam saneantes, além de monitorar a qualidade de produtos.	0,5
	Realização de controle sanitário de produtos médicos no âmbito de sua competência.	[Ev. 49]	Não Realiza.	Não realiza ou realiza apenas no comércio varejista.	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que distribuem e comercializam produtos médicos, além de monitorar a sua qualidade.	1,0
	Realização de vigilância sanitária nos serviços de saúde no âmbito de sua competência.	[Ev. 50]	Não Realiza.	Realiza em até 50% dos consultórios e unidades sem internação.	Realiza em mais de 80% dos serviços de saúde inclusive, em unidades com internação, urgências e emergências.	1,0
	Realização de controle sanitário nos serviços de apoio diagnóstico no âmbito de sua competência.	[Ev. 51]	Não Realiza.	Realiza em até 50% dos laboratórios clínicos.	Realiza em mais de 80% dos laboratórios, incluindo os de Histo e	1,0

					citopatologias, além dos serviços de imagem.	
Realização de controle sanitário nos serviços de interesse à saúde no âmbito de sua competência.	[Ev. 52]	Não realiza ou realiza apenas em unidades escolares infantis.	Realiza em até 80% das unidades escolares infantis ou em outro tipo de serviço sem responsável técnico.	Realiza em mais de 80% dos serviços de interesse a saúde com ou sem responsável técnico.	0	
Realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano.	[Ev. 53]	Não Realiza.	Realiza o cadastramento de 50% das fontes alternativas e sistemas de fornecimento de água para o consumo humano.	Realiza o cadastramento de mais de 80% das fontes alternativas e sistemas de fornecimento de água para consumo humano, assim como 100% da qualidade dessas águas.	0	
Realização de vigilância e controle sanitário de ambientes de trabalho com vistas a proteção da saúde do trabalhador no âmbito de sua competência.	[Ev. 54]	Não Realiza.	Realiza esporadicamente de forma conjunta com outra esfera de governo.	Realiza e mantém parceria com o centro regional de saúde do trabalhador.	1	

	Encaminhamento das queixas que chegam à Vigilância Sanitária aos setores responsáveis/competentes.	[Ev. 55]	Realiza investigação ou encaminhamento em até 20% das queixas recebidas.	Realiza investigação u encaminhamento em até 50% das queixas recebidas.	Realiza investigação ou encaminhamento em 80 a 100% das queixas recebidas.	1
	Atendimento ao público com profissionais de Visa qualificados.	[Ev. 56]	Atendimento realizado de forma desorganizada sem definição do profissional específico.	Atendimento ao público realizado por profissional não definido.	Atendimento ao público realizado por profissional definido.	0,5
TOTAL= 8 DE 12						
PERCENTUAL: 8*100/12=66,66%						
ATIVIDADE DE COMUNICAÇÃO	Realização de atividades informativas para os profissionais da saúde.	[Ev. 57]	Não realiza.	Realiza atividade informativa em Feiras de Saúde ou eventos externos.	Realiza atividades informativas, para profissionais de saúde, dos serviços da Visa e para população em geral.	1
	Realização de atividades de natureza educativas	[Ev. 58]	Não Realiza.	Realiza atividade de educação sanitária junto às equipes do PACS e PSF.	Realiza atividades de educação sanitária em escolas e junto às	0,5

					equipes do PACS e PSF.	
	Realização de atividades de comunicação de risco para a população.	[Ev. 59] [Ev. 60] [Ev. 61]	Não realiza.	Realiza utilizando-se apenas dos meios formais de comunicação.	Realiza, utilizando-se dos diversos meios formais para a comunicação de risco, como: Rádio, jornal, carro de som, auto-falante local.	0,5
TOTAL: 2 DE 3						
PERCENTUAL: $2 \times 100 / 3 = 66,66\%$						

Apêndice IV. Evidências obtidas das entrevistas, grau de implantação da VISA de Irecê, 2018.

Evidência	Código da entrevista
O código de tributação municipal ele estabelece os valores de taxas e também estabelecimentos de modo geral que são cobrados, são discriminados todos eles, e nós temos essa taxa reajustada anualmente pela UFM - Unidade Fiscal do Município esse reajuste acontece de forma automática, já é autorizado é se faz por decreto.	[Ev-1]
Faz parte do contexto do plano, obrigatoriamente tem que constar, basicamente em termos genéricos, não temos um plano mais detalhado no PLANO DA SAÚDE, ela faz parte do contexto da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, ambiental e Sanitária), mais eu particularmente acho muito resumido. Mais consta em diretrizes gerais.	[Ev-2]
A Vigilância Sanitária do município de Irecê tem realizado inspeções sanitárias dos estabelecimentos de interesse à saúde, prioritariamente aos que apresentam maior risco a população, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade e contribuir para a redução das taxas de morbi-mortalidade e para a proteção da saúde da população.	[Ev-2.1]
Tem sim, temos o plano de ação e faço parte da execução do mesmo.	[Ev-3]
Relatório de Gestão do período de Janeiro de 2014 a Dezembro desse mesmo ano, ficou evidenciado que o município vem cumprindo com esse critério pois no objetivo geral de fortalecer a gestão em vigilância sanitária consta como meta executada a elaboração do Plano de Ação da VISA no ano de 2014.	[Ev-3.1]
Existe o Plano de Ação, a equipe trabalha de forma conjunta no ato de executar o plano mais na formação, que fica mais a cargo de Coordenação.	[Ev-4]
O planejamento, tem uma peça de planejamento, que é o Plano de Ação da VISA, isso em linhas gerais, mais, nós temos, até nosso método de atuação, nosso método de trabalho. Nós temos mil e poucas pastas, mil e poucas pastas de estabelecimentos cadastrados, aí nós dividimos por área (Área de alimentos, área de medicamentos, área de serviços de saúde - o que não está contemplado aqui nós dividimos - cosméticos, a parte voltado para questões químicas entrega o farmacêutico ali) e cada um tem seu rol de atuação digamos assim, nós temos uma listagem de todos os estabelecimentos de cada um e vamos monitorando, renovando, essa coisa, vai	[Ev-6]

inspecionando e fora isso, temos o plano municipal de saúde que temos alguma coisa e tem também a questão da demanda espontânea, o pessoal vem aqui setor regulado pede pressa, tem urgência de uma licitação, às vezes quer comprar medicação, então isso foge um pouco de nosso planejamento, assim temos que largar alguma coisa para cuidar disso, por conta da urgência e se justifica também não é.

Com relação a avaliação temos reuniões. No ano passado fizemos umas três reuniões, esse ano vamos fazer uma já agora depois do Carnaval no meio do ano faz uma pelo menos umas três por ano, com o objetivo de ver a situação, problemas, se a metodologia tá boa, se muda se não muda, essa avaliação é feita.

Assim, como o quadro tá defasado, não tem como verificarmos todas as denúncias não tem como darmos conta de todos os estabelecimentos mais a gente tenta fazer o possível.

[Ev.7]

Sempre no final do ano nós fazemos um levantamento de todas ações, Roberto nosso Coordenador ele faz um relatório e encaminha para a SMS, e nessa reunião é discutido sobre os dados do que foi feito durante o ano, e temos metas que funciona da seguinte forma: Eu não sei se vem da DIVISA a demanda mais a uma reunião do Coordenador com a equipe toda e nós verificamos, e geralmente nós conseguimos atingir todas as metas.

Nessa reunião é definido as metas, vamos dá um exemplo:

Temos que atingir o atendimento de 30 denúncias, aí sempre ultrapassamos, geralmente fazemos 50 atendimentos.

E existe a avaliação que acontece anualmente.

Assim, a gente já trabalha de forma basicamente organizada, onde cada técnico tem suas pastas organizadas também, e assim o que a gente mais, trabalha em cima de meta, porque às vezes nós cumprindo o que é, a gente trabalha em forma de escala e o ideal é cada técnico responsável pela sua pasta chegar no prazo no final de cada mês e não deixar pastas vencidas, então a gente trabalha mais ou menos assim dessa forma.

[Ev.8]

Os alvarás vencem anualmente e de acordo com o que vai vencendo aquele alvará é que vai naquele estabelecimento e vai fazendo a inspeção e renovando o alvará, de forma que chega a cada final de mês zerando as nossas pastas.

Desconheço sobre essa questão de Plano de Carreira Cargos e Salários e com relação aos treinamentos desde quando estou na VISA só participei de um, que foi logo no início, nos oito anos que estou na VISA participei apenas de um treinamento...promovido pelo pessoal da DIVISA...em oito anos até agora, nunca participei de nenhum treinamento e desconheço sobre alguma política de qualificação profissional para os recursos humanos da VISA.

[Ev-12]

Com relação aos treinamento, acontecem de forma periódica, mais recentemente não houve, desde quando assumiu a VISA tivemos alguns problemas com relação a treinamentos, na gestão passada não houve praticamente nenhum treinamento, só que agora a coordenação prima mais por essa parte e os treinamentos tem acontecido em Salvador, onde é escolhido alguns para ir na representação e no retorno toda equipe é beneficiada.

[Ev-11]

<p>Basicamente é feito pela Vigilância do Estado, inclusive nós temos ultimamente sentido um pouco falta de treinamento. No ano passado houve um treinamento no final do ano, que foi sobre o VIGIÁGUA.</p> <p>Houve também um evento sobre Agrotóxico que também participei em Salvador recentemente. Mais foi, no final de ano, como se fosse a toque de caixa, deu para perceber isso.</p> <p>O município faz alguma coisa, até mesmo as palestras que fazemos para o público de modo geral e os demais funcionários acompanham e assim acaba servindo também de modo geral. O treinamento acaba sendo no dia a dia do trabalho, nós passamos as informações básicas e com o tempo vai se adaptando ao serviço.</p>	[Ev-10]
<p>O Plano Municipal de Saúde de Irecê de 2014 a 2017 apresenta uma tabela com o quantitativo de trabalhadores da saúde com suas respectivas funções, lotação e tipo de vínculo. Foi possível identificar que entre os trabalhadores da lotados na VISA haviam dois Fiscais de Saúde descrito como trabalhador de nível médio e um Farmacêutico descrito como trabalhador de nível superior e os três trabalhadores apresentavam como forma de contratação o REDA.</p>	Ev-13
<p>O Plano Municipal de Saúde de Irecê de 2010 a 2013 apresenta uma tabela com o quantitativo de trabalhadores da saúde com suas respectivas funções, lotação e tipo de vínculo. Foi possível identificar que entre os trabalhadores da lotados na VISA haviam dois Fiscais de Saúde descrito como trabalhador de nível médio e um Farmacêutico descrito como trabalhador de nível superior e os três trabalhadores apresentavam como forma de contratação o REDA.</p>	Ev-14]
<p>Nossa equipe está defasada, era pra ter sete fiscais tem dois. A equipe técnica também tá defasada, não temos o Médico Veterinário, era pra ter mais uma nutricionista não temos, então tá defasada, temos dois fiscais apenas e três técnicos.</p> <p>Os fiscais são os profissionais que acompanham os técnicos, que é a equipe que vai no campo, tem que ter o técnico e dois fiscais, sempre o técnico nível superior e os fiscais nível médio.</p>	[Ev-15].
<p>Nós trabalhamos com o grupo 1 e dois da Resolução CIB. 34.</p>	[Ev-15.1]
<p>Hoje nós temos um quadro desfalcado, é nós temos na equipe: 01 enfermeira, uma nutricionista; um farmacêutico e eu como Coordenador que sou Médico Veterinário esses nível superior.</p> <p>Temos aí mais quatro fiscais de saúde que são nível médio, sendo que destes três são fiscais de saúde da Vigilância Sanitária.</p> <p>Já do nível superior, pode-se dizer que temos dois concursados específicos para VISA. Um sou eu, que fui concursado específico para VISA de Irecê e implantei a VISA no município em 1998 e depois tem uma nutricionista que tá no quadro aqui da VISA desde quando foi admitida. Sendo que ela fez um concurso para nutrição em seguida colocaram ela para a VISA.</p>	[Ev-16]
<p>Hoje nós estamos trabalhando não só na VISA mais em todos os setores com um quantitativo de pessoal reduzido, pela questão da Lei de Responsabilidade Fiscal, exigiu um limite prudencial de 54% com gasto com pessoal, assim foi obrigado realizar a adequação...então nesse sentido a VISA está desfalcada.</p>	[Ev-16-1]

Já participamos de uma capacitação de dois dias, um sábado e um domingo... era pra ser todo o pessoal do Conselho, mais infelizmente nem todos puderam comparecer. E depois, também houve outro evento, que também pode ser considerado como capacitação. E, nós fizemos ainda no final de 2017. Assim, esse curso foi o próprio Conselho que solicitou, veio o pessoal do Estado e fez a capacitação. E dentre os temas bordados nesse curso, a Vigilância Sanitária, o tema sobre Vigilância Sanitária foi abordado. Ele não foi o tema principal, o tema principal foi voltado para a questão da saúde do trabalhador e também o papel do Conselho..., assim tiveram momentos que se falou bastante da Vigilância Sanitária, pois a VISA está a todo momento das pessoas tanto do Conselho como também de todas as pessoas do município. Então houve momentos que se discutiu sobre a própria Vigilância.

[Ev. 17]

Bom tem uma equipe que fica basicamente mais ligada a questão das denúncias e claro, toda denúncia vai um técnico e né se é da área da saúde eu acompanho os fiscais né e se é da área de alimentação também a nutricionista vai, mais geralmente o pessoal da denúncia eles trabalham de forma organizada que a gente dá só aquele suporte individualmente.

Então tem uma equipe separada somente para atender denúncia?

Pelo menos para acolher as denúncias, né geralmente quem faz isso é o pessoal que fica aqui no administrativo, acolhe e a gente, vai, se for da área da saúde vai o responsável, se for da área de nutrição.

E depois tem uma resposta para esse denunciante?

Sim, por quê a gente vai averiguar a denúncia, se confirmar a denúncia, essa pessoa é notificada por nós lá, a comparecer para ter uma conversa com o Coordenador [Ev. 18].

(ENTREVISTA 3)

O pessoal vem, pessoalmente ou através de telefone, aí fazemos a anotação da denúncia e vamos no campo, fazer a verificação se a denúncia procede ou não. Caso proceda nós notificamos a pessoa e dá um prazo de 15 dias, dependendo do caso, se for um caso mais grave damos um prazo de 24 horas para pessoa solucionar, se não são 15 dias, aí passando esses 15 dias voltamos lá e verificamos se a pessoa fez [Ev. 19].

(ENTREVISTA 4)

As denúncias chegam de várias maneiras aqui, as pessoas comparecem pessoalmente a VISA, chegam por telefone e chegam pela Prefeitura Atende que nós temos um balcão lá, um guichê de atendimento, onde centraliza as ações da prefeitura, são vários órgãos reunidos lá, e nós temos um representante lá. A VISA. E também chegam através da ouvidoria do município [EV.20]. (ENTREVISTA 1)

A VISA dentro do organograma da Secretaria Municipal de Saúde ocupa um espaço importante, pois, apesar do subfinanciamento do setor de VISA, mais ela desenvolve um papel de extrema importância

[Ev. 21]

Sim, temos a VISA inserida no contexto da Vigilância em Saúde e assim nós estamos lá como Divisão de Vigilância Sanitária.

[Ev. 22]

Lei n. 457 que modificou a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Irecê Estado da Bahia e de outras providências de 10/03/1997.	[Ev. 22.1]
Define nova estrutura para a Secretaria Municipal de Saúde onde consta o Setor de Vigilância Sanitária inserido no Departamento de Gerenciamento da Rede de Serviços de Saúde e criação do cargo de chefe do Setor da Vigilância Sanitária [Ev. 22.1]	
Muito bom, nós trabalhamos em um prédio que tem ocupação exclusiva da VISA, próprio da Prefeitura e a VISA funciona de forma solteira aqui. Como você tá vendo, a estrutura é muito boa, como você tá vendo é onde era a farmácia popular do Brasil, aqui nós temos espaço físico muito bom, salas que comportam muito bem a VISA, ventilado e iluminado, temos copa, banheiro masculino e feminino, temos local para atendimento ao público, sala reservada. Só tá faltando no momento instalar o ar condicionado, pois esse que está instalado não está funcionando direito, mas o outro já está adquirido é só falta instalar. Temos telefone próprio, internet, computadores temos tudo.	[Ev. 23]
Com relação a fonte financeira: Dentro dos repasses do SUS que é aquele repasse dos 15% uma parte é para a Vigilância Sanitária porque a Vigilância Sanitária ela recebe muito pouco, o financiamento da Vigilância Sanitária por parte do Estado é uma quantia irrisória então o resto todo é custeado por dinheiro do município, embora a VISA também gera recursos, pois é um setor que faz inspeções, libera Alvará e tudo isso tem uma geração de recursos e esses recursos voltam para a VISA como repasse do município para o setor. Não, esse recurso vem no geral, a VISA municipal é custeada pelo o município, independente que quanto vem de repasse de outras esferas ou independente de quanto a VISA consegue gerar de recursos	[Ev.24]
Eu considero como um problemática para nós porque o recurso hoje ele não é aquele recurso que vem carimbado exclusivamente para a VISA. Ele vem para a Vigilância em Saúde e aí depois a administração administra isso, o gestor, o secretário administra esse recurso. Nós temos também a arrecadação própria que teoricamente deveria ser convertida para as ações, é uma arrecadação até razoável, a gente tá no patamar de 120 mil reais por ano, ano passado foi nesse nível. Nós somos bem assistidos de certo modo, não temos como nos queixar muito, mais os recursos não é destinado;	[Ev.25]
O coordenador da VISA não acompanha o destino dos recursos da VISA quem faz esse controle é o gestor municipal, no caso eu.	[Ev. 26].
A gestão financeira é feita de acordo com a demanda, o coordenador solicita algo é a secretária analisa e vê de consegue custear	[Ev. 27]
Caso tenhamos alguma demanda, temos que solicitar por meio de ofício, circular o que seja, para a Secretaria de Saúde e aí ela vai ver quais são as possibilidades, vai se dirigir certamente ao setor financeiro, administração, e esse acompanhamento não dá para fazer. Tem o repasse da União do Estado e não fazemos esse acompanhamento	[Ev. 28]

O planejamento, tem uma peça de planejamento, que é o Plano de Ação da VISA, isso em linhas gerais, mais, nós temos, até nosso método de atuação, nosso método de trabalho. Nós temos mil e poucas pastas, mil e poucas pastas de estabelecimentos cadastrados, aí nós dividimos por área (Área de alimentos, área de medicamentos, área de serviços de saúde - o que não está contemplado aqui nós dividimos - cosméticos, a parte voltado para questões químicas entrega o farmacêutico ali) e cada um tem seu rol de atuação digamos assim, nós temos uma listagem de todos os estabelecimentos de cada um e vamos monitorando, renovando, essa coisa, vai inspecionando e fora isso, temos o plano municipal de saúde que temos alguma coisa e tem também a questão da demanda espontânea, o pessoal vem aqui setor regulado pede pressa, tem urgência de uma licitação, às vezes quer comprar medicação, então isso foge um pouco de nosso planejamento, assim temos que largar alguma coisa para cuidar disso, por conta da urgência e se justifica também não é.

[Ev. 29]

Com relação a avaliação temos reuniões. No ano passado fizemos umas três reuniões, esse ano vamos fazer uma já agora depois do Carnaval no meio do ano faz uma pelo menos umas três por ano, com o objetivo de ver a situação, problemas, se a metodologia tá boa, se muda se não muda, essa avaliação é feita.

Assim, como o quadro tá defasado, não tem como verificarmos todas as denúncias não tem como darmos conta de todos os estabelecimentos mais a gente tenta fazer o possível.

[Ev. 30].

Sempre no final do ano nós fazemos um levantamento de todas ações, Roberto nosso Coordenador ele faz um relatório e encaminha para a SMS, e nessa reunião é discutido sobre os dados do que foi feito durante o ano, e temos metas que funciona da seguinte forma: Eu não sei se vem da DIVISA a demanda mais a uma reunião do Coordenador com a equipe toda e nós verificamos, e geralmente nós conseguimos atingir todas as metas.

Nessa reunião é definido as metas, vamos dá um exemplo:

Temos que atingir o atendimento de 30 denúncias, aí sempre ultrapassamos, geralmente fazemos 50 atendimentos.

E existe a avaliação que acontece anualmente

Temos. Não temos o que nos queixar não. Tem um advogado, próprio da Secretaria de Saúde que nos atende aqui e também tem a procuradoria geral do município, dependendo da questão ou vai para esse da SMS ou para a procuradoria do município

[Ev. 31].

Não...hoje aqui nós fazemos muito o acompanhamento manual, pelo computador naturalmente, mas não temos aquele programa específico. Existe nossas anotações feitas diariamente, temos por exemplo. Tudo que chega nós atualizamos, a inspeção anotamos no relatório diário, quando chega do campo colocamos nossos dados ali no computador, para renovar, liberou taxa, liberou Alvará o que acontecer, o que for notificado, estabelecimento novo, é a pasta, temos registro diário disso, mais não é um programa, de modo que nós puxamos a qualquer momento e tem, é atualizado dia-a-dia. Não gera relatório

[Ev. 32].

Assim, a gente já trabalha de forma basicamente organizada, onde cada técnico tem suas pastas organizadas também, e assim o que a gente mais, trabalha em cima de meta, porque às vezes nós cumprindo o que é, a gente trabalha em forma de escala e o ideal é cada técnico responsável pela sua pasta chegar no prazo no final de cada mês e não deixar pastas vencidas, então a gente trabalha mais ou menos assim dessa forma.	[Ev.32.1]
Os alvarás vencem anualmente e de acordo com o que vai vencendo aquele alvará é que vai naquele estabelecimento e vai fazendo a inspeção e renovando o alvará, de forma que chega a cada final de mês zerando as nossas pastas.	
Sim. Agente sempre precisa um do outro. Funciona assim: Principalmente em relação a denúncia, que vem muita denúncia. Casa que tem entulho e que tem focos do mosquito da Dengue, aí vai as duas equipes. Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, nós entramos em contato e vamos todos juntos, essa parceria aí, tranquilo, acontece.	[Ev .33]
Já fizemos ações em conjunto. Confesso que que não é rotina, inclusive eu dou um suporte de combate a Leishmaniose como Médico Veterinário e tá lá na Vigilância Epidemiológica, mais tá aqui comigo também, nós fazemos esse intercâmbio diário aqui, damos uma orientação, precisa de nossa autorização quando é nos casos de eutanásia.	[Ev .34]
Com relação ao Lacen nós encaminhamos várias amostras e temos o retorno. Demora um pouco mais temos o retorno. Às vezes nós encaminhamos uma amostra para aquela questão da análise fiscal, que temos que reter uma amostra, demora tanto que chegamos no estabelecimento e o proprietário descarta, alega que o cheiro estava incomodando, mais eles atendem.	[Ev. 35]
A SMS tem um serviço de auditoria interna. E o trabalho é feito de modo conjunto como os outros setores, às vezes tem as conversas com outros setores, solicitações que chegam lá, aquelas que vem do Estado da União, às vezes alguma cobrança aí eles encaminham para cá, orientam, mais não tem aquela coisa de vir aqui, ver como está. Senta lá conosco, conversa, discute, coletivamente, isso acontece.	[Ev. 36]
Nós fazemos através de circular interna e fazemos também por telefone, cobrança que seja, solicitando algum tipo de serviço, existe esse fluxo, tem que acontecer.	[Ev. 37]
A vigilância Sanitária é bastante articulada com os níveis regionais e estadual, embora estejamos em um município com comando único, mais, principalmente as Vigilâncias elas tem essa relação com o nível regional e estadual, isso é obrigatório, as ações são todas articuladas, junto com as ex-dires que hoje é a base saúde através do núcleo e do Estado SESAB.	[Ev. 38]
Tem. Mais refere-se a algumas inspeções, às vezes acontece, agora não é coisa costumeira não. É esporádico, mas existe, a DIVISA não me lembro de ter vindo aqui com a gente, porque a DIVISA passa para o Estado e o Estado vem até nós. Mais a DIVISA não tem não. Aqui o que tem de responsabilidade do Estado são as ações de alta complexidade. Nós trabalhamos com o grupo 1 e dois da portaria CIB. 34. Agora o que temos aqui no município que compete ao Estado: Hospital Regional, Clínica de Hemodiálise, a Multi-imagem, o Hemoba e a AMI que temos a UTI.	[Ev. 39]

<p>Temos sim, o que nós trabalhamos mais em conjunto aqui é com o meio ambiente, algumas demandas aqui, fica clara a questão do meio ambiente e algumas questões que nos envolve e acaba a gente fazendo algumas coisas em conjunto com o meio ambiente, o que é dele o que é nosso às vezes se confunde um pouco e nós fazemos conjuntamente.</p> <p>Na educação, já tivemos umas duas vezes lá, mais não é aquela coisa rotineira não, por exemplo, a questão das escolas, a questão da merenda, poderia ser explorado mais, para vistoriar as cantinas de modo geral. Mais temos o cadastro das escolas todas, das creches.</p>	[Ev. 40]
<p>Sim, existe os roteiros. Todos os estabelecimentos tem roteiros.</p> <p>Às vezes seguimos modelos da DIVISA, pegamos também da internet e adaptamos a nossa realidade.</p> <p>Agora aquelas coisas mais simples nem sempre utilizamos roteiro. Mercadinho não precisa mais, o cara tem 10 anos de VISA vai fazer visita em um mercadinho não precisa de roteiro.</p> <p>Agora nas ações que exigem maior complexidade, maiores exigências, aí sim precisa de roteiro.</p> <p>Sobretudo quando se trata de maior grau de complexidade, quando vai se avançando aí sim utilizamos roteiro. Farmácia de manipulação, a própria Farmácia, clínica de modo geral.</p>	[Ev. 41]
<p>Sim, cada estabelecimento tem um roteiro apropriado, a gente vai, leva, mais basicamente pela experiência já sabe mais ou menos o que precisamos olhar quando chega no lugar.</p>	[Ev.4.2].
<p>Isso já foi discutido em reunião é passado em reunião mais eu lhe confesso que que o POP da VISA não tá inscrito, mais no dia a dia isso tá bem claro, nas práticas diárias.</p> <p>Eu fiz um fluxograma da Vigilância que é imenso, estou tentando sintetizar e vou casar o fluxograma atualizado com o POP.</p>	[Ev. 42.2].
<p>Acompanhamento, inspeção, fiscalização, notificação, às vezes até damos um segundo prazo. Às vezes tá com dificuldade...hoje nós não temos processo administrativo em andamento.</p>	[Ev. 43]
<p>Temos essa necessidade, e temos acesso a máscaras, luvas, gorro. Não temos dificuldade para ter acesso, temos estoque, porquê faz parte do trabalho não dá para irmos fazer uma visita em uma cozinha sem esses equipamentos</p>	[Ev. 43.1].
<p>Sim. Temos um termômetro a Laser e utilizamos recipiente para realizar coleta, quando necessário.</p>	[Ev. 44]
<p>A demanda do setor de alimentos é maior que nós temos, acredito que cobrimos por volta de 70%. Pois temos dois técnicos da área de alimentos, um nutricionista e um farmacêutico que também dá esse apoio para o nutricionista, dentre os estabelecimentos, são vários, lanchonetes, supermercados, quitandas, mercearias, mercadinhos e disso tudo nós conseguimos acompanhar uns 70%. E esse número não dá para termos certeza, pois não temos o cadastro informatizado para acompanhamento</p>	[Ev. 45].
<p>Existe um farmacêutico e ele consegue cobrir 100% das farmácias existentes no município. Uma que eles não vendem sem nosso Alvará, então muitas vezes eles que correm atrás</p>	[Ev. 46].
<p>Eu nem vou falar desse assunto, polêmico, porque os saneantes é um processo, porque a Lei é rígida, mais tem algumas empresas em Irecê que são notificadas, notificações bem extensas que a Lei pede, mais estamos correndo atrás aí.</p>	[Ev. 48].

Nós conseguimos acompanhar, mais finalizar o processo mesmo, dá o alvará, ainda não estamos conseguindo, pois a notificação é muito extensa e precisa ter um cuidado maior, por quê são saneantes não é. E tem gente que abre nas residências e acha que pode vender, então é um processo novo, por isso que nós não conseguimos.

Nesse ano de 2017, atingimos 100 dos estabelecimentos de saúde. Foi um ano bom é igual a Farmácia, pois saúde todos precisam do alvará de VISA [Ev. 50]. (ENTREVISTA 4)

Também conseguimos 100% de cobertura nesses serviços, laboratórios. Somente libera os Alvarás, dá para fazer aquela fiscalização, acompanhamento de todos eles, nós estabelecimentos tem Alvará então é por quê fizemos todo o acompanhamento [Ev. 51]. (ENTREVISTA 4)

Após a liberação do Alvará sanitário, com validade de um ano, geralmente nós não retornamos aos estabelecimentos, isso acontece só no próximo, pois a equipe ainda está reduzida. [Ev. 52]. (ENTREVISTA 3)

Isso é feito através de palestras, nós temos passado, por exemplo: setores de alimentos, carro de lanche, nós fizemos recentemente lá no auditório da UFBA, a Nutricionista fez um treinamento, aqueles lanches no meio de rua, para cadastrar, aí a VISA foi fazer esse trabalho...nós fazemos também cartilhas educativas para serem distribuídas... [Ev. 57]

Para a população só se for feito com relação a denúncia, quando nós vamos apurar uma denúncia, nós realizamos as orientações as pessoas. Agora palestras para a população, comunicação em rádio isso é muito pouco [Ev. 59]. (ENTREVISTA 4)

Na equipe de comunicação da Prefeitura, quando levamos alguma demanda eles fazem esse serviço é centralizado, porque nem tudo pode, padrão de qualidade, cores [Ev. 60]. (ENTREVISTA 1)

Já ouvir nas próprias rádios locais, duas ou três vezes. O pessoal da VISA conversando com o pessoal das rádios em entrevistas. [Ev. 61]
Fazendo também como se fosse uma prestação de contas, para a sociedade, informando como é o trabalho deles, informando a disponibilidade de atendimento que eles têm e deixando claro para a população qual o trabalho...onde é que eles atuam...conversando com moradores vejo o pessoal comentando. (ENTREVISTA 5)
