

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MONOGRAFIA**

ROSANE TEREZINHA XAVIER

**DESAFIOS PARA A GESTÃO DESCENTRALIZADA DA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 3316.3840 - Fax: (51) 3316.3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil**

Porto Alegre

2004

sys: 0428744
MEGS 2004/015

ROSANE TEREZINHA XAVIER

DESAFIOS PARA A GESTÃO DESCENTRALIZADA DA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Monografia, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços em Saúde.

Orientador: Prof. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2004

TRABALHO APRESENTADO EM BANCA E APROVADO POR:

Conceito Final: _____

Porto Alegre, de de .

Professor Orientador: Roger dos Santos Rosa

Área de Concentração: _____

Aluno: Rosane Terezinha Xavier

Turma: _____

Agradecimentos

Expressar minha gratidão é pouco para dizer o quanto todos foram importantes.....

São muitas as pessoas que me ajudaram, não só nesse trabalho, mas, na minha trajetória, enquanto trabalhadora de VISA.... a aprender a gostar, a buscar subsídios, a tê-los como modelos na aprendizagem....

- ao professor Roger dos Santos Rosa, pela orientação acadêmica efetiva, pelas palavras de incentivo e estímulo mesmo naqueles momentos mais críticos, de impotência frente à situações e/ou conclusões prévias do trabalho desenvolvido, que além de meu orientador acadêmico, foi um grande amigo;
- à professora Maria Ceci Misoczky, coordenadora do curso, pela sua dedicação para a realização desse curso e pelo estímulo nessa caminhada de construção e consolidação do SUS;
- à Vânia Garibotti, mestranda do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Unisinos -2004 e também trabalhadora de visa, pela sua disponibilidade e contribuição nesse trabalho;
- à Tânia Mara Siqueira de Oliveira, que mais uma vez se mostrou uma grande amiga, dispendendo do seu tempo, contribuindo na leitura e orientações com sua visão de fora, de alguém que não está inserida no trabalho de saúde pública;
- à Dra. Jane Leonardo e demais colegas da DVS entrevistados, contribuindo para a concretização desse trabalho;
- ... e nesse um ano, desenvolvendo as atividades de VISA, todo o meu carinho e agradecimento aos meus colegas de trabalho... foram eles que me ensinaram e ainda me ensinam a gostar dessa área, a buscar a construção de conhecimentos e desenvolvimento de práticas de VISA... eles me estimularam a crescer, a desenvolver uma amizade com cada um deles, a escolher a vigilância sanitária como tema desse trabalho e aceitaram fazer parte integrante como grupo focal,
- ... dedico a eles e aos que não estão mais no setor, ... muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVIS	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ADAVS	Assessoria de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária/ANVISA
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CEVS	Coordenações Estaduais de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CDAVG	Comitê de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária/ANVISA
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COPRH	Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária/ANVISA
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTVS	Câmara Técnica de Vigilância Sanitária/ANVISA
DCR	Departamento Regional das Coordenadorias Regionais de Saúde
DVS	Divisão de Vigilância Sanitária
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado

ESP	Escola de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LACENS	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG
NOB	Norma Operacional Básica
NUREVS	Núcleo Regional de Vigilância Sanitária
NURESC	Núcleo Regional de Educação Continuada
NVS	Núcleo de Vigilância Sanitária
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB-VISA	Piso de Atenção Básica da Vigilância Sanitária
RDC	Reunião da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISTEMA ALI	Sistema de Licenciamento de Alvarás
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Termo de Ajustes e Metas
VISA	Vigilância Sanitária
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O presente estudo analisa o modelo de Gestão Descentralizada de Vigilância Sanitária no contexto de mudanças no cenário político e administrativo.

A caracterização da Vigilância Sanitária é apresentada a partir de uma análise descritiva de alguns componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – o federal e estadual, no Rio Grande do Sul, no processo de descentralização.

A pesquisa foi realizada com base em extenso material documental, entrevistas e à luz da literatura, tomando-se por análise, os conflitos e cooperação de atores, suas estratégias, os processos decisórios, entre outros, levando-se em consideração os objetivos propostos: conhecer a estrutura, a forma de Gestão, as articulações e os entraves e impasses na Descentralização de Vigilância Sanitária.

O estudo apontou dificuldades e precariedades do desenho do SNVS vigente e suas configurações política, jurídica e administrativa, além de problemas estruturais que comprometem a implementação e eficiência da descentralização de VISA.

Como resultado, identificou a fragilidade institucional desse Sistema, em especial nas áreas de competências, o descompasso entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os componentes da VISA Estadual, concentração de poderes em algumas esferas, as interferências políticas, e a forma de gestão como principal

dificuldade no processo de descentralização, que em última análise, culmina numa descentralização de tarefas.

Por fim, sugerimos algumas alternativas para a implementação e aperfeiçoamento do SNVS, destacando a necessidade de revisão em sua estrutura e forma de ação e indicamos algumas áreas para o desenvolvimento e/ou continuidade de estudos que contribuam para consolidar a descentralização no campo da Vigilância Sanitária.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária, Descentralização, Processo Decisório, Rio Grande do Sul, Recursos Humanos em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 REVISÃO TEÓRICA PRELIMINAR.....	17
3.1 A GESTÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	18
3.1.1 Vigilância Sanitária – Histórico e Áreas de Atuação	18
3.2. SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	22
3.2.1 Sistema Federal	23
3.2.1.1 ANVISA	23
3.2.2 Sistema Estadual	28
3.2.2.1 CEVS	28
3.2.2.1.1 DVS	29
3.2.2.2 NUREVS	30
3.2.2.2.1 NVS	30
3.3 ABORDAGENS GERENCIAIS, SUA CARACTERIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS COMPONENTES DE VISA	31
3.3.1 Teorias Administrativas	31
3.3.2 Cultura Organizacional	35
3.3.3 Estruturas de Poder nas Organizações	38
3.3.3.1 Autoridade	39
3.3.3.2 Poder.....	39
3.3.3.3 Liderança	40
3.3.4 Planejamento	41
3.4 DESCENTRALIZAÇÃO	45
3.4.1 Legislação e Descentralização de VISA	52
3.4.1.1 Legislação Federal	53
3.4.1.2 Legislação Estadual	59
3.5 DESAFIOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA – POSSIBILIDADES E IMPASSES	60

4 OBJETIVOS	64
4.1 OBJETIVO GERAL	64
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	64
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
6 RESULTADOS E ANÁLISE	69
6.1 ESTRUTURA DE CADA COMPONENTE DE VISA	71
6.2 FORMA DE GESTÃO DOS COMPONENTES DE VISA	76
6.3 ENTRAVES E IMPASSES NA DESCENTRALIZAÇÃO DE VISA	87
6.4 ARTICULAÇÕES EXISTENTES ENTRE OS COMPONENTES DE VISA	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS	118
Anexo A - Questionário aplicado ao Grupo Focal 01.....	119
Anexo B - Questionário aplicado ao Grupo Focal 02.....	121
Anexo C - Estrutura da Agência Nacional de Vigilância Sanitária	123
Anexo D - Atual Estrutura do Ministério da Saúde.....	124
Anexo E - SES/RS: Coordenadorias Regionais de Saúde: Mapa com as 19- RS ...	125
Anexo F SES-/RS: 1ª Coordenadoria Regional de Saúde:Mapa com os 24 Municípios	126
Anexo G - Órgãos Vinculados e/ou Articulados com a VISA: Departamento das Coordenadorias Regionais 1ª Coordenadoria Regional de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde	127
Anexo H - Trabalho apresentado pelo NVS quando da implantação do NUREVS da 1ª CRS em outubro de 2003 às outras Vigilâncias do NUREVS/1ª CRS	132
Anexo I - Fábula – A Ratoeira	138

INTRODUÇÃO

“Quando os homens
caminham na
mesma direção,
surtem a esperança
e o caminho”
(Grupo Olvebra)

Após o movimento da Reforma Sanitária que possibilitou a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e a implementação do Sistema Único de Saúde, os municípios passaram a assumir novas tarefas que antes eram desempenhadas pelo poder central e a ser responsáveis por outras atividades e serviços para os quais não tinham competência estabelecida e experiência acumulada até então, como é o caso da coordenação, prestação de serviços, manutenção de ações e serviços de saúde.

Assim, o presente estudo trata-se da monografia de conclusão do Curso de Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e tem como tentativa abordar a Vigilância Sanitária, ou melhor dizendo, os arranjos e os papéis dos diversos de VISA na descentralização.

No desafio de efetivar o SUS, através da implementação da descentralização político-administrativa, prevista na Constituição Federal, a ANVISA, o Departamento de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (atual DVS/CEVS/SES) e os NUREVS das Coordenadorias Regionais de Saúde tiveram que assumir um novo papel, com novas funções e com um novo olhar, deixando de lado o caráter predominantemente administrativo e repassadores de demandas.

Neste sentido, o presente trabalho teve a pretensão de refletir frente a esses novos desígnios da gestão de Vigilância Sanitária do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos níveis federal e estadual e como se processa a descentralização das ações, bem como a gestão - competências e interligação entre os mesmos.

Nesse estudo revisamos teoricamente a gestão da vigilância sanitária sob os seguintes aspectos: no primeiro momento será abordado a Vigilância Sanitária – histórico e suas áreas de atuação. No segundo momento, abordamos o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: a criação da ANVISA e suas competências, o papel do Estado, a Nível Central (DVS/CEVS/SES/RS) e da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (NVS/NUREVS/ 1ªCRS/SES/RS) frente aos municípios. Já no terceiro momento foram analisadas as abordagens gerenciais, sua caracterização e características dos componentes de VISA, no quarto momento o tema da descentralização, seguido das legislações e por último, os desafios da Vigilância Sanitária – impasses e entraves.

Para a análise destes aspectos que compõe esse estudo, foi apresentada a forma de desenvolvimento do mesmo: os procedimentos metodológicos - entrevistas individuais de forma dirigida com os gestores e servidores (trabalhadores de VISA) dos componentes do Sistema Nacional de VISA da esfera estadual com relação à esfera federal e municipal.

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A Constituição Federal de 1988 efetivou a saúde como um direito social e que o Sistema Único de Saúde – SUS – é o meio ideal de concretização desse direito, efetivando a estratégia de descentralização, bem como a idéia de controle social, sendo atribuído aos estados e municípios inúmeros desafios a serem superados e um maior poder decisório, principalmente no que tange às políticas públicas.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) assegura que a Vigilância Sanitária - de caráter altamente preventivo – é uma das competências do SUS. A Lei 8142/90 que define a participação da comunidade e regula as transferências intergovernamentais, dão contornos mais nítidos às orientações constitucionais. Além disso, as sucessivas Normas Operacionais Básicas do SUS (1991, 1993, 1996), observa-se uma acelerada descentralização de decisões e uma significativa municipalização da rede de assistência (GESTÃO EM SAÚDE, 1998).

Segundo NORONHA (VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002, p.16) “considerando as duas legislações, fica muito fácil compreender que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SSNV) definida pela Lei 9782/ 99, como um instrumento privilegiado que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde”.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é composto pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal e outros componentes (explicitados na revisão teórica preliminar).

Para fins de estudo, nos situamos no Nível Estadual onde buscamos analisar a gestão descentralizada até o momento, apontando os aspectos positivos e negativos em relação à atuação da DVS e NVS nesse processo, como também níveis de hierarquização, comunicação e estrutura. Teve, também, a finalidade de identificar mecanismos de articulação entre os segmentos envolvidos no setor e de encontrar soluções para os desafios enfrentados no desenvolvimento dos serviços prestados por esses componentes de VISA.

2 JUSTIFICATIVA

Ao surgir a necessidade de desenvolvimento de um projeto e posteriormente, a monografia de conclusão do Curso de Especialização em Equipes Gestoras de Equipes e Sistemas de Saúde, fui buscar subsídios na prática cotidiana.

Normalmente e por experiência própria, quando o servidor entra para desenvolver suas atividades na Vigilância Sanitária, tem que buscar subsídios por conta própria, lendo e relendo leis, relatórios, etc, para se apropriar desse novo conhecimento e automaticamente começa a acompanhar inspeções e é pela prática que começa a introjetar a importância do trabalho que realiza. O trabalho é imenso e ainda se percebe que é desconhecido e não compreendido na própria Coordenadoria.

Neste sentido, deparei-me com o problema que enfrentamos no dia a dia: a gestão da vigilância sanitária – suas peculiaridades, os entraves e dificuldades para o desenvolvimento das atividades - a necessidade de descentralização das ações de vigilância sanitária junto aos municípios e a confusão quanto à subordinação já que o Núcleo de Vigilância Sanitária que hoje é uma das vigilâncias que compõe o NUREVS da 1ª CRS e na gestão anterior era subordinado a DVS/CEVS/SES, provocando hoje uma dificuldade de relacionamento e na gestão propriamente dita.

Além disso, as Coordenadorias Regionais de Saúde são vinculadas ao Departamento Regional das Coordenadorias de Saúde – órgão por assim dizer, hoje, no

mesmo nível hierárquico do CEVS e assim, algumas atribuições deve-se reportar à DVS e outras ao DCR.

Assim, refletindo sobre os avanços, desafios, impasses e dificuldades na gestão descentralizada de VISA, acreditamos que se possa provocar, de alguma forma, grupos de discussão entre os participantes desse estudo, para o fortalecimento da Ação de Vigilância Sanitária.

“Sonhamos,
porque nos sonhos
encontramos as nossas
realizações.”

(Ayrton Senna da Silva)

3 REVISÃO TEÓRICA PRELIMINAR

Partindo da premissa que o contexto atual, marcado por profundas mudanças e transformações vem exigindo das organizações, incluindo o campo da saúde o melhor desempenho do setor público e este, depende, em grande medida, da qualidade de seu gerenciamento assim como a aplicação de novas habilidades gerenciais para lidar com tais mudanças e a produção de uma nova cultura para serviço público essencial para a construção de uma imagem institucional sólida.

E para que o leitor possa compreender a complexidade da Vigilância Sanitária e o processo de gestão descentralizada de VISA, o presente capítulo revisa autores, sites e normatização, abrangendo o histórico da Vigilância Sanitária (VISA) e áreas de atuação, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, as abordagens gerenciais, as características dos componentes da VISA, o processo de descentralização, a normatização existente e, por último, os desafios da VISA, em suas possibilidades e impasses.

3.1 A GESTÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3.1.1 Vigilância Sanitária – Histórico e Áreas de Atuação

Segundo Campos et al (2001), o Antigo Testamento já fazia referência a normas sobre a saúde inclusive com sanções ao seu não cumprimento e, durante toda a Idade Média, as normas sanitárias foram confusas e contraditórias, como também foram confusos os conceitos relativos à saúde e doença.

Para os autores, durante a Revolução Industrial surgiu na Europa, a Polícia Médica que se incumbia em impor normas de conduta em defesa da saúde pública. Neste período também teve início o controle sobre o exercício da Medicina, funcionamento de hospitais, saneamento ambiental e normas sobre o comércio de alimentos, dando início às atividades de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

As atividades ligadas à vigilância sanitária foram estruturadas, nos séculos XVIII e XIX, para evitar a propagação de doenças nos agrupamentos urbanos que estavam surgindo. A execução desta atividade exclusiva do Estado, por meio da polícia sanitária, tinha como finalidade observar o exercício de certas atividades profissionais, coibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos (BRASIL, 2004a)¹

Vemos que essa noção apresentará significados diferentes ao longo do tempo, dependendo do entendimento que se tem de dano ou doença e suas formas de ocorrência.

¹ Fonte: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/funda.htm>>

Ainda em Campos et al (2001), encontramos que em 1860 o Parlamento Britânico decretou o primeiro regulamento sobre a qualidade dos alimentos e bebidas, fruto dos avanços no terreno da microbiologia e nos Estados Unidos da América a pressão popular em protesto contra a má qualidade da carne consumida pelo povo levou à primeira legislação de controle de alimentos e medicamentos em 1906, que deflagrou todo o processo legislativo que contemplou, mais tarde, a qualidade de todos os aspectos que pudessem influir na qualidade de vida da população.

No Brasil as atividades da Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica tiveram início na época do Brasil Império. Infelizmente desde o começo a atuação do Poder Público foi improvisada e não planejada. Com o passar do tempo vários órgãos diferentes passaram a atuar simultaneamente normatizando ou controlando atividades de interesse da Saúde Pública, e hoje vemos uma sobreposição de atribuições, às vezes conflituosa.

No Brasil, a polícia sanitária, que é a prática mais antiga da saúde pública, surge na época em que vigorava a "teoria dos miasmas". Ela se rearticula e se modifica, pelo menos na forma de interpretar os eventos, ao incorporar as várias novas noções que vão surgindo, como aquelas originadas na era bacteriológica, no período da introdução da terapêutica...²

Segundo Eduardo & Miranda (1998), no final do século XIX houve uma reestruturação da vigilância sanitária, sendo impulsionada pelas descobertas nos campos da bacteriologia e terapêutico nos períodos que incluem a Grandes Guerras: I e II.

² Fonte: http://www.visa-ourinhos.sp.gov.br/index.php?module=Static_Docs&type=user&func=view&f=institucional/conc visa_1.html

Para Campos et al (2001) e Visa Ourinhos (2004) após a II Guerra Mundial, com o crescimento econômico, os movimentos de reorientação administrativa ampliaram as atribuições da vigilância sanitária no mesmo ritmo em que a base produtiva do País foi construída, bem como conferiram destaque ao planejamento centralizado e à participação intensiva da administração pública no esforço desenvolvimentista e somente mais tarde, com as teorias sistêmicas e do planejamento, configuram-se os sistemas de vigilância à saúde, até a incorporação em sua função de controle do conceito de defesa da cidadania, do direito do consumidor.

Assim, a partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população.

O que é Vigilância Sanitária?

Vigilância Sanitária é o conjunto de ações e normas, com o objetivo de atuar, dentro do que estabelece as Leis Sanitárias, nos níveis de atenção à saúde da população e venda e produção nas questões de prestação de serviços e produção, distribuição e venda de produtos que possam colocar em risco a saúde dos consumidores, incluídos também, os usuários tanto dos sistemas de saúde público e privado, garantindo a quantidade do que é colocado à disposição do público.³

As atribuições da Vigilância Sanitária estão descritas dentre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), arts. 196 e 200 da Constituição Federal.

³ Fonte: http://www.visa-ourinhos.sp.gov.br/index.php?module=Static_Docs&type=user&func=view&f=institucional/conc_vis_1.html

- “A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sócias e econômicas que vise à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; e

- “Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”.

Com a Constituição brasileira assumindo a saúde como um direito fundamental do ser humano, e “a vigilância sanitária definida como obrigação do Estado, não pairando dúvidas sobre a posição que desfruta o conjunto de ações do campo da vigilância sanitária como componente do conceito atual de saúde” (Costa, 1999a:332). E assim, atribuindo ao Estado o papel de provedor dessas condições, a definição de vigilância sanitária, apregoada pela Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990b), passa a ser, nesse contexto, conforme o artigo 6º, parágrafo 1º, a seguinte:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrente 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, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- II- o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Essa definição amplia o seu campo de atuação, pois, ao ganhar a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se

uma prática com poder de interferir em toda a reprodução das condições econômico-sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A Vigilância Sanitária (Vigilância Sanitária, 2002, p. 14-5) abrange a regulação de uma variedade muito grande de produtos e serviços, de natureza diversa, podem do ser agrupados nos seguintes grandes ramos:

dos alimentos, dos medicamentos, dos produtos biológicos, dos produtos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais, dos saneantes e desinfetantes, dos produtos de higiene pessoal, perfumes e cosméticos, além do controle sanitário dos portos, aeroportos e estações de fronteiras e de ampla gama de serviços de interesse à saúde.

Devido a esta abrangência o trabalho de visa exige conhecimentos de diferentes disciplinas e requer, segundo alguns autores, especialização em alguns ramos e sub-ramos.

3.2 SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), segundo Costa (1999a, p. 338-9), é referido em normas jurídicas desde a década de 70, que além do preceito legal, é uma antiga demanda reivindicada por técnicos e organizações da sociedade civil, envolvidos com questões do campo da vigilância sanitária e foi com a Lei 8080/90, no artigo 16, inciso III, alínea “d”, que determina como um das competências da direção nacional do SUS definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária.

Segundo a ANVISA (Brasil, 2004c), fazem parte desse Sistema a própria Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS), os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (VISAS), os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em relação às ações de vigilância sanitária.

Em função dos objetivos do presente trabalho, serão abordados somente a ANVISA e os Centros de Vigilâncias estaduais.

3.2.1 Sistema Federal

3.2.1.1 ANVISA

A execução dessas ações de vigilância sanitária está incluída dentre os campos de atuação do SUS – Inciso I, alínea "a" do Art. 6º e integra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária definida na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece as competências exclusivas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as partilhadas pelos outros níveis de gestão e afirma neste artigo 6º que:

a agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário, da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias à eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras.⁴

⁴ Fonte: < www.anvisa.gov.br >

De acordo com DE SETA E SILVA (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001a, p. 73), apesar da polêmica que cercou a criação e constituição da ANVISA, “...são inegáveis os avanços principalmente se comparados à estrutura anterior, em que eram mínimas as possibilidades de controle gerencial dos escassos recursos e freqüentes injunções políticas que levavam à descontinuidade político-administrativa e à rotatividade nos cargos”.

Para Garibotti (2004) a I conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, com relação à construção do Sistema Nacional em VISA apontou a necessidade de estabelecer um processo sistemático e participativo de planejamento dando origem a um Plano Diretor Integrado às demais ações desenvolvidas no SUS, com definições claras das competências de cada nível federado. O Plano Diretor deveria observar o perfil epidemiológico e os fatores de risco de cada território e ser discutido e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Englobando amplos saberes e conhecimentos, a área de atuação de VISA é abrangente é a seguinte:

- Arrecadação e Finanças
- Agrotóxicos e Toxicologia
- Alimentos
- Cosméticos
- Derivados do Tabaco
- Farmacovigilância
- Inspeção
- Medicamentos
- Monitoramento e Regulação de Mercado

- Portos, Aeroportos e Fronteiras: A Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem como responsabilidade, garantir o controle sanitário de Portos, Aeroportos e Fronteiras; cumprindo seu papel institucional como entidade de saúde pública, bem como, a proteção à saúde do viajante, dos meios de transporte e dos serviços submetidos a vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, anuência e isenção de produtos, insumos e da tecnologia a eles relacionados; fazendo cumprir a Legislação Brasileira, o Regulamento Sanitário Internacional e outros atos subscritos pelo Brasil. Essas ações não são descentralizadas.

- Produtos para Saúde
- Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos de Saúde
- Relações Internacionais: é a área responsável pela interlocução da Anvisa junto ao Ministério das Relações Exteriores, a Assessorias Internacionais dos Ministérios, a Missões Diplomáticas e Consulares, a Organismos Internacionais, instituições estrangeiras, entre outros, para tratar de assuntos de cunho internacional na área de vigilância sanitária.

- Saneantes
- Sangue e Hemoderivados – como veremos mais adiante, este passou a ser competência da Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.334, de 17 de novembro de 1999 foi revogada pela Portaria nº 743, de 22 de abril de 2004.

- Serviços de Saúde
- Tecnovigilância

As Competências Gerais estabelecidas no Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária são:

coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
fomentar e realizar estudos e pesquisas no âmbito de suas atribuições;
estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária;
estabelecer normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde;
intervir, temporariamente, na administração de entidades produtoras que sejam financiadas, subsidiadas ou mantidas com recursos públicos, assim como nos prestadores de serviços e ou produtores exclusivos ou estratégicos para o abastecimento do mercado nacional, obedecido o disposto em legislação específica [Art.5º da Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, com a redação dada pelo art. 2º da Lei 9.695, de 20 de agosto de 1998];
administrar e arrecadar a Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária [Art. 23 da Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999];
autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação dos produtos mencionados no art. 4º deste Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Decreto n.º 3.029, de 16 de abril de 1999];
anuir com a importação e exportação dos produtos mencionados no art. 4º do Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Decreto 3029, de 16 de abril de 1999];
conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação;
conceder e cancelar o certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação;
exigir, mediante regulamentação específica, o credenciamento ou a certificação de conformidade no âmbito do Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - SINMETRO, de instituições, produtos e serviços sob regime de vigilância sanitária, segundo sua classe de risco;
interditar, como medida de vigilância sanitária, os locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
cancelar a autorização, inclusive a especial, de funcionamento de empresas, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
coordenar as ações de vigilância sanitária realizadas por todos os laboratórios que compõem a rede oficial de laboratórios de controle de qualidade em saúde;
estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica;
promover a revisão e atualização periódica da farmacopéia;
manter sistema de informação contínuo e permanente para integrar suas atividades com as demais ações de saúde, com prioridade para as ações de vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial e hospitalar;
monitorar e auditar os órgãos e entidades estaduais, distritais e municipais que integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo-se os laboratórios oficiais de controle de qualidade em saúde;
coordenar e executar o controle da qualidade de bens e de produtos relacionados no art. 4º do Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999], por meio de análises previstas na legislação sanitária, ou de programas especiais de monitoramento da qualidade em saúde;
fomentar o desenvolvimento de recursos humanos para o sistema e a cooperação técnico-científica nacional e internacional;

autuar e aplicar as penalidades previstas em lei;
monitorar a evolução dos preços de medicamentos, equipamentos, componentes, insumos e serviços de saúde;
a Agência poderá delegar, por decisão da Diretoria Colegiada, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução de algumas das atribuições de sua competência, com exceção das previstas art. 3º, §2º do Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
a Agência poderá assessorar, complementar ou suplementar ações estaduais, do Distrito Federal e municipais para exercício do controle sanitário;
as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras serão executadas pela Agência sob orientação técnica e normativa da área de vigilância epidemiológica e ambiental do Ministério da Saúde;
a Agência poderá delegar a órgão do Ministério da Saúde a execução de atribuições previstas no artigo 3º do Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999. O referido artigo teve redação alterada pelo Decreto n.º 3.571 de 21 de agosto de 2000], relacionadas a serviços médico-ambulatorial-hospitalares previstos no artigo 4º, §§ 2º e 3º do mesmo Regulamento;
a Agência deverá pautar sua atuação sempre em observância às diretrizes estabelecidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dar seguimento ao processo de descentralização da execução de atividades para Estados, Distrito Federal e Municípios, observadas as vedações estabelecidas no § 2º do art. 3º do Regulamento. Esta descentralização será efetivada somente após manifestação favorável dos respectivos Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde;
a Agência poderá dispensar de registro os imunobiológicos, inseticidas, medicamentos e outros insumos estratégicos, quando adquirida por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas;
o Ministro de Estado da Saúde poderá determinar a realização de ações previstas nas competências da Agência, em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população.

Fonte: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/comp.htm#1>

De acordo com o Regimento Interno da Anvisa, cabe ao Comitê de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária:

- I – promover a integração interna da ANVS, com vistas a uma melhor articulação com as demais esferas de governo;
- II – estabelecer as diretrizes para o acompanhamento e a avaliação das ações descentralizadas;
- III – subsidiar a Diretoria Colegiada nos assuntos relacionados à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária.

Fonte: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/regimento.pdf>

E, compete a Assessoria de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária:

I - planejar, orientar, coordenar o desenvolvimento de estudos e pesquisas de descentralização das ações de vigilância sanitária;

II - promover a cooperação técnica com os órgãos da administração pública, instituições de saúde e entidades privadas na área de descentralização das ações de vigilância sanitária;

III - promover e estimular a disseminação dos resultados das avaliações e dos programas de descentralização para os agentes do sistema de Vigilância Sanitária;

IV - coordenar do âmbito da agência, as iniciativas voltadas à consolidação institucional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

V - desenvolver mecanismos de acompanhamento da descentralização das ações de vigilância sanitária;

VI - promover e coordenar no âmbito da Agência a organização e o desenvolvimento da descentralização das ações de vigilância sanitária, a partir dos subsídios fornecidos pelas áreas técnicas;

VII - exercer as funções de secretaria-executiva do Comitê de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária, coordenando a implementação das decisões do Comitê.

Fonte: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/regimento.pdf>

3.2.2 Sistema Estadual

3.2.2.1 CEVS

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde está em fase de implementação e é regido pela Portaria Estadual 047/2003 que tem como objeto implementar esse Projeto de criação e integrando todas as áreas relacionadas com a Vigilância em Saúde no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde/RS, incluindo as referentes às informações, ações, atividades, projetos, programas e convênios.

Estão inclusas, assim, as quatro vigilâncias: Vigilância Epidemiológica em Saúde, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária em Saúde (DVS).

3.2.2.1.1 DVS/CEVS/SES/RS

A Divisão de Vigilância Sanitária tem as atribuições de⁵:

- Coordenação, supervisão, monitoramento e execução suplementar e complementar das ações de Vigilância Sanitária (Licenciar e Fiscalizar produtos e serviços).
- Descentralização das ações de Vigilância Sanitária, conforme o grau de complexidade, para as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, através dos NUREVS.
- Descentralização para os municípios de Gestão Plena, das ações, que envolvam estabelecimentos e produtos considerados de baixa/média/alta complexidade e para os municípios de Gestão Básica, das ações consideradas de baixa/média complexidade.

Compreende os seguintes setores:

- Setor de Controle da Água;
- Setor de Controle de Alimentos
- Setor de Controle de Cosméticos e Saneantes
- Setor de Controle de Medicamentos e Correlatos;
- Setor de Planejamento e Capacitação
- Setor de Controle da Qualidade do Sangue;
- Setor de Controle de Estabelecimento de Saúde
- Setor de Controle de Radiações

⁵ Fonte: Site: <[http:// www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)> acesso: 23.05.2004

3.2.2.2 Núcleo Regional de Vigilância em Saúde (NUREVS)

Quase ao final do segundo trimestre de 2003, com a proposta de unificação das Vigilâncias nas Coordenadorias Regionais de Saúde foi implantado na 1ª CRS o Núcleo Regional de Vigilância em Saúde (NUREVS), abrangendo as quatro vigilâncias: Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador, sendo a 1ª CRS a primeira Coordenadoria a implantá-lo.

Em função desse reordenamento, foi realizado um encontro com todos os servidores das quatro vigilâncias e cada setor apresentou, de forma sucinta, seus integrantes e o trabalho que é realizado, sendo desenvolvido também um consenso, através de discussão em grupo, de filosofia e metas desse Núcleo.

Essa unificação se deu na prática, de forma não planejada e sim superficial: todas as vigilâncias passaram a funcionar numa mesma sala., sem a construção de um plano de gestão. E até o momento, nenhum planejamento ou articulação foi desenvolvido que englobasse as vigilâncias, nenhuma clareza dos objetivos a serem alcançados e nem integração ou mesmo de relacionamento interpessoal desses grupos. A filosofia e as metas ficaram somente no discurso.

Agora, em 29.06.2004, através da Portaria Estadual nº 022/2004 deu-se a implementação do NUREVS das Coordenadorias Regionais de Saúde.

3.2.2.2.1 Núcleo de Vigilância Sanitária

Setores que compõe o NVS/NUREVS:

- Setor de Alimentos
- Setor de Água

- Setor de Estabelecimentos de Saúde
- Setor de Medicamentos
- Setor de Radiações

No Anexo H encontra-se a estrutura e competências do NVS, dados referentes a 2003 (quanto a recursos humanos, conta com mais um físico e menos três técnicos: um médico, por aposentadoria, uma arquiteta e uma enfermeira, por remoção para a DVS)

3.3 ABORDAGENS GERENCIAIS, SUA CARACTERIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS ÓRGÃOS DE VISA

3.3.1 Teorias Administrativas

As organizações têm diversos papéis a desempenhar na sociedade, dentre os quais, prover produtos de valor e/ou prestar serviços que irão satisfazer as necessidades de um grupo representativo de pessoas, praticando padrões de comportamento aceitos pela sociedade. Além disso, as organizações têm obrigações internas a cumprir: satisfazer as expectativas de seus empreendedores e colaboradores e ter um comportamento coerente com suas convicções, crenças e valores. Esses objetivos, que constituem a razão de ser das organizações, são atendidos através da execução de um conjunto diversificado e complexo de atividades que compõem a tarefa empresarial a cargo da Administração (Arantes, 1998).

Conforme o mesmo autor, as organizações são agrupamentos humanos, constituindo, portanto, sistemas sociais e, como tal, tem sua cultura: padrões de comportamento, crenças e valores aceitos por seus participantes. A Administração como Ciência Social passou por estágios evolutivos, desde a Teoria Clássica até a Teoria da

Abordagem Comportamental. Esta surgiu nos Estados Unidos, a partir de 1950, e marca a mais forte influência das ciências do comportamento na teoria administrativa e a busca de novas soluções democráticas e flexíveis para os problemas organizacionais.

Os conhecimentos das demais Ciências Sociais (Psicologia, Sociologia, Antropologia, Política e outras) passaram a ser mais intensivamente incorporados às organizações, com vistas a compreender os aspectos humanos e comportamentais relacionados à natureza das necessidades humanas: motivação, liderança, características dos agrupamentos humanos e das estruturas de poder nas organizações em geral.

Podemos dizer que a história da teoria da Administração é bem recente e teve seu início no século XX e pode ser resumida em cinco fases distintas:

ÊNFASE	TEORIAS ADMINISTRATIVAS	PRINCIPAIS ENFOQUES
Nas Tarefas	Administração Científica	Racionalização do trabalho nível operacional
Na Estrutura	Teoria Clássica Teoria Neoclássica	Organização Formal Princípios Gerais da Administração. Funções do Administrador
Na Estrutura	Teoria da Burocracia	Organização Formal Burocrática. Racionalidade. Organizacional
Na Estrutura	Teoria Estruturalista	Múltipla Abordagem: Organização Formal e Informal Análise Intra-organizacional e Interorganizacional
Nas Pessoas	Teoria das Relações Humanas	Organização Informal Motivação, Liderança, Comunicações, Dinâmica de Grupo.
Nas Pessoas	Teoria Comportamento Organizacional	Estilos de Administração Teoria das Decisões Integração dos Objetivos Organizacionais e Individuais.
Na Tecnologia	Teoria da Contingência	Administração da Tecnologia (Imperativo Tecnológico)
No Ambiente	Teoria Estruturalista Teoria Neo-Estruturalista	Análise Intra-Organizacional e Análise Ambiental Abordagem do Sistema Aberto.
No Ambiente	Teoria da Contingência	Análise Ambiental (Imperativo Ambiental) Abordagem de Sistema Aberto.

Fonte: <http://www.facol.br/arquivos/administracao/1/TGA1.doc>

Assim podemos dizer que as contribuições foram de Taylor: maior ênfase foi para a gerência; Fayol: sua contribuição foi para a gerência e Weber: sua contribuição foi para a organização, considerada como um todo.

Hoje em dia a Teoria de Administração estuda a interação e interdependência entre as cinco variáveis principais: Tarefas, Estrutura, Pessoas, Tecnologia e Ambiente. O comportamento dessas variáveis é sistêmico e complexo: cada qual influencia e é influenciada pelas outras variáveis. Modificações em uma provocam modificações em maior ou menor grau nas demais. O comportamento do conjunto dessas variáveis é diferente da soma dos comportamentos de cada variável isoladamente.

A adequação entre essas cinco variáveis constitui o principal desafio da administração. Na medida em que a administração se defronta com novos desafios e novas situações que se desenvolvem com o decorrer do tempo, as teorias administrativas precisam adaptar suas abordagens ou modificá-las completamente para continuarem úteis e aplicáveis, e isso explica o porque os autores e pesquisadores têm se concentrado em algumas partes ou variáveis isoladas do enorme contexto de variáveis que intervêm, cada qual com sua natureza, seu impacto, sua duração, sua importância, etc., na estrutura e comportamento das empresas.

Além disso, MORGAN (apud MONTEIRO et al, 1999), coloca as muitas metáforas que podem ser usadas na tentativa de explicar o funcionamento das organizações e descreve algumas tais como: organizações como: máquinas; organismos; cérebros, culturas; sistemas políticos; prisões psíquicas; fluxo e transformação; e como instrumentos de dominação.

O processo de gestão visa garantir que as decisões dos gestores contribuam para otimizar o desempenho da organização. Aqui são contempladas as etapas do planejamento estratégico e operacional, execução e controle, desenvolvidas de acordo com o modelo de gestão da instituição. (Schmidt, 2002).

São, de fato, as pessoas que criam, desenvolvem e mantêm os empreendimentos: são elas que executam a tarefa empresarial e delas depende uma parte significativa do sucesso ou insucesso dos empreendimentos empresariais seja quais forem seus objetivos e fins. Para tanto, as instituições têm desenvolvido um conjunto de esforços, como a reavaliação dos estilos de liderança, seus processos gerenciais, seus modelos organizacionais e de participação nos resultados, dentre outros.

Na área da Vigilância Sanitária os órgãos das esferas federal, estadual e municipal estão organizados com base em uma multiplicidade de formas. No nível

federal, há Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, autarquia que goza de autonomia administrativa e financeira, criada em substituição da antiga Secretaria de Vigilância sanitária do Ministério da Saúde.

De acordo com DE SETA & SILVA (CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 73) seus dirigentes detêm mandato de duração definida e são indicados pelo Executivo e submetem-se à arguição pelo Legislativo e sua relação como o Ministério da Saúde, ao qual é subordinado, é regulada mediante contrato de gestão que é a denominação utilizada no Plano Diretor da Reforma do Estado para o instrumento que expressa compromissos pactuados entre o gestor central e uma organização, durante um certo período de vigência e representam uma tentativa de vincular recursos financeiros ao cumprimento de metas e pretende viabilizar a prestação de contas e estabelecer incentivos positivos e negativos (punições) relativos ao cumprimento das metas.

3.3.2 A Cultura Organizacional

As organizações vêm sendo objeto de estudo essencialmente por dois fatores: pela importância na vida dos indivíduos – vivemos em organizações, tais como: familiar, participamos de partidos políticos, igreja, associações; trabalhamos dentro de uma organização e pela velocidade e capacidade de transformação das organizações e repercussões em transformações (Macedo, 2003).

A palavra “cultura” tem várias conotações e significados. Segundo os antropólogos, vem da tomada de consciência de que as sociedades humanas são entidades dotadas de existência e de significados e os sociólogos procuram compreender

a elaboração dos símbolos. Contudo, estudar a cultura quer dizer estudar a significação social de como as “coisas”, os acontecimentos e as interações adquirem significados, ou seja, é o estudo, a análise da construção do mundo social, como resultado de experiências de grupo.

Cultura pode ser conceituada como um conjunto complexo de crenças, valores, pressupostos, símbolos, artefatos, conhecimentos e normas, freqüentemente personificados em heróis, o que é difundido na empresa pelos sistemas de comunicação e pela utilização de mitos, estórias, rituais, além de processos de endoculturação. Essa coleção de elementos culturais reflete as escolhas ou preferências da liderança empresarial e é compartilhado pelos demais membros da empresa, tendo o propósito de orientar o comportamento desejado, tanto em termos de integração interna, como de adaptação ao ambiente (Alves, 1997).

Para SHEIN (apud, MALIK, 1992, p.35), a cultura organizacional pode ser definida como “o conjunto estruturado de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna” e se estes pressupostos foram válidos pela prática, devem ser ensinados aos membros da organização como a forma correta de perceber, pensar e sentir com relação àqueles problemas.

A cultura atua profundamente sobre as percepções e os procedimentos no ambiente empresarial, fazendo com que, ao passar do tempo, se estabeleça uma maneira peculiar de a empresa interagir interna e externamente, construindo-se, gradativamente, uma identidade coletiva fundada em um sistema de crenças e valores compartilhados, que guia o comportamento de todos. A cultura organizacional, assim constituída, orienta o processo de tomada de decisões e esclarece a interpretação daquilo que esteja ou não enunciado nos documentos formais da empresa.

A cultura empresarial, dependendo do ponto de vista do pesquisador, pode ser entendida sob diferentes aspectos, existindo na literatura especializada autores com enfoque crítico, onde ela é tida como ideologia de dominação, instrumento de preservação da ordem vigente, artifício organizacional para manipular o comportamento dos seus membros, dentre outros.

Por outro lado, a cultura pode ser interpretada como um fator social, que contribui decisivamente para que a empresa tenha congruência de perspectivas, mantenha a sua integridade e estabilidade, explicita sua filosofia de administração, concilie diferenças entre a empresa e o indivíduo, reduzindo os conflitos, e criando condições para uma melhor adaptação ao ambiente externo.

No setor público de saúde, os componentes estrutura, poder político e tecnológico tem sido os que mais preocupam os políticos, os pesquisadores e os gestores e são estes, os componentes considerados como os mais importantes para a performance organizacional. Entretanto, os processos simbólicos ligados à prática institucional dentro de uma organização, ou seja, a cultura organizacional, pode ter um papel importante, principalmente em processos de unificação e deslocamento de poder (JAEGER, 1987, apud MACEDO, 2003).

Ainda para Macedo (2003), a cultura é uma realidade social, produto e processo ao mesmo tempo. Ela reflete o modelo de interações humanas e é o resultado da criação e recriação contínua das inter-relações. Quando nos referimos à cultura estamos nos referindo a um modelo de desenvolvimento.

Para SHEIN (apud FREITAS, 1995), cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, lidando com problemas, buscando a adaptação externa e integração interna, e que funcionou bem o

suficiente para ser considerado válido, ensinando a novos membros como forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas.

A noção de cultura organizacional, segundo os defensores da corrente funcionalista da administração (escola clássica, escola de relações humanas, escola da tomada de decisão e escola sistêmica) é vista como um “cimento normativo”, que permite à organização ter uma identidade coletiva, de fornecer a seus membros as significações que eles precisam e contribuir com a performance organizacional. Segundo essa corrente, mesmo que existam fenômenos culturais como próprios à organização, é questionada esta noção de cultura por admitirem que não existe uma cultura integradora, mas, existem numerosas clivagens socioculturais dentro da organização.

Segundo Tavares (1996), a cultura organizacional é composta de vários elementos, entre os quais, os valores, as crenças, os ritos, os tabus, as normas, a comunicação formal e informal, sendo que todos esses elementos condicionam e direcionam o desempenho das pessoas, que, por sua vez, irá condicionar e direcionar o desempenho das organizações.

3.3.3 As Estruturas de Poder nas Organizações

A tarefa empresarial, para que possa ser executada, precisa ser distribuída entre as várias pessoas que participam da instituição, dentro de sua estrutura organizacional. A interação entre pessoas para a satisfação das necessidades e consecução dos objetivos pressupõe que haja relações de influência entre as pessoas. As relações de influência envolvem uma pessoa (a que influencia) que ativa outra (os influenciados) na busca de

determinado padrão de comportamento em vistas à consecução de objetivos (Arantes, 1998).

Existem várias formas de influência de uma pessoa em outra no sentido de alterar – aumentar ou diminuir – a capacidade da pessoa de atingir objetivos para satisfazer necessidades. As que merecem destaque nas instituições empresariais modernas são três: a autoridade, o poder e a liderança.

3.3.3.1 Autoridade

Autoridade pode ser definida como delegação formal de direitos para as pessoas situadas em diferentes níveis hierárquicos da estrutura da organização. Cada nível possui um limite de autoridade para tomar decisões, e tem responsabilidade pelo resultado das funções sob sua supervisão. As pessoas detentoras de autoridade formal podem utilizá-la de diversas maneiras, no sentido de influenciar o comportamento das pessoas subordinadas, utilizando mecanismos como promoções, elogios, aumentos salariais, punições (Arantes, 1998).

3.3.3.2 Poder

O poder é um método de influência mais amplo do que a autoridade, ainda que esta possa fazer parte daquele, em virtude de que inclui não só os superiores, mas também a capacidade dos subordinados em influenciar pessoas com nível de autoridade superior. Por conseguinte, quem tem autoridade (um gerente) sempre possui poder, embora quem tem poder (um líder informal) nem sempre possui autoridade (Alves, 1997).

O conhecimento especializado é outra fonte de poder que independe da autoridade formal. Pessoas altamente especializadas, alocadas em funções vitais para a empresa, e pessoas que detêm grande quantidade de informações, detêm também grande parcela de poder dentro das empresas (Arantes, 1998).

3.3.3.3 Liderança

Liderança pode ser considerada a forma de influência mais completa e que responde mais adequadamente às questões de eficácia, pois considera as tendências de interdependência da Sociedade moderna.

Liderança é a força subjacente às organizações de sucesso. Ela é necessária para criar organizações vitais e viáveis, pois ajuda essas organizações a desenvolverem uma nova visão do que podem ser, e depois direciona a mudança para esta nova visão. O novo líder é aquele que lança as pessoas à ação, que converte seguidores em líderes, e que pode converter líderes em agentes de mudança.

Estilos de Lideranças:

Os estilos de liderança variam mais em razão do perfil psicológico do líder, do que propriamente, da função que exerce, podendo-se identificar três estilos básicos de líderes (Teixeira e Minks, 2000).

Os autores consideram que, independentemente dos estilos clássicos, as lideranças podem também ser rotuladas de acordo com a ênfase que põem no exercício da função:

a) Liderança com ênfase na tarefa: é aquela que se preocupa estritamente com a execução da tarefa. Tem por objetivo o resultado, sendo que a atuação do líder é medida por índices. Geralmente é do tipo Autocrática e seus limites se comprimem ao ambiente de trabalho. É inflexível na priorização dos métodos, mesmo em detrimento das metas;

b) Liderança com ênfase nas pessoas: é o estilo de liderar que se preocupa com os aspectos humanos sem, evidentemente, afastar-se dos objetivos traçados. Prioriza as metas em detrimento dos métodos. Considera os membros da equipe como agentes do processo e não como o processo em si.

3.3.4 Planejamento

Sabe-se que o processo de planejamento sempre esteve presente na história da humanidade. Ele é fundamental para a sobrevivência do ser humano, na medida em que pode dar maior eficiência às suas atividades para se obter metas preestabelecidas. Isto é, ele propicia a máxima sinergia dentro da organização para alcançar os objetivos desejados, além de auxiliar no estabelecimento de prioridades para as tomadas de decisões.

Retrocedendo no tempo constatamos que o planejar em Saúde tem uma história que começa na década de 20 – na União Soviética que tinha como características um centralismo de ações onde um grupo governamental trazia para si a tarefa de planejar, com decisões centralizadas, baseadas na capacidade instalada, recursos físicos e materiais. Era um planejamento puramente normativo.

Para MARIO TESTA (apud FERREIRA, 1999, p. 2) “em seu postulado de coerência, existe uma relação entre propósito de governo, método de planejamento e organização, sendo a história um determinante do papel das organizações”.

E lembrando as idéias de DE TONI (apud BROSI, 1999, p. 142):

o processo de planejamento diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. O planejamento não se trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões.

Quando passou a praticar essa nova forma de planejar, na América Latina, o que evoluiu mais foi o Planejamento Estratégico que tinha 2 linhas: uma de Mário Testa, que defendeu o Planejamento Estratégico em Saúde e uma de Carlos Matus que defendeu o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para CHORNY (1997, p. 158, apud SANTANA (org.), 1997).

o pensamento estratégico aplicado ao planejamento em saúde surgiu na década de 70, como forma de superar os problemas inerentes à formulação normativa de planos, cujo paradigma encontra-se representado pelo método do CENDES/OPAS. Essa nova proposta resultou nas primeiras manifestações no âmbito da saúde, das reflexões de Mario Testa, protagonista na elaboração do método

O enfoque de Planejamento Estratégico-Situacional PES (MATUS, 1993, 1994 b e c apud ARTMANN et al., 1997) surge no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente utilizado no campo da saúde.

Carlos Matus (HUERTAS, 1996, p. 12, apud FERREIRA, 1999, p. 3) em seu método de Planejamento Estratégico Situacional define planejamento como o ato de pensar antes de agir de uma projeção para o futuro.

Para DE TONI (apud BROSI, 1999, p. 141), o planejamento estratégico situacional diz respeito à gestão de governo e a arte de governar e “quando nos perguntamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, estamos começando a debater o problema do planejamento”.

O método PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais.

O MAPP (Tático Ocupacional Método Altadir de Planificação Popular) fundamenta-se nos mesmos princípios do PES e, pelas suas características operativas, constitui-se no método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções. Porém, deve ser encarado como um método limitado à natureza e complexidade dos problemas. Dessa forma, aplica-se à solução daqueles limitados ao espaço mais restrito do nível local assim como daqueles que não se constituam numa rede de relações muito complexas. É, portanto, um método bastante coerente com os princípios do SUS.

Parte do reconhecimento da complexidade e da incerteza da realidade social, que se assemelha a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado.

Com relação ao poder, MATUS (1996, apud MISOCZKY, 2001, p. 16) “formula uma teoria geral da estratégia política que tem como foco central a disputa em torno de recursos de poder. Assim a teoria do planejamento situacional e o método do

planejamento estratégico situacional, sua expressão operacional, se apresentam com uma teoria geral da estratégia, aplicável a qualquer campo social, abarcando desde as estratégias de cooperação pura até as de conflito externo”.

Para TANCREDI et al (1998, apud FERREIRA, 1999, p. 3) ao contrário do planejamento tradicional, na definição de Planejamento Estratégico Situacional, não existem predições, existem diferentes abordagens da realidade segundo diferentes atores, num sistema aberto com muitas incertezas, onde os problemas não são bem estruturados e no planejamento normativo tradicional existe um ator que planeja isolado da situação, sentado em seu gabinete e isolado das demandas sociais, baseado em indicadores e diagnósticos que são extraídos da realidade e retratam uma visão unilateral de uma verdade tida como única e absoluta.

Segundo Misoczky (2001a), a definição de ator social se relaciona com a capacidade de ação e peso coletivo, não devendo ser confundido com centro de poder que controla.

Além disso, MATUS (ARTMANN, et al. 1997, p. 17) dá pouca ênfase, em sua conceituação, ao papel desempenhado por 'atores-personalidade' no interior das organizações profissionais que individualmente apresentam forte capacidade de influência e condução de determinados processos, em função, não necessariamente, dos cargos que ocupam.

Outro aspecto que mereceria um tratamento mais diferenciado na identificação dos atores intra-institucionais, segundo estes autores, seria o critério imprescindível para Matus de existência de um projeto político claramente definido. O que observamos são situações em que 'atores-personalidade', nem sempre com um projeto político muito claramente definido, têm capacidade para interferir no processo, obstaculizando por vezes a implementação de propostas importantes.

Outro dado importante é que “ação, situação e ator formam um todo complexo que não pode ser desagregado em seus elementos componentes” (CHORNY apud SANTANA, 1999, p.11)

Torna-se importante perceber a diferença entre os caminhos a que o PES e o planejamento normativo levam profissional em saúde. Enquanto o primeiro ensina a realização de um diagnóstico, fundamentado no pensamento racional, linear, causa e efeito, o segundo considera a circularidade causal, as diferenças de percepção, a situação em que se inserem os fatos e inclui os principais elementos, os atores, em toda sua possibilidade de forças, como sujeitos que interage no jogo social.

Além disso, concordamos com Matus (1996) quanto ao triângulo de governo exige que se articulem três variáveis imprescindíveis: projeto de governo (compromisso, intercâmbio de problemas), a capacidade de governo (condução, liderança, conhecimento e experiência) e a governabilidade do sistema (pelo ator-protagonista).

3.4 DESCENTRALIZAÇÃO

A complexidade da construção do Sistema Único de Saúde brasileiro tem enfrentado diversas barreiras no âmbito da implantação do texto constitucional de 1988, das Leis Orgânicas de 1990 e Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (GESTÃO EM SAÚDE, 1992 e MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993 e 1996, apud DE NEGRI FILHO, 1999) e:

a razão principal das dificuldades reside nas contradições inerentes entre a política econômica neoliberal do Governo Federal e de boa parte dos Estados e os princípios do SUS, como política social de caráter universal e integral, a exigir recursos econômicos de uma sempre adiada reforma tributária e de uma estabilidade nas fontes de financiamento do Sistema, além dos desafios de implantar um modelo assistencial com caráter contra-hegemônico, capaz de responder às necessidades sociais em saúde, e de estruturar um modelo de gestão capaz de sustentar as exigências do novo modelo assistencial.

Nesse sentido, encontramos em Misoczky e Rückert (2001, p. 6), os mesmos posicionamentos quanto à forma de descentralização que vem ocorrendo:

a forma setorializada decorrente das definições constitucionais, tende a promover afastamentos da concepção de descentralização enquanto redistribuição de poder, como no processamento do repasse de recursos com vinculação a um uso específico, com atrelamento a atividades definidas centralmente, como se a União fosse capaz de identificar particularidades e necessidades das escalas regionais e locais. Esta, tem sido a tendência de descentralização da saúde, via NOB's e NOASS.

Nas idéias de Junqueira (2002) a descentralização pode ser vista como um processo de transferência de poder e determina a redistribuição do poder de decisão como resposta à centralização e esse processo envolve mudanças na articulação entre estado e sociedade, entre o poder público e a realidade social, o que implica na mudança da atuação do Estado, no seu papel na gestão das políticas sociais. Além disso, apesar da sua importância para garantir aos cidadãos seus direitos sociais, o estado não pode substituir a sociedade em qualquer que seja o sistema.

Nesse sentido, o autor supracitado, ressalta a necessidade de se ter claro alguns questionamentos: o que, para quem e como transferir o poder de decisão sobre as políticas sociais.

Já para Scatena & Tanaka (2001), a descentralização busca a constituição de sistemas locais de saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita, mas que ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos devem ser elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, conformando um Sistema Nacional. Neste sentido, a descentralização – e a centralização – tem que coexistir, de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos Sistemas Locais.

Nesse sentido é que se pode dizer que descentralizar não é apenas um processo de transferência de atribuições e competências que ocorre no âmbito do Estado, entre os três níveis de governo e entre as suas organizações. O poder de gestão sobre as políticas pode ser transferido também para entes privados de caráter público. Assim, o Estado pode transferir, por exemplo, a prestação dos serviços de saúde, que é de sua competência, para um ente não estatal, no entanto, deve preservar o seu poder de regulação. Essa transferência não significa privatizar a sua competência de gestão da política de saúde, por exemplo, mas um processo de devolução para organizações da sociedade civil daquilo que lhe é próprio (MARTINS, 1994, apud JUNQUEIRA, 2002).

Desde então, é legalmente possível aos municípios darem conta dos problemas sociais do seu território, garantindo maior equidade social no acesso a serviços públicos essenciais, colaborando na redução da desigualdade entre os grupos sociais e entre as áreas geográficas de sua responsabilidade. (COHN, 1996, apud JUNQUEIRA, 2002).

A descentralização, como um processo político-administrativo de transferência de poder, viabiliza-se, sobretudo, através do reordenamento do aparato estatal. E isso deve ocorrer no interior de cada nível de governo e não apenas de um para outro nível.

Contudo, Ckagnazaroff (2002, p. 02), refere que há diferentes formas de descentralização, e estas apresentam algumas dificuldades e/ou problemas, pois a descentralização vista como desconcentração é uma forma limitada de descentralização, “posto que as decisões permanecem sob o controle central e apenas decisões de implementação são descentralizadas”.

No processo de descentralização Takeda e Melo (2002, p. 200) advertem que “um aspecto fundamental no processo de gerir a saúde em um dado território, é a multiplicidade de sujeitos envolvidos, o que indica não somente nos espaços instituídos se produzem e expressam processos de gestão” e “as novas responsabilidades

assumidas pelos municípios, estão a exigir uma direção no processo de gestão voltada a assegurar os princípios constitucionais e do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quanto à universalidade, integralidade, equidade e controle social”.

Para DE SETA & SILVA (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001) o processo de descentralização tem contemplado prioritariamente a assistência, área que concentra a maioria dos recursos financeiros alocados para o setor, além de expressiva demanda em todos os segmentos de atenção e as sucessivas edições de NOBs, ao regulamentar as atividades da assistência reforçaram esse entendimento.

Reforçando essa idéia, lembramos Misoczky (2003)⁶:

especificamente no caso da saúde, a União, em procedimentos que demarcam um movimento de recentralização, reinterpreta as definições constitucionais, reduz o ritmo da reforma e reserva à burocracia do Ministério da Saúde a prerrogativa de tutelar o processo de descentralização através da emissão periódica de Normas Operacionais Básicas (NOBs), que normatizam a transferência de recursos federais para estados e municípios. Ao fazê-lo não apenas estabelece condições a que os municípios e estados devem satisfazer, como também define programas que, se implantados localmente, serão premiados com incentivos financeiros (...).

Segundo Lucchese (2001, p. 105), as ações de vigilância sanitária receberam um tratamento extremamente superficial na NOB/93, em função da imaturidade da discussão sobre a descentralização especificamente nesta área e também pela inexistência de propostas estruturadas naquele momento (fig. 01) e “embora haja referência à mesma na descrição das responsabilidades e dos requisitos que estados e municípios devem cumprir para poderem assumir as diferentes condições de gestão, essa referência não correspondem propostas para a operacionalização da Vigilância”

⁶ Site pesquisado: <http://www.ufrgs.br/pdgs/opas.html>

sendo que as proposições refletiam a ausência de um projeto para a gestão descentralizada dessas ações e assim, sem definições claras e precisas sobre as características das ações em vigilância, atribuídas aos municípios e as ações de âmbito estadual, “tudo indica que tais responsabilidades e requisitos não foram considerados na implantação das condições de gestão, e que tiveram impacto desconhecido na reorganização do sistema”.

Já a NOB/96, incluiu o repasse de recursos financeiros para a área de Vigilância Sanitária, os Estados e parte dos municípios passaram a experimentar um processo de dinamização das ações de Vigilância Sanitária (Santos, 2004). Lucchese (2000c, p. 105), acrescenta que a NOB/96 (fig. 02), no plano mais geral avançou em relação à NOB/93, ao abordar a vigilância sanitária, incluindo a referência ao papel do gestor federal, mecanismos e articulações entre os três gestores, prevendo a necessidade de reorientação e implementação para a área de vigilância sanitária – incorporando de modo ainda muito inicial e pouco preciso, o rol de responsabilidades das diferentes condições de gestão, inovando ao prever mecanismos de financiamento para o custeio das ações de visa.

Quadro 1 Responsabilidades e requisitos da área de Vigilância Sanitária – NOB SUS 01/93

Condição de gestão	Estados		Municípios	
	Responsabilidades	Requisitos	Responsabilidades	Requisitos
Incipiente*	X	X	Incorporar à rede de serviços ações básicas de Vigilância Sanitária e desenvolver ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registro de estabelecimentos e de produtos para a saúde.
Parcial	Coordenar a rede de laboratórios de saúde pública e assumir a formulação, a execução e o controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registro de estabelecimentos e de produtos para a saúde.	Incorporar à rede de serviços ações básicas de Vigilância Sanitária e assumir a formulação, a execução e o controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	Idem
Semiplena	Coordenar no seu âmbito as ações de Vigilância Sanitária e a rede de laboratórios de saúde pública.	Idem	Assumir a execução e o controle das ações básicas de vigilância.	Idem

* Não há condição de gestão incipiente para os Estados.

Fig. 01-Responsabilidades e Requisitos da área da Vigilância Sanitária na NOB/93
 Fonte: Fundamentos da Vigilância Sanitária – 2000 p.106

De acordo com Garibotti (2004, p. 37):

A implementação das ações de municipalização de Vigilância Sanitária se efetivou a partir de 1997 quando estados e municípios se candidataram às formas de municipalização do sistema que possibilitavam diferentes níveis de gestão para estado e municípios. Os estados podiam se habilitar em dois níveis: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual e os municípios em outros dois níveis: Gestão Plena de Atenção Básica- cujas responsabilidades eram as ações básicas- e Gestão Plena do Sistema Municipal – com responsabilidade de execução de ações básicas, de média e de alta complexidade em Vigilância Sanitária. Além das responsabilidades, a NOB 01/96 estabelece os requisitos mínimos para a habilitação: a comprovação do desenvolvimento das ações e serviços desenvolvidos e equipe mínima.

Quadro 2 Responsabilidades e requisitos da área de Vigilância Sanitária – NOB SUS 01/96

Condição de gestão	Estados	
	Responsabilidades	Requisitos
Gestão avançada do sistema estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Gerência das unidades estatais da hemrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para Vigilância Sanitária. • Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta de medicamentos e insumos especiais. • Cooperação técnica e financeira, com o conjunto dos municípios, na consolidação do processo de descentralização e na organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de Vigilância Sanitária. • Coordenação e execução das atividades de Vigilância Sanitária, conforme previsto na Lei nº 8.080/90. • Execução das ações básicas, de média e de alta complexidade, de Vigilância Sanitária, referentes aos municípios não-habilitados à execução destas ações, segundo as diferentes condições de gestão. • Execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)* nos termos definidos pela SVS/MS. 	Comprovar o funcionamento do serviço de Vigilância Sanitária no estado, organizado segundo a legislação e a capacidade de desenvolvimento de ações de Vigilância Sanitária.
Gestão plena do sistema estadual	Idem	Idem
Condição de gestão	Municípios	
	Responsabilidades	Requisitos
Gestão plena da atenção básica	Execução das ações básicas de Vigilância Sanitária incluídas no PBVS.	Comprovar a capacidade de desenvolvimento de ações de Vigilância Sanitária.
Gestão plena do sistema municipal	Execução das ações básicas, de média e alta complexidade, em Vigilância Sanitária, bem como as ações do PDAVS, opcionalmente.	Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de Vigilância Sanitária e a capacidade para o desenvolvimento de ações de Vigilância Sanitária.

* O PDAVS, um programa ainda não regulamentado, consiste no pagamento direto, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), pela prestação de serviços de competência exclusiva da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério da Saúde, com base na remuneração de procedimentos estabelecidas em tabela específica.

Fig. 01-Responsabilidades e Requisitos da área da Vigilância Sanitária na NOB/96

Fonte: Fundamentos da Vigilância Sanitária – 2000 p.108

3.4.1 Ações Descentralizadas e a Legislação

“Fazer política é a capacidade de agregar esforços para promover mudanças na realidade, mudança esta que tenha relevância social”.

Em função das novas regras para a pactuação das ações de Vigilância Sanitária, a Portaria GM/MS nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003, estabeleceu as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para 2004 em substituição ao Termo de Ajuste e Metas.

Vista como um produto de um processo de discussão envolvendo os gestores Estaduais e Municipais durante todo o segundo semestre de 2003 teve como principais características, o foco na descentralização com o objetivo de fortalecer as Vigilâncias Sanitárias Municipais e Estaduais e uma nova proposta de gestão dos recursos financeiros repassados pela ANVISA. Assim, em função dessa portaria, foram introduzidas outras portarias.

Para melhor visualização para o leitor, transcreveu-se as demais legislações (seguidos do título, ementa, órgão emissor e relacionamentos) referentes em forma de tabela, a seguir:

3.4.1.1 Legislação Federal

<p>Portaria nº 1269, de 28 de junho de 2004</p> <p>Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de Vigilância Sanitária para Estados, municípios.</p> <p>Órgão Emissor: Ministério de Estado da Saúde</p> <p>Atos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none">. Portaria nº 2473, de 29 de dezembro de 2003. Portaria nº 439, de 16 de março de 2004 <p>Definir os tetos financeiros destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, no ano de 2004.</p>
<p>Portaria nº 1213, de 16 de junho de 2004</p> <p>Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária para Estados, municípios e Distrito Federal.</p> <p>Órgão Emissor: Ministério de Estado da Saúde</p> <p>Atos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none">. Portaria nº 2473, de 29 de dezembro de 2003. Portaria nº 439, de 16 de março de 2004
<p>Resolução - RDC nº 91, de 28 de abril de 2004</p> <p>Ficam prorrogados os prazos de vigência dos Termos de Ajuste e Metas assinados entre a Anvisa e os Estados-Membros e Distrito Federal até o dia 30 de abril de 2004.</p> <p>Órgão Emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária</p>

Atos relacionados:

- . Portaria nº 439, de 16 de março de 2004
- . Portaria nº 2473, de 24 de dezembro de 2003

Resolução - RDC nº 67, de 25 de março de 2004

Fica prorrogado os prazos de vigência dos Termos de Ajuste e Metas assinados entre a Anvisa e os Estados-Membros e Distrito Federal até o dia 30 de abril de 2004.

Órgão Emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Resolução - RDC nº 65, de 25 de março de 2004

Institui o Sistema Automatizado para Programação Pactuada das Ações de Vigilância Sanitária - SISTAM, a ser preenchido pelas unidades federadas em cumprimento ao que determina a Portaria GM nº 2.473 de 2003. Órgão Emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Órgão Emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Atos relacionados:

- . Portaria nº 2473, de 29 de dezembro de 2003

Portaria GM nº 2.473 de 29 de dezembro de 2003.

Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá

outras providências.

Órgão Emissor: Ministério de Estado da Saúde

Atos relacionados:

- . Portaria nº 18, de 21 de janeiro de 1999
- . Resolução RDC nº 200, de 12 de julho de 2002

Portaria Conjunta nº 8, de 26 de novembro de 2002.

Aprova as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, na área de vigilância sanitária.

Publicação: D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de dezembro de 2002

Órgão emissor: SVS/MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária

Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 200, de 12 de julho de 2002.

Estabelece normas sobre aplicação e controle dos recursos transferidos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, para ações de Vigilância Sanitária de média e alta complexidade.

Órgão emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Atos relacionados:

- . Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990
- . Decreto nº 1232, de 30 de agosto de 1994

<p>. Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995</p> <p>. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2002</p> <p>Revoga:</p> <p>. Resolução RDC nº 72, de 10 de abril de 2001</p>
<p>Portaria/ GM nº 1, de 3 de janeiro de 2002</p> <p>Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária, de média e alta complexidade, executadas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal.</p> <p>Órgão Emissor: Ministério de Estado da Saúde</p>
<p>Portaria Conjunta nº 151, de 24 de setembro de 2001</p> <p>Transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, distrito federal e municípios, na área de vigilância sanitária.</p> <p>Órgão Emissor: MS - Ministério da Saúde</p>
<p>Medida Provisória nº 2190-34, de 23 de agosto de 2001</p> <p>Altera dispositivos das Leis nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.</p>

§ 5º A Agência deverá pautar sua atuação sempre em observância das diretrizes estabelecidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dar seguimento ao processo de descentralização da execução de atividades para Estados, Distrito Federal e Municípios, observadas as vedações relacionadas no § 1º deste artigo.

§ 6º A descentralização de que trata o § 5º será efetivada somente após manifestação favorável dos respectivos Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde.

Portaria 145, de 31 de janeiro de 2001

Repasse de recursos Fundo a Fundo para as Vigilâncias Sanitárias Estaduais.

Órgão Emissor: MS - Ministério da Saúde

Publicação: D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 26 de setembro de 2001

Retificação: Republicada, em 8 de fevereiro de 2001 por ter saído com incorreção, do original, no D.O. nº 23-E, de 1º -2-2001, Seção 1, pág. 23

Portaria 144, de 31 de janeiro de 2001

Repasse de recursos Fundo a Fundo para os municípios

Órgão Emissor: MS - Ministério da Saúde

Atos relacionados:

. Resolução nº 9, de 29 de agosto de 2000.

Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999

- Art. 5º, parágrafo único; art. 7º, incisos XI, XII e XIII; arts. 32 e 39 e seus parágrafos;

Anexo I revogado(s) por:

- art. 5º, parágrafo único; art. 7º, incisos XI, XII e XIII; arts. 32 e 39 e seus parágrafos e

o Anexo I revogado(s) por: Medida Provisória nº 2134-31, de 21 de junho de 2001

art. 5º, os incisos XII e XIII do art. 7º, e os arts. 32 e 39 e seus parágrafos revogado(s)

por: Medida Provisória nº 1814-2, de 22 de abril de 1999

Salientamos ainda que foi realizada uma Pesquisa sobre a utilização de recursos do Piso de Atenção Básica - PAB/VISA. Esta se refere ao desenvolvimento e organização das ações básicas de Vigilância Sanitária em Municípios Brasileiros a partir da implantação do PAB/VISA – Um Estudo Exploratório – Relatório de Pesquisa. Trabalho realizado pela ANVISA em conjunto com UFMG/FM, NESCON e EPSM.

Além disso, o Relatório de Execução do Termo de Ajuste e Metas - 1º e 2º Trimestres / 2001, de novembro de 2001 da ANVISA, num trabalho da ADAVS e CEVS, teve como objetivo mensurar o grau de cumprimento das metas pactuadas no TAM, para os dois primeiros trimestres de 2001 e buscando conhecer os demais aspectos de operacionalização do TAM e do processo de descentralização de maneira geral.

3.4.1.2 Legislação Estadual

<p>Resolução Nº 064/2004 de 28 de abril de 2004.</p> <p>Habilitar os municípios abaixo elencados ao recebimento de recursos previstos na Portaria GM/MS nº 2473 e na Resolução CIB/RS nº49/04.</p>
<p>Resolução Nº 049/2004 de 06 de abril de 2004.</p> <p>Define os valores de repasse de recursos, para os municípios, para incentivo do processo de municipalização e desenvolvimento de ações e serviços de Vigilância Sanitária de Média e Alta complexidade.</p> <p>Anexo I – Termo de Compromisso e</p> <p>Anexo II - Declaração de Ações de Vigilância Sanitária pactuadas por grau de Complexidade.</p> <p>Resolução Nº 048/2004 de 06 de abril de 2004.</p> <p>. Encaminha à SNVS-MS e ANVISA proposta do Estado do Rio Grande do Sul relativa à pactuação das ações de Vigilância Sanitária de Baixa complexidade.</p>
<p>Resolução Nº 047/2004 de 06 de abril de 2004.</p> <p>Define as competências para pactuação de ações de Vigilância Sanitária de Média e Alta complexidade, para o Estado com a ANVISA. Compete ao Estado do Rio Grande do Sul.</p>

Resolução Nº 030/2004 e Anexo de 11 de março de 2004.

Define como estabelecimentos de baixa complexidade, de acordo com o risco sanitário, aqueles constantes do Anexo I, conforme já descrito na Port. nº18 SAS/MS-1999 e anteriormente pactuado entre o Estado e municípios (1999). Anexo 1. Relação de atividades de VISA para municípios na Gestão plena da Atenção Básica Ampliada.

3.5 DESAFIOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA – POSSIBILIDADES E IMPASSES

DE SETA E SILVA (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 72) refere que a ANVISA é uma autarquia especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada por autonomia e independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. e financeira e “seus dirigentes detêm mandato de duração definida, são indicados pelo Executivo e se submetem à arguição pelo Legislativo” .

Na estrutura da Administração Pública Federal, a Agência está vinculada ao Ministério da Saúde. Sua relação com o Ministério da Saúde, ao qual se subordina, é regulada mediante contrato de gestão. Além disso, gestão da Anvisa é responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros.

Vecina Neto (apud Vigilância Sanitária, 2002, p. 20) reforça essa idéia ao colocar que, diferente do nível federal, no qual as ações de vigilância sanitária são realizadas por uma autarquia, para a vigilância sanitária nos estados e municípios é atribuição dos

órgãos de administração direta das secretarias estaduais de saúde (SES) e dos laboratórios centrais estaduais e o que “já representa um sério problema para a área, pois os recursos orçamentários da Vigilância Sanitária são quase sempre aprovados dentro do orçamento geral da secretaria da saúde e acabam sendo aplicados em outras áreas” (...) “impedindo sua aplicação em ações de vigilância e até mesmo conhecimento do montante arrecadado dessa forma”.

Nos estados brasileiros há distintas estruturas de serviços de Vigilância Sanitária, com graus variados de diferenças e limitações. Nas regiões Sul e Sudeste são onde se observa a maior falta de estruturação desses serviços. A maioria dos municípios brasileiros não possui serviços estruturados de Vigilância Sanitária, especialmente nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e nas cidades de médio e pequeno porte. Nas capitais e nas grandes cidades existem variados graus de organização, provavelmente todas sem funcionamento satisfatório (Santos,2004).

DE SETA E SILVA (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 72) complementa essa realidade brasileira quando refere que “os órgãos estaduais e distrital de Vigilância Sanitária organizam-se de forma diferenciada, compreendendo desde estruturas com maior autonomia administrativa e financeira (...) até a extrema dependência administrativa do nível central da Secretaria Estadual.”

Complementando esses impasses, nem todos os estados contam com estruturas, tais como laboratórios centrais bem equipados, pessoal capacitado e qualificado e “a falta de informações organizadas sobre agentes regulados, ações de fiscalização, processos administrativos, regulamentos técnicos e diretrizes políticas, entre outros tipos de dados, também tem sido um problema” (VECINA NETO, apud VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002, p. 20).

DE SETA E SILVA, (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001) apontam que a ANVISA tem uma considerável capacidade financeira , se comparada com a estrutura federal anterior, mas ainda insuficiente para cumprir seus objetivos já que não pode prescindir da atuação da esfera estadual e esta, da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil politicamente é representado principalmente pelo município.

Para DE SETA & SILVA (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 75)

outra categoria central da abordagem política da gestão é o poder. Esse não é considerado um atributo pessoal, mas fruto das relações entre pessoas e entre instituições. São fontes de poder e controles de recursos financeiros, de informação, conhecimento técnico, a autonomia formal (hierarquia) e formação de alianças e coalizões.

Apesar da autonomia conseguida no nível federal, a questão dos recursos humanos também é problemática na ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que possui profissionais cedidos de outros setores e/ou contratados temporariamente, terceirizados ou prestadores de serviço.

Além disso , para STRALEN (apud CADERNOS DE SAÚDE, 2001, p. 124):

os técnicos da Vigilância Sanitária, mesmo representando o poder de intervenção do Estado, ocupam um lugar subordinado. Sua atuação é circunscrita pelas relações de força no nível da Sociedade Civil que colocam os consumidores, a população alvo da Vigilância Sanitária, numa posição subordinada. Desta forma, a despeito dos compromissos sociais dos técnicos, muitas atividades da Vigilância Sanitária acabam submetidas aos interesses econômicos hegemônicos. O lugar subordinado dos técnicos dentro da estrutura burocrática estatal se evidencia pela facilidade com que ao longo da história os responsáveis por diversos setores da Vigilância Sanitária foram substituídos ou foram reestruturados arranjos administrativos.

Lucchese (2001) confirma após pesquisa realizada com gestores estaduais de VISA que estes apontam vários problemas estruturais em particular na área de recursos humanos: insuficiência, pouca ou falta de qualificação, salários baixos, ausência de plano de carreira e carreira fiscal, carga horária e outros. Para o autor, a reestruturação do Sistema Nacional de VISA, trouxe autonomia administrativa e financeira para o nível federal, o que não vem ocorrendo nos níveis estadual e municipal, acarretando problemas nas diversas áreas.

Para Garibotti (2004) os profissionais que convivem diariamente com os conflitos de desigualdade social e ainda sofrem pressão dos usuários e do setor controlado, e inclusive das forças partidárias e de gestões autoritárias.

Ainda DE SETA & SILVA (apud CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 77) levanta um aspecto importante: a peculiaridade do processo de descentralização em curso na Vigilância Sanitária em que a descentralização vem se dando para os Estados e destes para os municípios. Para estes últimos, a descentralização das ações de vigilância sanitária se dá mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Para os autores,

Uma causa de dificuldades no âmbito da CIB é a tentativa de vinculação da responsabilidade de execução das ações de VISA a serem descentralizadas, segundo sua hierarquia, às modalidades de gestão. Outra é que nem sempre há correspondência entre a capacidade de execução das ações de VISA e a modalidade de gestão na qual o município se encontra habilitado pelas Normas Operacionais.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as competências da ANVISA, DVS/CEVS/SES/RS e NVS/NUREVS CRS/SES/RS no processo de descentralização.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as articulações existentes nos componentes de VISA.

Comparar a forma de gestão entre os diversos componentes de VISA.

Conhecer as estruturas de cada componente de VISA.

Conhecer os entraves e impasses na descentralização das ações de VISA.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo como objetivo identificar as competências da ANVISA, DVS/CEVS/SES/RS e NVS/NUREVS/CRS e em consequência analisar o processo de descentralização das ações de VISA e ante a necessidade de delimitar o problema da pesquisa, este estudo se deu de forma qualitativa, desde o momento da elaboração do projeto, sua fase de execução até as considerações finais e teve como sujeitos de pesquisa os trabalhadores de vigilância sanitária (VISA), incluindo os coordenadores (chefias) desses órgãos.

Contudo, por estar inserida nesse universo, essa pesquisa assume características de pesquisa participante, pois dentro desse processo dificilmente estaremos limitados a coletar e analisar dados.

O trabalho de campo se deu com a aplicação de um questionário específico através de entrevistas dirigidas (questionários A e B em anexo), de forma individual, separado por órgão em cada amostra (amostragem intencional): gestores de cada órgão em questão, e servidores, assim constituído e distribuído:

Questões:

- DVS/CEVS: 13 questões
- NVS/NUREVS/1ª CRS: 16 questões

Órgão:

- Coordenador do CEVS: 01
- DVS/ CEVS: Coordenadores: Chefia e Chefia Adjunta da: 02

Setores:

- Setor de Controle da Água: 01
- Setor de Controle de Alimentos: 01
- Setor de Controle de Cosméticos e Saneantes: 01
- Setor de Medicamentos e Correlatos: 01
- Setor de Controle e Qualidade do Sangue: 01
- Setor de Controle de Infecção em Estabelecimentos de Saúde: 01
- Setor de Controle de Radiações: 01

Total: 09 técnicos

O Setor de Planejamento e Capacitação, no momento da aplicação dos questionários, encontrava-se desativado, não havendo responsável pelo mesmo.

- 1ª CRS:

- Delegada Adjunta, Coordenador e Coordenador Adjunto do NUREVS: 03
- Servidores dos setores que compõe o NVS/NUREVS:
 - Setor de Alimentos e Água: 04
 - Setor de Estabelecimentos de Saúde: 05
 - Setor de Medicamentos: 02
 - Setor de Radiologia: 02

Total: 16 técnicos

Desde janeiro do corrente ano, o NVS/NUREVS encontra-se sem chefia, e não há um responsável em cada setor que compõe o mesmo. Em função das dificuldades que o grupo vem passando junto à coordenação do NUREVS, foi consenso do grupo, em reunião do setor, que cada técnico ficaria responsável pelo mesmo por um período de um mês. Isto se deu após questionamentos junto à coordenação do NUREVS com relação ao papel a ser desenvolvido pela chefia e com este não teria poder de inferência nas tomadas de decisões, então este seria somente um representante nos aspectos pontuais.

Optou-se, então, por entrevistar todos os servidores com compõe o NVS/NUREVS já que o responsável não detém o poder de planejamento, articulação e participação nas tomadas de decisões.

Tendo em mãos as respostas dos questionários num total de 25 técnicos entrevistados dos dois órgãos, iniciou-se a análise dos dados. A partir daí, buscou-se a interpretação qualitativa dos dois grupos de investigação: DVS e NVS, separado (inclusive a fala das chefias dos mesmos), com base nos objetivos propostos na presente pesquisa.

Para tanto, foi levado em consideração, o que Minayo (1994) propõe neste tipo de análise de dados:

- ordenação de dados: mapeamento de todos os dados coletados;
- classificação de dados: definição das categorias específicas depreendidas das falas dos entrevistados;
- análise final: articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da presente pesquisa.

A análise dos resultados foi realizada a partir da divisão das questões aspectos pontuais, (pelo fator metodológico) a apresentação e discussão de cada objetivo

específico: estruturas de cada órgão, forma de gestão, articulações existentes e entraves e impasses na descentralização das ações de VISA.

Além disso, as Legislações: Federal e Estadual/RS (leis, portarias e resoluções referentes ao CEVS/SES/RS, NUREVS/1ª CRS/SES/RS,) e Atas de Reuniões do Conselho Consultivo da Anvisa e CIB/RS que são de relevância para a compreensão do processo histórico e atual de descentralização de VISA.

Outros pontos importantes como estrutura e atribuições da ANVISA (2003d, p. 5), DCR/SES e DVS/CEVS/SES, Secretaria de Vigilância em Saúde /MS (em anexo), que fazem parte dessa engrenagem, foram utilizados na análise e discussão dos resultados.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Para compreender a Gestão Descentralizada de Vigilância Sanitária, conhecendo a estrutura entre dos componentes, a forma de gestão, a articulação, analisando a descentralização com seus impasses e dificuldades é que surgiram os objetivos desse trabalho.

Para tanto, foram entrevistados os trabalhadores de Vigilância Sanitária (VISA) da instância estadual: DVS/CEVS/SES/RS e NVS/NUREVS/CRS/SES/RS.

Em nossa análise, para fins didáticos, separamos esses trabalhadores de Vigilância Sanitária (VISA) em Grupo 1: DVS (também chamado por Nível Central) e Grupo 2: NVS da 1ª CRS (esta também chamada de Regional) e dentro desses dois grupos em: chefias (Chefes e Coordenadores) e trabalhadores de VISA.

Vale salientar que há, nesse momento, algumas divergências de nomenclatura, em função desse novo reordenamento da Vigilância em Saúde, contudo, e, em nosso trabalho optamos por denominar trabalhadores de VISA e não trabalhadores de Vigilância em Saúde ou trabalhadores de Vigilância Sanitária em Saúde.

Da mesma forma, como há referências de que as ações de VISA não são de Baixa, Média ou Alta complexidade, mas, os estabelecimentos é que o são, optamos por utilizar a expressão mais usual: ações de baixa, média e alta complexidade.

Antes de iniciar a transcrição dos resultados e a discussão dos mesmos é necessário ressaltar alguns aspectos observados, percebidos, etc.

No NVS (Grupo 2), por ser integrante do grupo, não houve dificuldades de aplicação, todos demonstram interesse, parecendo uma necessidade e/ou oportunidade de serem ouvidos. Já as chefias verbalizaram que se poderia ter uma ótima visão da gestão de VISA, contudo, tivemos dificuldade na aplicação das entrevistas na DVS pois somente poderiam ser feitas após o término do expediente de trabalho contratual. Esse fato ocorreu por ter sido negado pelas chefias a autorização de ausência para o desenvolvimento do trabalho, sem antes mesmo de ter sido solicitado, nem a possibilidade de arranjo interno, tendo isso ocasionado a necessidade de antecipação de férias da pesquisadora, pois não haveria como encontrar uma parte do grupo de entrevistados cujo horário de trabalho é mesmo.

Já na DVS (Grupo 1), houve inicialmente uma certa resistência, ocorrendo questionamentos se havia autorização da chefia, quais as pessoas que seriam entrevistadas, qual o objetivo desse trabalho, com as devidas explicações, conseguimos dar andamento ao trabalho. Algumas das entrevistas não foram aplicadas às chefias do setor mas aos substitutos por motivos de férias e viagens.

Outro fato a salientar é que no Grupo 1 deixamos de realizar uma entrevista, conforme estava previsto, com o Coordenador do CEVS. Esta foi desmarcada por motivos de compromissos do mesmo, não havendo possibilidade de remarcar-la no período de elaboração do trabalho, apesar das tentativas da pesquisadora.

Durante as entrevistas, alguns entrevistados deram exemplos de situações de risco envolvendo estabelecimentos e/ou pessoas mas solicitaram que fosse colocado no trabalho de forma que não pudesse haver identificação.

6.1 ESTRUTURA DOS COMPONENTES DE VISA

Com relação a VISA e suas instâncias, a maioria dos integrantes desses dois grupos vêem a vigilância sanitária como muito importante - é vista como “um espaço legalmente instituído” e “definido no SUS”, tem um papel importante na sociedade para prevenção de agravos e riscos da saúde. No grupo 1, a importância da DVS se dá pelo caráter de normatização, pelas ações que executa, pelo apoio técnico para as regionais e pela interface com os diversos setores da SES. Alguns entrevistados não conseguiram visualizar o todo mas somente o seu setor especificamente.

Contudo, nos dois grupos apareceram respostas que sua importância para a SES e para a própria Coordenadoria, ela só se torna importante “quando aparece um problema” pois “não é prioridade das políticas de saúde da SES”, “nem dos governantes”.

Lembrando LIMA (2001, p. 20, apud CONFERENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001),

O estado nebuloso em que se encontra a participação política na vigilância sanitária, não se nega a importância, mas, não se vê transformada em ações, tal importância conferida, afasta os políticos de a colocarem como prioridade em suas agendas de trabalho. Os funcionários públicos, que respondem pelo setor, têm um rol de lamúrias referentes à forma de como o assunto é tratado nos ambientes políticos e administrativos de seus Estados...

Com relação ao CEVS, durante as entrevistas do grupo 1, mesmo não sendo perguntado, houve várias colocações referindo sua importância, uma perspectiva de mudança, ainda que esteja em fase de implementação: “agora com o CEVS vai ter planejamento”, “CEVS é uma coisa nova, ainda não temos grandes conhecimentos”.

Referiram a Portaria 047/2003 de set/2003, que trata da implantação e do responsável e a convocação para uma reunião sobre o andamento da implantação do mesmo.

O Grupo 2 (chefias) destacou a falta de um maior contato e integração entre a Coordenadoria e a DVS, salientando também com o NVS. Para eles, isso se estende ao NVS: “a regional não conhece o NVS”, “necessita desenvolver um maior vínculo entre os técnicos e a Coordenação, inclusive na comunicação”.

Esta dificuldade apontada entre as coordenações (chefias) da regional se reflete nas respostas dadas quanto à importância do NUREVS, pois, a maioria dos trabalhadores de visa não reconhece a implementação do núcleo, devido a forma como se deu esse processo de implementação: “prá nós nunca foi passado nada”, “muito importante mas da forma como está, tem uma piora na rotina de trabalho”, “diminuiu a produtividade”, “aumentou as instâncias hierárquicas, sem a proporcional resolubilidade”, “não sei o que é NUREVS, não tem no papel, talvez funcionasse bem, englobaria tudo”. Vale lembrar que essa implementação se deu em outubro de 2003, quando as quatro vigilâncias foram adequadas numa mesma sala e a portaria de oficialização se deu após o término de aplicação das entrevistas no setor.

O questionamento quanto à hierarquia do NVS as chefias foram unânimes ao verbalizar que o NVS é subordinado ao NUREVS, pela CRS (delegado) e DCR. Houve ainda a afirmação: “tem contemplar o aval da DVS”. No grupo de trabalhadores também houve divergências de opiniões, a maioria referiu que o NVS é subordinado ao DCR (através da Coordenadoria), outros, da DVS e também, subordinado aos dois órgãos, demonstrando assim, falhas na comunicação, falta de clareza de hierarquia e subordinação, dificuldades nas estruturas de poder na organização e cultura organizacional.

Com relação ao NUREVS surgiram colocações no Grupo 1: “O que é NUREVS?” Praticamente todos afirmaram desconhecer, e alguns não conheciam a expressão NVS, justificando que cada Coordenadoria tem uma nomenclatura para designar a vigilância sanitária.

Foi colocado também que os técnicos da DVS não têm noção do que é uma Coordenadoria, “aí não entendem as dificuldades que estes passam no dia a dia, no desenvolvimento das atividades” e, “antes de trabalhar na DVS, deveriam ter experiências em Coordenadorias”. Dentro da própria SES, também foi notada a dificuldade de compreensão: “a gente não compreende a estrutura da SES”, “não há um organograma oficial, não querem que as pessoas se apropriem prá não decorarem uma coisa que não será mais utilizada”, “não tem organograma, mas, agora vai ter”.

Praticamente todos trabalhadores do grupo 2 afirmaram ser o NVS de vital importância, “imprescindível para se conseguir desenvolver as ações como sistema regulado”. É o NVS que dá o suporte para os municípios, trazendo melhorias na qualidade dos serviços prestados em saúde em geral. Percebem que o trabalho ainda não está sendo desenvolvido da forma como se propõe. Contudo, mesmo tendo um papel importante pelo que faz, não sentem que seja dado a mesma importância pela própria Coordenadoria.

Com relação a ANVISA, mesmo que os entrevistados dos dois grupos não tenham sido questionados diretamente, demonstraram que se sentiram mais respeitados após a sua criação e que “a vigilância sanitária melhorou” e tudo que vem da ANVISA não é nem questionado ou ao menos adequado à realidade estadual, demonstrando ser uma autarquia de poder junto aos órgãos de visa. E, com alguns entrevistados, quando questionados sobre a falta de um sistema (SNVS), logo responderam: “está na lei, claro que existe”.

Ainda sobre a ANVISA, encontramos a seguinte referência na reunião da CIB/RS de 18.02.2004:

(...) (ASSEDISA) informa que houve debate pela manhã, na ASSEDISA, sobre a Vigilância Sanitária. Solicita que saia um indicativo à atuação da ANVISA que é uma mera máquina de propaganda; que os municípios estão assoberbados com informativos e periódicos em volume estrondoso; que os CMS recebem trinta exemplares de um mesmo jornal; sugere que estes recursos sejam canalizados para outras ações como equipamentos e outras ações mais eficientes e eficazes ao invés destes informes impressos com qualidade. Solicita que a CIB/RS faça moção para a CIT.

Alguns aspectos da Ata da 13ª Reunião Ordinária do Conselho Consultivo Agência Nacional de Vigilância Sanitária realizada em Brasília, no dia 07 de outubro de 2003 trazem alguns aspectos importantes da ANVISA com relação ao Ministério da Saúde.

(..) Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, iniciou sua fala citando a relação entre o Ministério da Saúde e a Anvisa durante esses nove primeiros meses do novo governo. Ao citar a função das Agências Reguladoras, reconheceu a importância destas e destacou a proposta de integração dos órgãos do SUS – Sistema Único de Saúde – com as Agências, onde estas teriam papel executivo, lembrou que a Anvisa é um instrumento importante para garantir a qualidade de vida da sociedade, e ressaltou que o papel decisório seria do Ministério, mantendo a autonomia relativa das Agências. Porém seria preciso rever a divisão de tarefas entre Anvisa e Ministério, como exemplo citou a área de Sangue, em que a gestão da política estaria sendo repassada para o Ministério da Saúde. Tudo isso contribuiria para a consolidação do SUS, e para dar sustentação a essa consolidação foram criadas novas Secretarias no Ministério da Saúde, buscando soluções conjuntas.(...)

Para alguns entrevistados a ANVISA, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, ficou enfraquecida, “está balançando as pernas”, “não sabemos o que vai acontecer”, “se pode ser extinta ou não”, “esse modelo da Secretaria em Vigilância em Saúde era o plano de governo do governo anterior, e já estava sendo desenvolvido aqui mas, não implantado, e agora o governo também levou lá prá cima”, “há dúvidas agora

com relação a isso, ao futuro”. Questionam se ficará dentro das vigilâncias que compõe a Secretaria.

Pensamos que muitas mudanças poderão se processar na própria ANVISA com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, como é o caso do Contrato de Gestão que muitos aspectos estão sendo discutidos nas reuniões do Conselho Consultivo da ANVISA, da transferência do Sangue e Hemoderivados para a Secretaria de Atenção à Saúde/MS entre outras e o Fórum ANVISA: Avanços e Desafios, realizado nos dias 06 e 07 de maio de 2004, em Brasília, serviu para reunir entidades representativas do setor regulado, usuários, profissionais de saúde e órgãos do governo que tem interface com a Agência buscando conjuntamente, formular propostas para o fortalecimento da mesma.

Retomando, aos órgãos estaduais, no que se refere às atividades prioritárias, no grupo 1, a maioria dos entrevistados teve dificuldade em visualizar o todo – DVS como um todo – havendo referências específicas ao setor como “o setor tem programas estaduais e federais...”, “...do geral, é com a chefia, o gabinete pode responder”.

Em outras, apareceram “normatização de produtos e serviços para as regionais e fiscalização complementar às ações das regionais e municípios”, “tentando descentralizar as ações em alguns setores”, “supervisão às Coordenadorias e municípios”, “dar atendimento às demandas do Ministério Público, porque tem prazo, dependendo do tipo de denúncia, se prioriza a inspeção...”.

No Grupo 2 houve divergência nas respostas das chefias com relação às atividades prioritárias do NVS: desconhecimento e “as mesmas são de média e alta complexidade” e também “atendimento de surtos tóxicos alimentares, demandas do poder judiciário, determinadas denúncias e alvarás iniciais”. Para os trabalhadores foram salientadas as inspeções sanitárias, liberação de alvará sanitário, atendimento à denúncias, registro de documentos e processos. Já para os trabalhadores, as respostas

dessas atividades prioritárias se situaram em “basicamente inspeções sanitárias...”, “licenciamento dos estabelecimentos sob o regime da vigilância sanitária”.

Sobre essas estruturas de VISA, podemos inferir que há uma fragmentação na própria estrutura dos componentes estudados, e de acordo com a ANVISA (2003d, p. 5)

a consolidação da vigilância sanitária como subsistema integrado ao SUS pressupõe, inicialmente, o fortalecimento dos demais entes federados que o integram. O desequilíbrio quanto à governança e governabilidade, que hoje se constata no interior do subsistema de vigilância sanitária, constitui séria ameaça aos propósitos de consolidação e fortalecimento dessa área. Esse desequilíbrio poderá se transformar em fator restritivo à sua ação e, em muitas ocasiões, justificar ações isoladas, verticais, autoritárias, e por isto, em desacordo com os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Assim, concluímos que, na prática, ainda não existe realmente um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e de acordo com os resultados do Fórum ANVISA, é necessário criar mecanismos para o desenvolvimento do SNVS, fortalecendo as visas estaduais como efetivos parceiros da ANVISA, além de implementar, na prática, esse Sistema.

6.2 FORMA DE GESTÃO DOS COMPONENTES DE VISA

Com relação a um plano ou modelo de Gestão em VISA, os dois grupos foram quase unânimes em afirmar que alguns não sabem, desconhecem ou não existe um plano ou modelo de visa no estado, “Gestão de visa? Aqui ninguém vai saber o que é gestão”, “falta essa visão”, “há o planejamento estratégico que o CEVS está planejando, trabalhando para se institucionalizar, aí vai ter um plano, um organograma porque agora ainda não tem, só o velho, mas, não é mais”.

No Grupo 2 houve discordância entre as chefias: desconhecem a existência de um plano ou modelo de gestão em visa no Estado. Citado que o Código de Saúde está em discussão e que as orientações são recebidas da DVS que também está se reestruturando. Citado que “existe uma proposta no NUREVS e que o mesmo está sendo construído”. No NVS não tem. Já para os trabalhadores, praticamente foram unânimes em afirmar o desconhecimento de um plano ou gestão de visa no Estado mas que deveria ter.. Houve uma referência sobre a normatização e fiscalização com o decreto estadual de 1974. A grande maioria também refere que não há nem no NUREVS e no NVS. Foi citado que no NUREVS ainda está sendo implantado e que no NVS existe somente para as atividades.

Além disso, as chefias do Grupo 2 salientaram que há uma “falta de contato e integração, a própria coordenação desconhece a sanitária, as informações não são passadas, aquele dia a dia, só quando há algum problema”.

Com relação ao planejamento das atividades prioritárias, o Grupo 1 referiu que “existe um planejamento próprio”, “existe um planejamento próprio conforme as propostas da ANVISA”, “tem os dois, próprios e da ANVISA”. Ainda foi salientado que o setor de Planejamento e Capacitação está desativado, “não há um interesse para que as coisas aconteçam”, “não existe um planejamento, parece que isso atrapalha”, “o CEVS é que está falando em Planejamento Estratégico”

Como já foi salientado, é atribuição da Vigilância Sanitária detectar riscos e tomar medidas que eliminem, previnam ou minimizem esses riscos, para isso deverá planejar as suas ações de forma a organizar a atuação sobre os problemas sanitários e as práticas de avaliação. Segundo Eduardo & Miranda (1998, p. 9) a Vigilância Sanitária deve delinear sua atuação por meio do conhecimento dos problemas. Problema é a

representação social de necessidades ou agravos de saúde, definidas por atores sociais e decorrentes das condições de vida e do modo de produção econômico-social.

Quando se fala em planejamento, lembrando da forma de gestão e revendo as teorias administrativas, vimos que nos dois grupos há ênfase nas tarefas, com nível operacional

Neste sentido, vale lembrar o pensamento de De Toni (1999, p. 142) “se tentarmos submeter o ritmo do desenvolvimento dos acontecimentos à vontade humano, devemos imediatamente pensar que governar em situações complexas exige exercer a prática do planejamento estratégico até seu último grau”, ao invés de somente apagar incêndios.

Programar, portanto, é organizar e racionalizar a ação para alcançar determinadas metas e objetivos.

Têm sido comum a implantação e o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária sem planejamento, sem programação. Sua atuação tradicional tem se resumido ao atendimento das demandas espontâneas, isto é, o atendimento em resposta às denúncias ou acidentes. Contudo, se considerarmos seu papel de promotora da saúde e de prevenção de danos, não se pode imaginar uma vigilância sanitária que não atue também, e principalmente, por meio de programas. Não é possível pensar uma vigilância que não tenha o diagnóstico de sua área com base em perfis epidemiológicos, que não defina os riscos potenciais, os objetivos e metas, as rotinas, que não padronize os principais passos da inspeção ou que deixe de fazer a avaliação sistemática dos resultados de sua atuação, até para reprogramar-se (Eduardo & Miranda, 1998).

Em síntese, buscamos analisar, de forma sucinta, a importância do planejamento em saúde, particularmente em vigilância sanitária e como a intenção do Planejamento Estratégico Situacional de Matus (CHORNY, apud SANTANA, 1997, p. 15) “é justificar e desenvolver um conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades que permitam

ao ator-protagonista em situação, aumentar suas capacidades de direção, gerência, administração e controle do sistema social em questão”, se apropriar desse recurso de planejamento trará benefícios no desenvolvimento das ações ao invés de somente “apagar incêndios”.

E ao nosso ver, não se planeja Saúde com eficácia e eficiência se não se envolver o sujeito da ação, que não é somente o profissional de saúde, é o município e a população também. Também devemos ter em mente que o planejamento é dinâmico e a cada momento e em cada situação poderá se reformulado.

No que se refere às interferências políticas vale salientar que no grupo 1 percebeu-se por parte de alguns entrevistados, uma certa cautela e a primeira pergunta foi: “depende do tipo de interferência política que tu estás te referindo”, “interferência partidária ou pejorativa?” “que tipo de interferência política?”, foi explicado que seria qualquer interferência política. Surgiram diversas respostas. Foi citada a existência de interferência política por alguns entrevistados, mas, sempre se referindo nos outros setores e não no seu próprio setor. Grande parte referiu que nos municípios é muito grande; “eles tentam mas a gente não deixa, nos municípios sim”, “sim, a nível municipal é o mais evidente, grande parte dos componentes de visa são CC e o prefeito foi nomeado com o apoio da comunidade e muitas vezes é o dono de algum estabelecimento ou amigo ou parente e como é que o cara da visa vai lá autuar?”. Alguns entrevistados enfatizaram que no estado, “muda um pouco, dentro da amplitude, dentro da abrangência, há situações que provocaram risco à comunidade e a visa teve impasse frente aos interesses de responsáveis pelas instituições”, “no estado é mais velado, é uma solicitação muito sutil, é muito mais sutil que a nível municipal, mas nada por escrito, mas, vem a ordem”, “sim, elas interferem à medida que interesses políticos tanto a nível estadual ou municipal podem ser ofendidos, fazendo com que as

ações fiquem sendo implementadas parcialmente ou com dificuldade de implementar ações”, “o que é prioritário num governo, não é prioritário noutro governo, não vejo como uma coisa negativa, mas o técnico tem esse olhar”, “sim, nas mudanças de chefias, quando houve a mudança de governo, teve que se começar tudo de novo...”.

Nesta questão foram citados estabelecimentos, cidades, situações de riscos ocorridas e interferências, mas, solicitaram que fosse transcritos de forma a não serem identificados, nem as pessoas envolvidas nesses casos relatados.

Quanto aos recursos humanos, no Grupo 1 foi referido a necessidade do aumento do quadro de pessoal e de outro concurso porque muitos trabalhadores se aposentaram e que faltam profissionais técnicos capacitados e pessoal administrativo e estagiários. Falta motorista e telefonistas treinadas. Houve uma referência quanto a salários baixos.

No Grupo 2, das chefias houve somente uma referência quanto à falta de pessoal: “a maior dificuldade é de recursos humanos qualificados, na condição atual que vivemos é de apagar incêndios, com a sobrecarga de atividades dos profissionais que assumem diversos programas” e para os trabalhadores, foi unânime a verbalização da necessidade de aumento do número de técnicos em todos os setores do NVS, bem como de administrativos. Houve referências quanto à necessidade de uma reavaliação ampla e abrangente no NVS da área física, de recursos materiais e humanos.

Analisando estas questões sobre recursos humanos lembramos da pauta da Ata da 5ª Reunião Ordinária do Conselho Consultivo da ANVISA, realizada em Brasília no dia 9 de março de 2001 onde o tema era: Plano de Trabalho de Desenvolvimento de Recursos Humanos da ANVISA, sendo que na explanação foram enfatizados os seguintes aspectos:

o Plano possuía as seguintes diretrizes: viabilizar a gestão e o desenvolvimento de Recursos Humanos como componentes fundamentais e estratégicos para a implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; constituir em conjunto com os Estados e Municípios um

programa de capacitação vinculado e apoiado no sistema formal de educação; integrar a gestão e o desenvolvimento de Recursos Humanos em vigilância sanitária à política de Recursos Humanos do SUS, enfatizando duas dimensões: a) planejamento, definição do perfil profissional e a adequação funcional das equipes de trabalho; e b) processos específicos de capacitação e educação continuada.

De acordo com a ANVISA (2003), nos diagnósticos de recursos humanos fica evidente que os profissionais que atuam na vigilância sanitária é insuficiente e a rotatividade de pessoal não favorece a constituição de equipes, como alguns aspectos que dificultam o desenvolvimento das ações e das práticas de gestão de recursos humanos e fazendo um link com a pauta da 5ª reunião do Conselho Consultivo pouca coisa foi posta em prática e ainda não aparecem alternativas de solução. Se o SNVS é formado por diversos órgãos e esses são constituídos por pessoas e a agência sendo uma autarquia especial, onde encontramos o COPRH, será que não há a possibilidade de se buscar alternativas conjuntas às políticas da NOB-RH/SUS? Até quando vamos ficar no discurso?

Vale salientar que somente agora no período entre 17 e 28 de maio de 2004, através do Comitê de Política de Recursos Humanos para Vigilância Sanitária (iniciativa da Anvisa, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS) foi realizado o Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, no prédio Sede da ANVISA localizado em Brasília, nas Coordenações de Portos, Aeroportos e Fronteiras dos Estados e nas vigilâncias estaduais e municipais. Todos os profissionais responderam um questionário com o título: "Quem somos?", com perguntas iam desde identificação, informações funcionais, instrução e capacitações, dados do processo de trabalho, incluindo dados específicos do trabalho diário de VISA.

Outro dado ainda relacionado aos recursos humanos, quanto ao conhecimento especializado (capacitações), é sensivelmente verificado a diferença entre os dois

grupos. No Grupo 1, foram unânimes ao verbalizar que recebem capacitações e alguns entrevistados chegaram a verbalizar o excesso de capacitações, inclusive para alguns colegas especificamente, e que não há a multiplicação desses conhecimentos adquiridos.

Alguns trabalhadores desse grupo salientaram que muitas das pessoas capacitadas para desenvolver a descentralização das ações de visa, já não se encontram desenvolvendo suas atividades para a qual foram capacitados, sendo que em um dos setores 90% do pessoal capacitado já não se encontra no setor ou na Regional.

Já no Grupo 2 há uma grande queixa da falta de capacitações, vista como uma dificuldade para a realização de inspeções e suporte para os municípios, “como é que vamos capacitar os municípios se nós não fomos capacitados prá nada?”, “capacitação para os municípios? Mas a própria DVS suspendeu, foi cortado pela própria DVS”. Vale lembrar que alguns trabalhadores que receberam capacitações específicas já não estão mais exercendo suas funções na Regional. Com relação as chefias houve total divergência entre os mesmos: “não estão tendo capacitação”, “sim e não, estão suspensos” e “sim, existe um cronograma de capacitação que está com o NURESC”.

Lembrando Pelegrini (2002, p. 155), a qualificação dos servidores é “absolutamente necessária à aprendizagem do que é ser gestor e estabelecer relações intergovernamentais de incentivo à descentralização e autonomia” e é “absolutamente necessária à qualificação técnica para as várias áreas da saúde para disputar conceitos e práticas mais eficientes e eficazes”.

Para Garibotti (2004), os grandes desafios para a efetivação das ações de Vigilância Sanitária encontram-se principalmente na sua organização fragmentada que teve origem na descentralização sustentada em instrumentos normativos (Normas Operacionais Básicas) e, segundo Freitas e Magalhães (2001) na ausência de profissionais capacitados para exercer as funções de VISA, inclusive com formação

adequada que permitisse o conhecimento e a incorporação de novas tecnologias. Também amarras legais e interpretação limitada da legislação mantiveram o isolamento entre as áreas da epidemiologia e da assistência.

A insuficiência de recursos humanos para exercer adequadamente as funções de visa constitui o principal obstáculo a ser superado dentro do processo de descentralização e no aspecto qualitativo, a evolução tecnológica exige a atualização da força permanente da força de trabalho sob pena do profissional se tornar ultrapassado no que se refere a evolução técnica e científica, acarretando prejuízos para a eficácia do trabalho (ANVISA, 2003d).

Com relação ao questionamento de que capacitações seriam necessárias, apareceram as seguintes respostas:

Capacitações sugeridas no Grupo 1:

- Chefias:
 - programa de educação continuada nas diferentes áreas de vigilância;
 - inspeção, auto de infração, interdição.

- Trabalhadores:
 - gerenciamento do próprio serviço;
 - boas práticas de fabricação de medicamentos;
 - boas práticas de manipulação de medicamentos;
 - educação continuada em todas as áreas;
 - educação continuada de áreas específicas
 - educação continuada a cada mudança e/ou criação de novas legislações;
 - biossegurança;

- bioética;
- conhecimento da estrutura do sistema;
- epidemiologia, vigilância ambiental, próprios da vigilância sanitária;
- saúde coletiva;
- conhecimento e atualização da lei 6.437/77 e alinhamento e realinhamento na interpretação da legislação e de conhecimento de legislações mais recentes;

- processo administrativo sanitário – um curso mais consistente;
- trabalho com recursos humanos

Grupo 2:

- Chefias:

- seminários e/ou reuniões para desmistificar a pactuação;
- programa de educação continuada nas diferentes áreas de vigilância;
- serviço de Hemoterapia;
- controle de infecção;
- agravos não biológicos;
- ampliação do número de capacitados em Água;
- ampliação do número de capacitados em Farmácias/Drogarias;
- ampliação do número de capacitados em Laboratórios;
- ampliação do número de capacitados em DSTs/Aids/Tuberculose;
- ampliação do número de capacitados em Estabelecimentos de Saúde de média e alta complexidade;
- capacitação de todo o quadro funcional com relação à área de informática;

capacitação de todo o quadro funcional com relação à legislação (Estatuto do Servidor. Constituição Federal).

- Trabalhadores:
 - capacitação para inspeções;
 - vigilância em saúde;
 - informática;
 - capacitação periódica continuada;
 - inspeção em estabelecimentos de saúde;
 - inspeção em alimentos;
 - inspeção em drogarias;
 - direito sanitário;
 - processo administrativo;
 - leis e normas técnicas;
 - trabalhos de pesquisa;
 - auditoria;
 - relações humanas;
 - bom atendimento ao público;
 - gerenciamento do SUS;
 - boas práticas de fabricação, de higiene e produtos alimentícios;
 - boas práticas de fabricação de produtos cosméticos e saneantes;
 - biossegurança;
 - curso básico de vigilância sanitária (como tem o CBVE – epidemio);
 - padronização de relatórios de inspeção;
 - código sanitário atualizado;
 - controle de infecção hospitalar.

Quanto a recursos materiais é gritante a diferença dos dois grupos. O Grupo 1 referiu a existência dos mesmos e os problemas são mais pontuais: “não é um problema da vigilância sanitária e de dinheiro, tudo emperra nas licitações...o que tem é o problema de compras da Secretaria da Saúde...são as burocracias que emperra..melhorou, recebemos computadores, carros telefones..”, “o prédio está com problemas de estrutura física, principalmente os elevadores”, “vieram mais computadores e estão vindo mais”, tem problemas sérios com telefonista que não atende ao telefone, custa a atender ou passa o ramal errado”, “agora vai melhorar com a central telefônica”.

Enquanto que no Grupo 1, essas condições são supridas, no Grupo 2 “faltam condições de trabalho”. Contudo, houve divergência entre as respostas das chefias para com as dos trabalhadores desse Grupo 2: para os primeiros “está começando a dar uma melhorada..” e para os segundos, a resposta foi unânime em afirmar que está deficiente: “espaço físico”, “faltam computadores com maior eficiência e acesso rápido à internet, mais equipados e que funcione”, “software de sistemas de informações”, “banco de dados que possibilite a intercomunicação com os municípios e nível central”, material de expediente como AR, envelopes, filmadora, máquina fotográfica (a do setor está em poder do setor administrativo, necessitando autorização para uso nas inspeções), “impressoras que funcionem”, máquina de xerox (no momento das entrevistas, a Regional estava sem máquina de xerox) , veículos com motorista (“que seja motorista” – os servidores da FUNASA é que dirigem os carros), “que a gente possa usar o carro que foi comprado prá sanitária e não a gente sair com esses carros velhos que estão sempre dando problemas”. Destacaram ainda, a insatisfação por terem que dividir os materiais, equipamentos e carro como com todo o NUREVS e a falta de informatização que facilitaria a localização de processos.

Com relação a recursos materiais, dois entrevistado do Grupo 1 salientaram: “o problema é com os desvios, sai daqui da DVS para as Coordenadorias e não vai para o setor da vigilância sanitária, isso acontece com computadores, com carros e outros que se sabe...”, “...tirar recursos de um setor que está estruturado e colocar para outro que não está estruturado não atende nenhum dos dois”.

Tentando fazer uma síntese englobando os aspectos relacionados nesse item, muito se poderia discutir, além do que já foi colocado. Vale ressaltar ainda a fragmentação na forma de gestão, que o conhecimento não está sendo compartilhado, as experiências, a forma de liderança não são levados em consideração e ainda impera o acordo “não verbal” - nível de amizade pessoal e subordinação com a equipe gestora. Com relação às estruturas de poder, lembrando Arantes (1998), a tarefa empresarial, para que possa ser executada, precisa ser distribuída entre as várias pessoas que participam da organização assim como os recursos materiais, capacitações, etc.

Há um “esquecimento” da necessidade de planejamento e do porquê planejar e para que planejar, e assim fica negligenciado a responsabilidade que o Nível Central e as Coordenadorias tem na descentralização político-administrativa do SUS.

Podemos inferir que os conflitos existentes estão intrinsecamente ligados pela falta do que Carlos Matus (1996, p. 35) chama de “triângulo de governo: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo”.

6.3 ENTRAVES E IMPASSES NA DESCENTRALIZAÇÃO DE VISA

Muitos aspectos foram colocados dentro das respostas do questionário, desta forma salientaremos algumas referências dos dois grupos, como:

- “existe um descaso dos gestores da SES, o trabalho de visa é visto como um incômodo”;
 - “não existe continuidade, em cada mudança de governo, dando a impressão que a cada troca precisa-se começar tudo de novo”;
 - “cada governo tem a sua política de saúde e a sua prioridade conforme a verba pública e os interesses envolvidos”
 - “grande parte dos componentes de visa dos municípios são CC (cargos de confiança)”;
 - “muitos estabelecimentos são gestados, de propriedade ou com responsabilidade técnica de pessoas influentes na comunidade”;
 - “a troca de pessoal capacitado nas ações é uma grande dificuldade”, “como é que vamos treinar se logo muda tudo e as pessoas não estão mais?”
 - “não há um aproveitamento adequando do pessoal de VISA”;
 - para cursos de são escolhidas pessoas da Secretaria que são CC e alguns não estão mais e outros não tem interesse.
 - “o que falta é uma troca de experiência, um maior contato, é a comunicação, um trabalho mais conjunto entre a DVS e a Coordenadoria”;
 - “a VISA tem sido vista em vários governos como complicações políticas”.
- Visa é um tipo de polícia sanitária”.

6.4 ARTICULAÇÕES EXISTENTES ENTRE OS COMPONENTES DE VISA

Quanto ao relacionamento entre gestores, no Grupo 1 os entrevistados foram unânimes em afirmar que há interferência no relacionamento devido à falta de

conhecimento dos gestores das regionais do que é vigilância sanitária, pela falta de condições de trabalho e pelas prioridades destes “...é com a cabeça do delegado, se o delegado está a fim ou não”, “o relacionamento interfere muito, não há uma comunicação entre DVS e delegados das regionais”. Referiram que há necessidade de alteração nos modos de comando. Apareceram dificuldades de relacionamento com as Coordenadorias, na tomada de decisões por falta de conhecimento da própria autonomia que possuem atualmente. Referiram que

As respostas do Grupo 2 houve divergência entre as chefias no que se refere ao relacionamento entre os gestores aparecendo respostas como “há falta de comunicação e troca de informações”, “interfere dentro da normalidade” e que “agora está bem” e que “...houve algumas práticas da DVS de interferir nas práticas da regional e que a DVS não tem autoridade de interferir, de exigir, e que a regional vem buscando um melhor entrosamento”. Houve uma referência nesta questão, quanto à descentralização: “gostaria que a descentralização fosse aprofundada e o Estado passasse a ser coordenador e executor suplementar”.

Os trabalhadores foram quase que unânimes em afirmar que existe uma grande dificuldade de relacionamento entre a DVS e a CRS e que “questões pessoais sobrepõe as questões profissionais” e isto é verificado na condução do processo de descentralização de está sendo “de cima para baixo”, sem a participação de instâncias regionais e municipais. Houve afirmações como: “briga de poder” e “conflito de autoridades” interferindo na execução das ações e trabalho direto com os municípios. Destacam a necessidade de harmonia como fator importante para que se desenvolvam os objetivos e metas que cada órgão se propõe.

Quanto a ações articuladas com as outras vigilâncias que compõe o CEVS (grupo 1), houve divergências entre os trabalhadores, a maioria referiu que “o que existe são coisas pontuais”, outros deram alguns exemplos de ligação com a VE e VA.

As chefias do Grupo 2 referiram que existem programas, mas, que “não existe formalmente, somente algumas práticas porque o NUREVS é muito novo”, “existe de forma insipiente, deveria ser aprofundado esse processo”. Colocado, também que “existe em termos logísticos – aproximar os técnicos, de forma conjunta aos municípios – com a otimização do carro”.

Prevaleceu no grupo de trabalhadores de visa o desconhecimento de programas e/ou ações articuladas no NUREVS, alguns referem situações pontuais, algumas ações da Epidemio e Ambiental, mas, também, pontuais, quando há algum problema. Referido, também, que o que existe é a divisão do carro. Para alguns, deveria ter.

Com relação ao sistema de informação de VISA, no Grupo 1 houve divergências: a maioria desconhece, “não” e “sim, mas são pontuais”, como: ALI, o de Protocolo, entre outros específicos e o SINAVISA que será implantado.

No Grupo 2 as respostas foram semelhantes: desconhecem. Os que afirmaram existir, referiram o sistema ALI, o SINAVISA que será implantado, a página na internet, os dados recebidos dos municípios, mas, que não são informatizados e um banco de dados insipiente.

Nos dois grupos, alguns trabalhadores verbalizaram desconhecer o SINAVISA e ainda salientaram que o sistema ALI está desatualizado, a DVS, as Coordenadorias e a própria Secretaria não tem noção de quantos estabelecimentos existem no Estado.

Foi-nos passado, a relação de municípios, por CRS, que não realizam atividades de Visa – censo Nacional dos Trabalhadores da Visa – Estado do RS – de junho de 2004, respondida pelos municípios onde 28 destes ainda não possuem equipe de

vigilância sanitária. A 1ª CRS, abrangendo a região metropolitana, todos os seus municípios estão excluídos desta lista por exercerem atividades de visa. Esses dados não são informatizados, o censo foi realizado com base na declaração dos municípios.

Moraes (apud Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 88) descreve bem essa realidade: “informações voltadas para a visa estão regidas pela mesma racionalidade fragmentadora e tecnocrata que se reproduz nos diversos setores e órgãos do aparato estatal, nas três esferas de governo”. A autora ressalta o que vem acontecendo: profusão de sistemas de informação com uma concepção fechada, fragmentada, isolada e sem a criação de vínculos com outras bases de dados, nem mesmo com as da própria área da saúde.

Há uma expectativa com relação à implantação do SINAVISA, contudo, a maioria desconhece como será esse sistema. Com relação a esse assunto, foi discutido na reunião da CIB/RS, do dia 18.02.2004, o seguinte:

(SES) apresenta o tema já discutido na SETEC: distribuição de sobras do recurso do TAM para o SINAVISA, para a compra de um kit de microinformática para cada município do estado (quatrocentos e noventa e seis) uma vez que todos fazem, ou deveriam estar fazendo, ações de baixa complexidade em VISA; que após todos estes anos ainda não há um Sistema Estadual de Avaliação das ações de Baixa Complexidade; que o recurso, se não utilizado, terá que ser devolvido ao Ministério da Saúde; o prazo é março, e a SES já deu início ao processo, com autorização da ANVISA. Sr. Luciano (ASSEDISA) considera a estratégia bem inteligente. Sra. Jane (SES) diz que a contrapartida municipal é um técnico em informática. Informa que o valor total disponível é de R\$ 3.358.000,00 (três milhões e trezentos e cinquenta e oito mil reais), do TAM de setembro do ano de 2000, válido até setembro do ano de 2003 e prorrogado até março de 2004. Com estes recursos serão comprados os kits para os municípios e dois servidores para a SES para colocar o sistema em funcionamento. Informa que os recursos do TAM/2000 foram utilizados para repasses para municípios que desenvolvem ações de Média e Alta complexidade e para ações de Vigilância Sanitária e estes recursos sobram e originaram esta proposta apresentada (...)

A Resolução Nº 023/2004 - CIB/RS de 18 de fevereiro de 2004 refere-se a esta decisão de compra de equipamentos para ser entregue a para utilização no SINAVISA,

com os recursos do Termo de Ajuste e Metas, assim como a compra de dois Servidores para hospedarem o sistema que será cedido pela ANVISA.

Antes de apresentarmos e discutirmos como vem se processando a descentralização de visa, vale ressaltar que as Resoluções CIB/RS n°s 30/04, 47/04, 48/04, 49/04, 64/04 e 74/04 do período de 11 de março a 19 de maio, foram recebidas pela 1ª CRS durante o período em que estava se dando a aplicação do questionário, ao mesmo que os municípios estavam ligando pedindo orientações, e um deles enviando ofício solicitando o envio do cadastro de estabelecimentos existentes/licenciados dos ramos de atividades de média e alta complexidade pactuadas, firmado em 20.04.04. A dúvida, na época, era o que fazer com esse “kit” (como foi chamado), o que dizer para os municípios, então, em reunião do setor, foi enviado um memorando para a chefia da coordenação, solicitando orientação. Da mesma forma esse material foi xerocado e enviado para os municípios.

Quanto ao questionamento da descentralização das ações de VISA com houve divergência nas respostas do Grupo 1, tais como através da CRS: “é passado para as coordenadorias e elas para os municípios”; com a direção da DVS: “quem está fazendo é a chefia da DVS, da nossa parte, são poucos os que estão fazendo. Essa parte está feito em nível de gabinete”, “no passado para as CRSs e as CRSs passaram para os municípios...agora, ficou com o gabinete, não se tem conhecimento”, “para as coordenadorias, essa é a intenção que as coordenadorias passariam para os municípios, está sendo feito pela direção da DVS”.

Além disso, após responder a pergunta, foi questionado sobre a CIB/RS 030/04, e com exceção das chefias, somente um destes tinha conhecimento. “primeiro nós passamos para as CRSs ou conjuntamente com os municípios porque as CRSs vão ter sempre a função de supervisionar o que está ocorrendo e a CRS nem sempre faz uma

supervisão correta.” – quanto a CIB: “a CIB 30?, a pactuação foi feita diretamente na DVS, foi pactuada alguma coisa. A DVS é responsável pelo termo SISTAM, foi em função do treinamento e capacitação recebidos. Os municípios para optar quais os serviços que vai executar. Isso se deu pelo tempo curto para pactuação”,

Vale salientar que a chefia fez todo um esquema com a intenção de explicar como se processou a descentralização desde 1997, incluindo a mudança organizacional e de organograma durante esse período, mas, não ficou claro como se processou esse ano.

Para o Grupo 2 foi quase unânime ao responder o desconhecimento, surgindo as seguintes respostas: “pode dar o exemplo como foi agora, diretamente como os municípios e o CEVS”, “é o que estamos querendo saber, até agora não fomos chamados, foi feita em gabinete”, “não tem repasse, muitas vezes ficamos cientes das descentralizações por órgão federal, diretamente via internet ou via contato com colegas de outras coordenadorias”, “está sendo imposta através da resolução CIB por uma única pessoa do nível central sem a participação da CRS, determinando ações de média e alta complexidade para os municípios pactuados sem que a gente saiba e estão deixando as de baixa complexidade para que a gente pactue sem esclarecer diretrizes”, “eles passam para nós e nós passamos para os municípios, agora veio esse kit por escrito que a gente não sabe como é, não se sabe como está sendo feito, deveria nós repassarmos para os municípios”, dentre outras semelhantes.

Já as chefias, se posicionaram da seguinte forma: “nem uma coisa nem outra, o que se vê, no momento, são repassadas de forma atropelada...não dão um suporte, além de não ter pessoas, tem que descentralizar”, “a DVS justificou negociações do outro governo, chamou os municípios e nos convidou tardiamente para as reuniões de média e alta complexidade e aí não deu mais prazo. A CRS soube praticamente pelos municípios, ocorreu por prazos legais e a CRS tem que administrar. Agora temos que

nos apropriar desses conhecimentos”. Foi salientado ainda “no que vem temos que pactuar com os municípios as ações de baixa complexidade, a orientação da pactuação são da CIB regional”.

Para melhor esclarecer, salientamos alguns trechos da Ata de Reunião da Comissão Intergestores Bipartite/RS, realizada em 31 de março de 2004,

(...) próximas Resoluções referentes ao **TAM-VS: Pactuação do Estado com os municípios e do Estado com a ANVISA**. Informa que irão contatar com todos os municípios cuja lista já foi entregue à ASSEDISA e que o prazo é até 30/04/04. Os que se habilitarem após esta data serão encaminhados posteriormente, sem problemas; são ações de média e alta complexidade. Informa que agora a forma de repasse do recurso está diferente, conforme descrito na Resolução. Sra. Arita (SES) refere a PT/MS 2473 e esclarece que serão ampliados os recursos para municípios que irão assumir ações de média e alta complexidade em VISA (assim como para Certificação tipo III em ECD). Que a Resolução apresenta três possibilidades, sendo obrigatório apenas as básicas para todos. Sra. Jane (SES) diz que o Estado é o único que estará repassando R\$0,15 (quinze centavos); os demais passam R\$0,10 (dez centavos). **São APROVADAS as Resoluções do TAM do Estado com os municípios e do Estado com a ANVISA**. É esclarecido que o contato com os municípios foi feito via ASSEDISA e não pelas CRS para agilizar, devido aos prazos, mas que as CRS estão informadas de todo o processo.(...)

Vimos, assim, que ainda não é um verdadeiro processo de descentralização, e sim somente repasse de responsabilidades, em última análise, execução de tarefas. Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo, dotando condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer a função.

Scatena e Tanaka (2001), utilizando-se de LOBO (1988, 1990), salienta alguns princípios norteadores, que orientam a descentralização na consecução dos objetivos a que ela se propõe, enumera quatro desses princípios, que se sobressaem entre outros: flexibilidade; gradualismo e progressividade; transparência no processo decisório e controle social.

Fazendo uma síntese, podemos ainda inferir que:

- o NUREVS, para que sua implementação seja, de fato, assimilada, compreendida e assumida pelos trabalhadores de VISA, é necessário rever sua forma de implementação, resgatando seu papel e que os atores sejam envolvidos na sua construção, compartilhando objetivos e metas, com trabalhos para a formação de estrutura administrativa única dentro do núcleo, devendo ser proporcionada a discussão do mesmo num processo participativo de todos os envolvidos.

- Que sejam levantados os principais problemas e sugestões, mas, que a opinião dos trabalhadores seja levada em conta.;

- É necessário repensar a forma como o planejamento é realizado e o tipo de planejamento. Salientamos que o planejamento estratégico poderá auxiliar em muito, iniciando por um levantamento de problemas;

- Não podemos ficar com uma preocupação com parcialidade das ações centradas no controle de produtos e serviços;

- As atividades educativas e de comunicação devem fazer parte da gestão de VISA.;

Para que a real descentralização de visa resulte em maior impacto na saúde da população, as responsabilidades entre os gestores devem ser claramente definidas, que não fiquem reservadas a gabinetes;

Por último, se o aperfeiçoamento e consolidação das políticas e diretrizes dos serviços de visa constituem um processo de construção que requer inovação e ousadia e pensando nas dificuldades encontradas, fica mais um questionamento: se a própria ANVISA está repensando o seu papel, ainda não há um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária implementado, nem ao menos uma rede, nem um Sistema de Informações de

VISA, um planejamento adequado de Capacitações, não é levada em consideração a forma de Gestão (autoridade, hierarquia, liderança e a própria cultura organizacional) se ainda não é identificada a real importância de visa para os gestores e governantes, e ainda encontramos fortes influências políticas, muitas vezes pondo em risco a saúde da população através de suas articulações e benefícios direcionados aos grupos de interesses, se ainda não há um código sanitário federal, nem mesmo estadual, ...e não há uma articulação entre a própria DVS e NVS e ainda não há um cadastro informatizado do universo dos estabelecimentos a serem vistoriados e se no próprio NVS o acesso a equipamentos de informática, o acesso à internet, entre outros é precário... e o NVS tendo que orientar os municípios que estão pactuando sem ter claro o que foi pactuado... quando há a queixa de que não participaram desse processo e não são capacitados; como podemos dizer que há uma Gestão Descentralizada de VISA na qual governantes, gestores e trabalhadores vislumbrem a concretização dos reais objetivos de visa, se nesse momento tantas dúvidas, insatisfações e contradições foram encontradas?

“A descentralização representa um meio para viabilizar mudanças e não um fim em si própria”, segundo Scatena e Tanaka (2001, p.15), referenciando TOBAR (1991), MEDICI (1995) e LOBO (1988). E.

Em termos amplos, a descentralização pode auxiliar na viabilização da democratização do Estado e de maior justiça social, enquanto no setor saúde pode ser um dos elementos viabilizadores da universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde, da mudança do modelo de atenção à saúde, da oferta adequada às necessidades e da participação e controle social, entre outros princípios de sustentação do SUS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Gestão ou Gerência em VISA?”

O presente trabalho teve como objeto de estudo a Gestão Descentralizada de Vigilância Sanitária, processo que vem sendo desenvolvido entre os diversos órgãos, e buscando identificar as competências, formas de gestão, estrutura, articulações, desafios e impasses.

Vale salientar que esse trabalho não teve como objetivo contemplar o financiamento e o controle social, mas, podemos afirmar, não somente pelos dados colhidos como também pelas diversas bibliografias e sites consultados que esse estudo poderá ainda ser muito desenvolvido e ampliado, tal a complexidade do tema Vigilância Sanitária.

Vimos ao longo dos anos após a implementação do SUS que governos se sucederam, Conferências foram realizadas, propostas foram feitas, contudo, podemos dizer que foram poucos os avanços que ocorreram no que se refere à vigilância sanitária.

Constatamos ainda que a criação da ANVISA consolidando o SUS e tornando estados e municípios parceiros com o nível Nacional e os trabalhadores de visa sentindo-se mais amparados foi um avanço, mas, ainda é necessário se resgatar a articulação e o papel das três esferas de governo para possibilitar esta parceria para que

realmente haja um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, juntamente com os outros órgãos que devem compor esse sistema.

Outro fator complicador da gestão em visa é o fato de não ser unidades orçamentárias (o que é arrecadado vai para a “ala comum”) e não ter a mesma autonomia administrativa e financeira como a Anvisa.

Mesmo com as dificuldades que se apresentam, é importante que seja construída uma política adequada de visa com competência técnico/administrativa dos três níveis de governo, onde todos possuam a mesma filosofia com metas e objetivos construídos conjuntamente.

Além disso, é necessário montar uma estrutura jurídico-administrativa com operacionalidade; estabelecendo uma política legalista (buscando criar leis que realmente fundamente as ações) com assessoria jurídica permanente, assim como deve ser prioritária a construção de um Código Estadual e a mobilização nacional para a elaboração de um Código Sanitário Nacional (já que foi revogado no governo Collor)

As propostas da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária de construir um Plano diretor estratégico para definir e efetivar o SNVS devem ser retomadas nas próximas conferências ou pela Abrasco para que haja sua consolidação.

Podemos dizer que todas as mudanças ocorridas até o momento e a forma como se processaram nas organizações envolvidas e/ou articuladas levam hoje a conflitos que devem ser percebidos e analisados pelas equipes gestoras, exigindo a identificação de mecanismos que permitam incorporar uma nova filosofia de trabalho para minimização destes conflitos.

Vimos também que ainda que ocorre o “apagar incêndios” e resolver de imediato as demandas e encontrar soluções temporárias para os problemas, na nossa opinião, revelam a falta de compromisso das equipes gestoras. Esse distanciamento, em

alguns casos, tem gerado sérios prejuízos, o que, por outro lado, revela ser necessário e imediato tomar decisões a partir das demandas apresentadas de baixo para cima.

Assim, refletindo sobre o referencial teórico, podemos inferir que optar pelo Planejamento Estratégico é necessário e imprescindível como alternativa aos problemas, possibilitando o surgimento contra o desperdício de tempo, de recursos humanos e materiais, vislumbrando uma nova forma de atuação.

A construção grupal para ser legítima, precisa ser consolidada em articulação com o desenvolvimento de estratégias onde o planejamento possa entrar como um dos métodos da capacidade de governo, com projeto (programa) e governabilidade (coordenação de forças – atores).

As equipes gestoras devem estar atentas, no sentido de garantir efetivamente às ações desenvolvidas em seu governo e não continuar a serem dirigentes que apenas querem cumprir formalismos com práticas demagógicas porque são temporários. É possível obter ótimos resultados, mas é preciso enfrentar o problema com criatividade, coragem e desejo de mudança, sempre tendo como meta os novos desígnios de gestão em saúde e o planejamento estratégico situacional contribuiria muito na solução de problemas.

Descentralizar é o caminho adequado, tornar a VISA mais próxima da população, desenvolvendo-se uma estrutura adequada para que seja literalmente uma descentralização e não somente transferências de execução de ações, o poder deve ser também delegado. Contudo, fica uma dúvida quanto à ausência de participação dos trabalhadores e/ou gestores de VISA envolvidos nas decisões das Comissões Tripartite e Bipartite (prazo curto ou tempo curto não justifica). A transmissão de informações também é uma forma de delegação de poder.

Sabemos que é um desafio por ser algo difícil de executar, visto que são muitas entidades federativas diferentes, (isto em todos os níveis, às vezes sem muita resolubilidade) e ainda aplicar o mesmo modelo de municipalização gera conflitos dificultando o processo de descentralização.

Pensamos que a municipalização deva ser adequada à característica dos municípios e/ou grupos de municípios e segundo alguns autores pesquisados, deve-se partir da identificação de riscos e priorizar as maiores necessidades, separar os estabelecimentos por grau de risco, ou seja, por municípios com maior risco de problemas de saúde (industrialização, etc) pelo nº de estabelecimentos, dando-se ênfase nas particularidades de cada município e acordar como se dará a resolução de cada problema isto porque os pequenos municípios com problemas específicos deverão ter ações específicas de VISA, isto seria a construção e constituição de um sistema flexível de ações com a parceria de municípios e estados, sendo que as ações de média e alta complexidade poderiam ficar para os estados, como uma prevenção devido ao risco de interferências políticas e pessoais que foram relatadas nas entrevistas, estas que trazem prejuízos à população.

Algumas ações, pelo nível e envolvimento pessoal, político, relações políticas e clientelistas, etc, pode ser um risco se forem descentralizadas (esta é uma dúvida pelos exemplos que temos acompanhado com alguns municípios). E ainda temos mais um entrave: há municípios no Estado que não possuem equipe e não realizam ações de VISA.

E quanto às inspeções, estas serão avaliadas? Se forem, será pelo número ou pela qualidade delas ou pelos riscos que trazem? Assim como o planejamento, deverá se fazer avaliações das ações em VISA, levando-se em consideração esses aspectos levantados. E, mesmo que esse trabalho não tenha analisado e discutido o

financiamento, será necessário rever esse financiamento das ações de VISA (PABS, IVISA, PDAVS, TAM, taxas e multas, captação de recursos /convênios). Quanto ao PAB, é necessário uma maior discussão para que seja realmente para VISA.

Além disso, o suporte para assumir a responsabilidade de ações de média e alta complexidade é imprescindível para que realmente os municípios tenham condições para isto, pois, sabemos que na realidade atual, muitos deles, já vêm pactuando essas ações e aí entra o papel estadual da VISA.

Encontramos durante os relatos das entrevistas a fragilidade entre os órgãos de nível central e das coordenadorias. Fica confuso quando algumas ações são feitas diretamente com os municípios, quando em algumas decisões o NVS “fica sabendo pelos municípios”. Essa dificuldade de gestão vem trazendo entraves no real papel de visa porque isso num efeito dominó, o que se percebe é o desenvolvimento de atividades pontuais ou de “apagar incêndios”.

Esses problemas estruturais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, esse arranjo organizacional de baixo grau de coesão entre os órgãos de visa em termos de desenvoltura e “os conflitos entre os técnicos regionais e os de nível central decorrem ainda de os últimos assumirem a missão de normatizar e regular a atenção ao invés de orientar e debater as políticas de atenção e propor sistemas hierarquizados apenas pela intercomplementaridade” e o NVS integrante de uma Coordenadoria perde a sua função de cooperação técnica e constrói um olhar aos municípios restritos à visão dos serviços, e não de acompanhamento da gestão municipal (PELEGRINI, apud BOLETIM DA SAÚDE, 2002, p.154-5).

Os trabalhadores de visa - atores - precisam ter acesso às informações e ao desenvolvimento das atividades e programas nos quais estão inseridos. Isso é um passo

importante para garantir e consolidar, inclusive, a cidadania e melhor produzir a mobilização e a participação coletiva (construção grupal) em busca das soluções.

Outro desafio além da cooperação e acesso de informações entre os órgãos, é o sistema de informações com agilidade e confiabilidade, pois, a falta de Sistema de Informações que também é um entrave para o conhecimento da realidade de visa e a implantação do Sistema Nacional de VISA – SINAVISA é esperada pelos órgãos mas será necessário que interaja com demais Sistemas já existentes.

Além disso, as informações deverão ser pertinentes, compartilhadas, disponíveis entre os três níveis, já que queremos um sistema de visa. Contudo, esses dados dependendo o tipo, poderão ser analisados para identificação, avaliação e gerenciamento de riscos e assim, priorizar as maiores necessidades; separar os estabelecimentos por grau de risco, etc.

A complexidade da VISA quanto a recursos humanos é enorme, pois, reúne vários conhecimentos de várias áreas do saber. Como referem alguns autores, a VISA é diferente pela especificidade do trabalho e pela diversidade de técnicos de diversas áreas e pelo de grau de importância junto à população.

Como não existe a carreira de RH da VISA, a falta de um plano de carreira provoca como uma das conseqüências a rotatividade dos trabalhadores de visa, dificultando o desenvolvimento das ações e atividades. Pensamos ser necessário que o assunto seja amplamente discutido e levado para as discussões da NOB-RH (integrar a gestão e o desenvolvimento de RH em VISA à política de RH do SUS) para que haja estabilidade por meio de mecanismos legais que evitem a rotatividade. Como vimos, na troca de gestores, muitos trabalhadores de visa, inclusive os que receberam capacitações, são trocados de setor, sem que seja levado em consideração às atividades

e os programas desenvolvidos e/ou em andamento, provocando a descontinuidade e a fragmentação das mesmas.

A viabilização da gestão e o desenvolvimento de RH em VISA é um componente fundamental e estratégico para a implementação de fato do SNVS (Sistema Nacional de VISA) que não pode continuar relegado a um segundo plano como ocorreu com as propostas da I Conferência Nacional de VISA ficou definido carreira da VISA nos 3 níveis. Para tanto o COPRH da ANVISA poderá tratar estas questões de estratégica.

Construir, em conjunto com os Estados (tanto a nível central como de coordenadoria) e Municípios, um programa de capacitação vinculado e apoiado no sistema formal de educação onde o papel da ESP é fundamental nos processos específicos de capacitação e educação continuada. Além disso, trabalhar junto com as universidades para capacitações em VISA poderá proporcionar subsídios maiores no desenvolvimento das ações bem como a oportunidade de conhecimento de novas tecnologias emergentes, de desenvolver pessoas capacitadas na participação de tomadas de decisões, para o desenvolvimento de pesquisas..

Além disso, os técnicos de visa da regional, conforme foi colocado, são os que mais sentem a necessidade de serem capacitados e/ou treinados não só em áreas específicas, mas, também no geral, incluindo o SUS como uma visão macro do sistema. Para tanto é necessário haver um reordenamento junto a DVS, contemplando o NVS nos projetos de capacitação e educação continuada dos recursos humanos, além de fortalecer junto à coordenação da CRS e do próprio DCR, estes últimos da necessidade de consolidação da formação do profissional de visa e para liberação dos trabalhadores.

Salientamos também que além da educação para os trabalhadores, conforme foi referenciado nas entrevistas que esta se estenda à população juntamente com a informação e como no decorrer dos anos houve um estímulo para a educação ambiental nas escolas que a visa também possa ser incluída dentro da educação formal.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a gestão de materias. Em função de que os recursos de visa são obtidos através do nível central, este deverá buscar meios de controle para que não haja o desvio de equipamentos, como foi referido nas entrevistas, e a falta de condições materiais para o desenvolvimento das atividades.

Vimos também, que a concepção de “unificação das vigilâncias” é aceita pelos dois grupos pesquisados, mas, ainda não é uma prática institucionalizada. Ter uma só coordenação como, por exemplo, o NUREVS, estarem “dividindo” na mesma sala, mas, com dinâmicas diferentes não identifica uma unificação.

Se a VISA abrange vários conhecimentos e saberes como é que nós trabalhadores de visa - vigilância sanitária em saúde - não conseguimos colocar isso em prática, trabalhando integrado com as outras vigilâncias? Será que não devemos reavaliar o nosso papel e observar quais são as estratégias que estamos levando para outros profissionais da saúde em termos de conhecimento para que todos se sintam parte da VISA como promoção em saúde e a prevenção de riscos, conforme o conceito de VISA?

Sabemos que a dificuldade não reside somente neste ponto, tanto o CEVS como o NUREVS, principalmente este último, necessitam passar por um processo de construção, de transformação, revendo a forma de gestão, a cultura organizacional, as estruturas de poder na organização, em especial a autoridade e liderança exigindo estratégias administrativas e articulação sabendo que não se muda a cultura de uma hora para outra.

Sabemos o que queremos, a tomada de consciência sanitária deve ser introjetada por todos, independente de partidos, governos, gestores... trabalhamos com saúde pública, devemos contribuir com essa consciência de vigilância, de vigilância sanitária, temos que ser parceiros.

Lembremos da fábula “A Ratoeira” (Anexo I)

*“Um mundo diferente não pode ser
construído por pessoas indiferentes.”*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Sérgio. *Revigorando a Cultura da Empresa: uma Abordagem Cultural da Mudança nas Organizações*. São Paulo: Makron Books, 1997.

ARANTES, Nélio. *Sistemas de Gestão Empresarial: Conceitos Permanentes na Administração de Empresas Válidas*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

ARTMANN, Elizabeth. AZEVEDO, Creuza da S. SÁ. Marilene de C. Possibilidade de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: Análise Comparada de duas Experiências. In: *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 13, n. 4. Rio de Janeiro. out-dez.1997.p. 723-740. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n4/0156.pdf> > Acesso em: 20.12.2003.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. *Desenvolvimento e organização das Ações Básicas de Vigilância Sanitária em Municípios Brasileiros- a partir do PAB/VISA: um Estudo Exploratório*. Disponível em:
<<http://www.anvisa.gov.br/>>

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Termo de Ajuste e Metas e seus Anexos*. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/termo_ajuste.doc>

<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/termo_ajuste_an1_5.doc>

<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/termo_ajuste_an6.doc>

Acesso em: 30.06.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Relatório de Execução do Termo de Ajuste e Metas - 1º e 2º Trimestres / 2001*. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/RELATORIOTERMO_DE_AJUSTE_E_METAS_A4.pdf> Acesso em 30.06.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Pesquisa sobre a utilização de recursos do Piso de Atenção Básica - PAB/VISA*. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/acoes.pdf>>

Acesso em: 07.07.2004

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo I - *Documento Bases para Pactuação do Termo de Ajuste e Metas – Vigilância Sanitária: Descentralização com Equidade no Custeio - Repactuação 2004*. Brasília, dez. 2003d. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/Anexo%20I.pdf>> Acesso em: 27.05.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Nacional. *Vigilância Sanitária*. Disponível em : <<http://www.anvisa.gov.Br/institucional/snvs/index.htm>.2004c. Acesso em 10.06.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária *Vigilância Sanitária – Histórico*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/funda.htm>> Acesso em: 13/05/2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Institui o Regimento Interno do Conselho Consultivo*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/regimento.htm>> Acesso em 23.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/regimento.pdf>> Acesso em 23.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Conselho Consultivo. Atas das Reuniões*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/index.htm>> Acesso em: 23.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Consultivo. *Ata da décima sexta reunião ordinária*, realizada em 11 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/ata_16.htm> Acesso em: 23.07.2004

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Consultivo. *Ata da décima quinta reunião ordinária*, realizada em 10 de fevereiro de 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/ata_15.htm> Acesso em: 23.07.2004

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Consultivo. *Ata da décima quarta reunião ordinária*, realizada em. 26 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/ata_14.htm>

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Consultivo. *Ata da décima terceira reunião ordinária*, realizada em 07 de outubro de 2003 Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/ata_13.htm> Acesso em: 23.07.2004

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Consultivo. *Ata da quinta reunião ordinária*, realizada em 09 de março de 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/atas/ata_5.htm> Acesso em: 07.07.2004

_____. Ministério da Saúde. *Lei Federal nº 6437*, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à Legislação Sanitária Federal, estabelece sanções respectivas e dá outras providências. Brasília, DF, BR.

_____. *Lei Federal nº 8080/90* de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, BR.19990b.

_____. *Lei Federal 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. Brasília, DF, BR.

_____. *Lei Federal nº 8087*, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor, Brasília, DF, BR.

_____. *Instrução Normativa Nº 01/98* de 02 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96.

_____. *Portaria Federal MS/SNAS Nº 224* de 29 de janeiro de 1992. Estabelecem diretrizes e normas de atendimento do SUS. Brasília, DF, BR.

_____. *Portaria Federal MS Nº 1565* de 26 de agosto de 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução dos serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. *Portaria Conjunta nº 174/GM* de 23 de fevereiro de 2000. Aprovar a Sistemática de Acompanhamento e Avaliação do Desempenho da ANVS nos termos do Anexo.

_____. *Portaria Nº 1008/GM/MS* de 08 de setembro de 2000. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária. Anexo: Recursos federais destinados às Ações de média e alta complexidade, na área de Vigilância Sanitária.

_____. *Portaria 144*, de 31 de janeiro de 2001. Disponível em:
<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=5888>> Acesso em 30.06.2004.

_____. *Portaria 145*, de 31 de janeiro de 2001. Disponível em:
<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=5891>> Acesso em 30.06.2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria Conjunta nº 151*, de 24 de setembro de 2001. Disponível em:
<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=5950>> Acesso em 30.06.2004.

_____. *Portaria nº 01/GM de 03 de janeiro de 2002*. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária, de média e alta complexidade, executadas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1_GM.pdf> Acesso em 30.06.2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria Conjunta nº 8, de 26 de novembro de 2002*. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=6108>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. *Portaria Nº 2299/GM de 18 de dezembro de 2002*. Habilitar o Estado do Rio Grande do Sul em Gestão Plena do Sistema Estadual, nos termos da NOAS SUS 01/2002.

_____. *Portaria Nº 2473/GM/MS de 02 de janeiro de 2004*. Estabelece normas para Programação pactuada das Ações de Vigilância Sanitária no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=11426>> Acesso em: 07.07.2004

_____. *Portaria Nº 240/GM/MS de 20 de fevereiro de 2004*. Instituir o Fórum de Descentralização.

_____. *Portaria Nº 578/GM/MS de 2 de abril de 2004*. Prorroga até 30 de abril de 2004, prazo na PT 2473/2003 da programação pactuada entre a ANVISA, Estados, Municípios e DF.

_____. *Portaria Nº 439/GM/MS de 16 de março de 2004*. Define os tetos financeiros destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, no ano de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-439.htm>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. *Portaria Nº 1212/GM/MS de 16 de junho de 2004*. Atualiza os valores do incentivo para Vigilância Sanitária Básica, e dá outras providências.

_____. *Portaria Nº 1213/GM/MS de 16 de junho de 2004*. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária para Estados, municípios e Distrito Federal. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=11875>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. *Portaria Nº 1269/GM/MS de 28 de junho de 2004*. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de Vigilância Sanitária para Estados, municípios. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=11877>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. *Portaria Nº 1.406/GM de 7 de julho de 2004*. Altera os valores do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde e do incentivo às ações de Vigilância em Saúde.

_____. *Portaria nº 1546, de 27 de junho de 2004*. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária para o Estado de São Paulo e Municípios. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1546_04.pdf?id=11877>

Acesso em: 07.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução - RDC nº 91, de 28 de abril de 2004*. Disponível em:

<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=10878>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução - RDC nº 91, de 28 de abril de 2004*. Disponível em:

<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=10355>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução - RDC nº 65, de 25 de março de 2004*. Disponível em:

<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=10353>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 200, de 12 de julho de 2002*. Disponível em:

<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=5366>> Acesso em: 07.07.2004.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil – 1988*. Brasília: Gráfica do Senado, 1988.

CAMPOS, F. Eduardo de. WERNECK, Gustavo A. F. TONON, Lidia M. (orgs.) *Vigilância Sanitária*. In: *Cadernos de Saúde*, v. 4. Belo Horizonte, Coopmed, 2001a.

CAMPOS, Gastão Wagner S. *Vigilância Sanitária: Responsabilidade Pública na Proteção e Promoção da Saúde*. In: *Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Caderno de Textos. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Anvisa, p. 09-17, 2001.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHORNY, Alfredo H. *Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde*. In: SANTANA, J.P. de (org.). *Desenvolvimento Gerencial das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*, OPAS, 1997, p.158-172. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/rh/site/pub/pub_full.cfm?publicacao=11>

<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T2.pdf>

Acesso em: 29.12.2003

CKAGNAZAROFF, Ivan B. *Reforma Gerencial e o Papel do Gestor Público: Ator de Mudança ou de Resistência?* Belo Horizonte: Universidade federal de Minas gerais, 2002. 13 p. In: *Painel: Limites y Possibilidades de la Nueva Gobernanza: una Discusión desde la Teoria y la Praxis*. VIII Congreso Intacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 oct2002. Disponível em:

<<http://www.clad.org.ve/fulltex/0043315.pdf>> Acesso em: 03.11.2003.

CONFERÊNCIA Nacional de Vigilância Sanitária (2001: Brasília DF). *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório Final*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. 159 p.

_____. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: *Caderno de Textos*. In: Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Anvisa, 2001b, 183 p.

COSTA, Ediná Alves. *A Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde*. São Paulo.: Hucitec-Sobravime, 1999.

_____. Vigilância Sanitária, Saúde e Cidadania. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; TONON, Lídia Maria (org.). *Cadernos de Saúde n.º 4*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 129 p.

COSTA. E. A.; SOUTO, A. C. Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária. In: *Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 25, p. 91- 107, novembro 2001.

DE NEGRI FILHO, Armando. Reflexões sobre Poder, Práxis e Hegemonia – a Experiência Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE. *Revista Eletrônica de Administração*. Nº 4, v.5, 12 ed. Porto Alegre: PPGA/ILEA – UFRGS, dez/1999. Disponível em:

<<http://www.biblioteca.ea.ufrgs.br/publicacoes/sumarios/rad/read/html>>

<<http://www.read.adm.ufrgs.br/read12/artigo/artigo/artigo1.html>>

Acesso em: 31.10.2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância Sanitária: Direito e Cidadania. In: *Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos*, Brasília, Anvisa, p. 109-127, 2001.

DE SETA, Marismary H. & SILVA, José A. Álvares da. A Gestão de Vigilância Sanitária. In: *Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*, Brasília, Anvisa, p. 71-83, 2001.

DE TONI, Jackson. O Planejamento Estratégico e Situacional – PES. In: BROSI, Markus. *Dezenove Ferramentas de Planejamento*. Porto Alegre. Editora TomoEditorial, 1999. (mimeo)

DIAS, Vilma R.F.G. A Vigilância da Saúde: Dimensões do Conhecimento Técnico suas Representações Sociais. In: *Municipalização da Saúde e Modelos Assistenciais*. Anais do Curso de Especialização em Saúde Pública. UFRGS, 2003.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula & MIRANDA, Isaura Cristina S. de. Vigilância Sanitária. In: *Coleção Saúde & Cidadania*, São Paulo, 1998. Disponível em: <http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/su_vol8.htm> Acesso em: 03/05/2004.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. Coordenadorias Regionais de Saúde. In: *Sistema de Saúde Brasileiro*. Porto Alegre. SES/RS. 2002. (mimeo)

FEKETE, Cristina. *A questão dos Recursos Humanos na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. In: Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Cadernos de Textos para a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. 2001.

FERREIRA, José Altamir V. *Planejamento em Saúde: Dificuldades na Implantação do Sistema Único de Saúde*. In: Trabalho apresentado na Disciplina Planejamento em Saúde. Curso de Especialização em Saúde Pública/UFRGS, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pdgs/altamir.html>> Acesso em 20.12.2003

FREITAS, Maria E. *Cultura Organizacional: Formação, Tipologias e Impactos*. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

FREITAS, Maria E. *Cultura Organizacional: Formação, Tipologias e Impactos*. São Paulo; Makron, McGraw-Hill, 1999.

FURASTÉ, Pedro Augusto. *Normas Técnicas para o Trabalho científico*. Explicitação das Normas da ABNT. 12. ed. Porto Alegre: s.n, 2003.

GESTÃO DE SAÚDE. Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais de Saúde: Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. Brasília:UnB, 1998. 2v.

GOULART, Flavio A. de Andrade.; CUNHA, Rosani Evangelista da. *Da Burocracia à Ad Hocracia*. Revista de Administração Pública. nº 3, ano 50, jul-set, 1999. <http://www.enap.gov.br/setpublicacoeshtml.htm> acesso em set 03.

HANDY, Charles B. *Como compreender as organizações*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HODGKINSON, Christopher. *Proposições para uma Filosofia da Administração*. São Paulo: Atlas, 1983.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. Descentralização, Intersetorialidade e Rede na Gestão da Cidade. In: Painei: La Reforma Del Estado y la Política Social. VII C Congreso Intacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 oct2002. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve./0033000.html>> Acesso em: 01.11.2003.

LIMA, Luiz Felipe. O que Fazer com a Vigilância Sanitária? In: *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos*. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Anvisa, 2001.

LUCCHESI, Geraldo. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos*. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Anvisa, p. 53-69, 2001a.

_____. Globalização e Regulação Sanitária: os Rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. 2001b. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000089&lng=pt&nr m=iso> Acesso em : 15/05/2004.

LUCCHESI, Patrícia T. R. A *Vigilância Sanitária, segundo as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde*. In: ROZENFELD, Suely (org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, p. 99-133, 2000.

MACEDO, Joselita N. *Cultura Organizacional e a Gestão Descentralizada do SUS*. Revista Eletrônica de Administração, 2003.

Disponível em: <<http://www.read.adm.ufrgs.br/read04/artigo/sus.htm>> Acesso em: 08/05/2003.

MALIK, Ana Maria. *Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde*. Revista de Administração de Empresas. São Paulo: 32(04): 32-41, set-out, 1992.

MATUS, Carlos. Como não se pode Planejar. In: *Política e Planejamento de Governo*. Brasília: IPEA, 1996. v.13. p.35-53. (mimeo)

MELO, Cristina. TANAKA, Osvaldo Y. *O Desafio da Inovação na Gestão em Saúde no Brasil: Uma Abordagem Teórico-empírica*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 36(2), 195-211. mar/abr2002.

MINAYO, Maria Cecília (org). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MISOCZKY, Maria Ceci A. A Análise de Políticas Públicas como Produção Social e sua potencialidade para a Administração Pública. Porto Alegre : Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração, 2001. 16 p .In: Evento: *Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 6. 2001a Nov. 5-9 : Buenos Aires. – CLAD. Disponível em:

<http://www.clad.org.ve/siare/biblo/biblo_a.html>

<<http://www.clad.org.ve/fulltext/0042556.pdf>> Acesso em: 26.12.2003.

_____. *A Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das Relações entre esferas de governo da Federação*. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/pdgs/opas.html>> Acesso em 03.08.2003.

_____; FERREIRA, Marcos F. *Estratégias de Implantação e Desigualdades*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pdgs/EstrategiasSUS.htm>> Acesso em 02/08/2003.

MONTEIRO, Carmem D. & Ventura, Elvira C. & Cruz, Patricia N. da. *Cultura e Mudança Organizacional: Em Busca da Compreensão sobre o Dilema das Organizações*. *Cadernos de Pesquisas em Administração*. São Paulo, v.1, nº 8, 1. trim., 1999.

MORAES, Ilara H. Sozzi de. *Informação e Tecnologia a serviço da Vida – O Desafio de Estruturar Informações para a Vigilância Sanitária*. In: *Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos*. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Anvisa, p.85-98, 2001.

NORONHA, Ana Beatriz. *O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*. In: *Vigilância Sanitária Tema – RADIS*, Fiocruz, nº 23, abr/mai. 2002.

PAIM, Jamilson S. TEIXEIRA, CARMEM F. VILASBÔAS, Ana Luiza. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. In: ROZENFELD, Suely (org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, p. 49-60, 2000.

PIOVESAN, Márcia Franke. *A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Disponível em:

<http://portaltese.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000098&lng=pt&nr_m=iso> Acesso em: 06/05/2004.

PELEGRINI, Maria Lectícia Marchy de. *Articulando e agregando Novas Idéias e Interesses para gerar Novos Espaços Organizacionais: O Desafio de Criar uma Coordenadoria Regional de Saúde na Região Metropolitana*. In: *Boletim da Saúde/Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública*. v.16, n.1. 2002, p.153-156.

RIO GRANDE DO SUL. *Saúde Pública – Lei nº 6.503/72. Promoção e Recuperação da Saúde Pública. Decreto nº 23.430/74.Regulamento sobre Promoção e Recuperação da Saúde Pública – atualização*. Porto Alegre, CORAG - Assessoria de Publicações Técnicas, 6 ed.2001.

_____. *Portaria 047/03 de 04 de setembro de 2003 – Resolve implementação do Projeto de Criação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)*. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 04 de setembro de 2003. Secretaria da Saúde. Disponível em:

<http://www.corag.rs.gov.br/docs/do/doe/20030904/doe20030904_034.pdf>
Acesso em: 30.06.2004.

_____. *Portaria 022/04 de 29 de junho de 2004. Define a Implantação do Núcleo Regional de Vigilância em Saúde nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Estabelece a estrutura básica, atribuições e diretrizes para sua administração, gerenciamento, funcionamento e integração*. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 29 de junho de 2004. Secretaria da Saúde. Disponível em:

<http://www.corag.rs.gov.br/docs/do/doe/20040629/doe20040629_033.pdf>
Acesso em 30.06.2004.

_____. *Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Resolução Nº 078/2003 e Anexo de 09 de julho de 2003. Regime Interno da Comissão Bipartite/RS*. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2003/078.doc> Acesso em: 09.07.2004.

_____. *Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Resolução Nº 023/2004 de 18 de fevereiro de 2004*. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/023.doc> Acesso em: 09.07.2004.

_____. *Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução Nº 030/2004 e Anexo de 11 de março de 2004. Define como estabelecimentos de baixa complexidade, de acordo com o risco sanitário, aqueles constantes do Anexo I,*

conforme já descrito na Port. nº18 SAS/MS-1999 e anteriormente pactuado entre o Estado e municípios (1999).Anexo 1.Relação de atividades de VISA para municípios na Gestão plena da Atenção Básica Ampliada. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/030%20e%20anexo.doc> Acesso em: 30.06.2004.

_____. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. *Resolução* Nº 047/2004 de 06 de abril de 2004. Define as competências para pactuação de ações de Vigilância Sanitária de Média e Alta complexidade, para o Estado com a ANVISA. Compete ao Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/047.doc> Acesso em: 30.06.2004.

_____. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução* nº 048/2004 de 06 de abril de 2004. Encaminha à SNVS-MS e ANVISA proposta do Estado do Rio Grande do Sul relativa à pactuação das ações de Vigilância Sanitária de Baixa complexidade. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/048.doc> Acesso em: 30.06.2004.

_____. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. *Resolução* nº 049/2004 de 06 de abril de 2004. Anexos I e II. Define os valores de repasse de recursos, para os municípios, para incentivo do processo de municipalização e desenvolvimento de ações e serviços de Vigilância Sanitária de Média e Alta complexidade. Anexo I – Termo de Compromisso e Anexo II - Declaração de Ações de Vigilância Sanitária pactuadas por grau de Complexidade. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/049%20e%20anexos.doc> Acesso em: 30.06.2004.

_____. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. *Resolução* nº 064/2004 de 28 de abril de 2004. Habilitar os municípios abaixo elencados ao recebimento de recursos previstos na Portaria GM/MS nº2473 e na Resolução CIB/RS nº49/04. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/064.doc> Acesso em: 30.06.2004.

_____. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite.– *Resolução* nº 074/2004 de 19 de maio de 2004. – CIB/RS. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/cib_rs/resolucoes/2004/074.doc> Acesso em: 09.07.2004.

_____. Secretaria da Saúde. *Decreto* nº 36.502 de 11/03/96. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde.
Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/>> Acesso em 09.07.2004

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Comissão Intergestores Bipartite*. Ata da reunião realizada em 18 de fevereiro de 2004. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br> Acesso em: 09.07.2004.

_____. Secretaria da Saúde. *Comissão Intergestores Bipartite*. Ata da Reunião realizada em 31 de março de 2004. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br> Acesso em 09.07.2004.

_____. Secretaria da Saúde. *Comissão Intergestores Bipartite*. Ata da Reunião realizada em 28 de abril de 2004. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br> Acesso em 09.07.2004.

_____. Secretaria da Saúde. *Manual de Processo Administrativo Sanitário*. 2003, 55p. (mimeo).

_____. Secretaria da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde*. Porto Alegre. SEGRAG Ed., 2002a.

ROZENFELD, Suely (org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2000.

SÁ, Marilene de C. & PEPE, Vera L. Planejamento Estratégico. In: ROZENFELD, Suely (org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, p. 197-232, 2000.

SANTOS, Edna Maria dos. *Vigilância Sanitária: Um Histórico e um Locus*. Separata de Monografia, Curso de Especialização em Gerencia de Serviços Básicos de Saúde, Apresentado em: OPS/UFRN/NESC, 2003 e XII CONASEMS, Natal, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrnet.br/~scorpius/302-Vigilancia%20Sanitaria%20Historico.htm>> Acesso em 26.07.2004.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Ourinhos. *Vigilância Sanitária*. Disponível em: <http://www.visa-ourinhos.sp.gov.br/index.php?module=Static_Docs&type=user&func=view&f=institucional/conc_visa_1.html> Acesso em: 07/05/2004.

_____. Secretaria da Saúde. *Lei Estadual 10.083*, de 23 de setembro de 1998. Código Sanitário do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, BR.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Lei Municipal 13.456*, de 26 de novembro de 2002. Dispõe sobre a utilização da Lei Estadual 10.083, de 23/09/98 - Código Sanitário Estadual, pelos serviços municipais de vigilância e dá outras providências. São Paulo, SP, BR.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Decreto Municipal 42.740*, de 20 de dezembro de 2002. Regulamenta a Lei 13.456, de 26/11/02; disciplina o Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária; estabelece procedimentos administrativos de vigilância em saúde. São Paulo, SP, BR.

SCATENA, João H. Gurtier. TANAKA, Oswaldo Y. *Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde*. Saúde e Sociedade. V.10, nº 2, ago-dez/2001. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X_2/os_instrumentos_normalizadores.htm> Acesso em: 01.11.2003.

SCHMIDT, Paulo (org.). *Controladoria: Agregando valor para a Empresa*. Porto Alegre: Bookman, 2002.

TAVARES, Fernanda P. A Cultura Organizacional como um Instrumento de Poder. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, São Paulo: v.1, nº 3, 2º sem, 1996.

TEIXEIRA, Elson A.; MINCK, Carlos. *Competências Múltiplas Gerenciais: Gerenciamento de Projetos utilizando o MS Project 98*. São Paulo: Makron Books, 2000.

VECINA NETO, Gonzalo. Poucos Sabem o que a Vigilância pode Oferecer e Qual é o Valor dessa Oferta. In: *Vigilância Sanitária*. Tema Radis. Ed. Fiocruz. nº 23, abr/mai, 2002b.

WALDMAN, Eilseu Alves. Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública. In: *Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)*, ano VII, n. 3, p. 7-26, Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/iesus/ies073.htm>> Acesso em: 16/05/2004.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *TEMA - RADIS*. Rio de Janeiro. Fiocruz abr-mar, nº 23, 2002. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/radis-lista.html>> Acesso em: 08/05/2004

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO 1

Aplicado à Chefia e chefia Adjunta da DVS/CEVS/SES/RS e aos diversos setores que compõe a mesma:

1. Como você percebe o nível de importância (ou não) da DVS para a Secretaria Estadual de Saúde/RS e Coordenadorias Regionais de Saúde?
2. As influências políticas interferem nas ações da DVS ? Como elas interferem?
3. A descentralização das ações de VISA são repassadas para as CRSs ou diretamente com os municípios? Como essas ações de VISA são repassadas para esses órgãos?
4. O relacionamento entre os gestores de DVS e CRS/NUREVS interfere no processo de descentralização das ações de VISA?
5. Os recursos materiais (espaço de trabalho, computadores, linhas telefônicas, carros, motoristas, etc) suprem a necessidade no desenvolvimento das atividades de VISA? E quanto a recursos humanos? Em caso negativo, qual seria a necessidade?
6. Quais as atividades prioritárias que a DVS desenvolve?
7. Essas atividades têm seu planejamento na própria DVS ou são repassadas pela ANVISA?
8. Existe um plano ou modelo de gestão em VISA no Estado/RS? Quais as principais características e diretrizes?
9. A DVS tem programas e/ou ações articuladas com as outras Vigilâncias que compõe o CEVS? Quais?

10. Existe um sistema de informação de VISA na DVS? Esse é repassado para as CRSs?
11. Existe um planejamento integrado para a realização de inspeções e fiscalizações junto com as CRSs?
12. Estão sendo desenvolvidas capacitações e/ou treinamentos para os trabalhadores de VISA da DVS?
13. Que capacitações e/ou treinamentos seriam necessários para os trabalhadores em vigilância sanitária em saúde?

ANEXO B

QUESTIONÁRIO

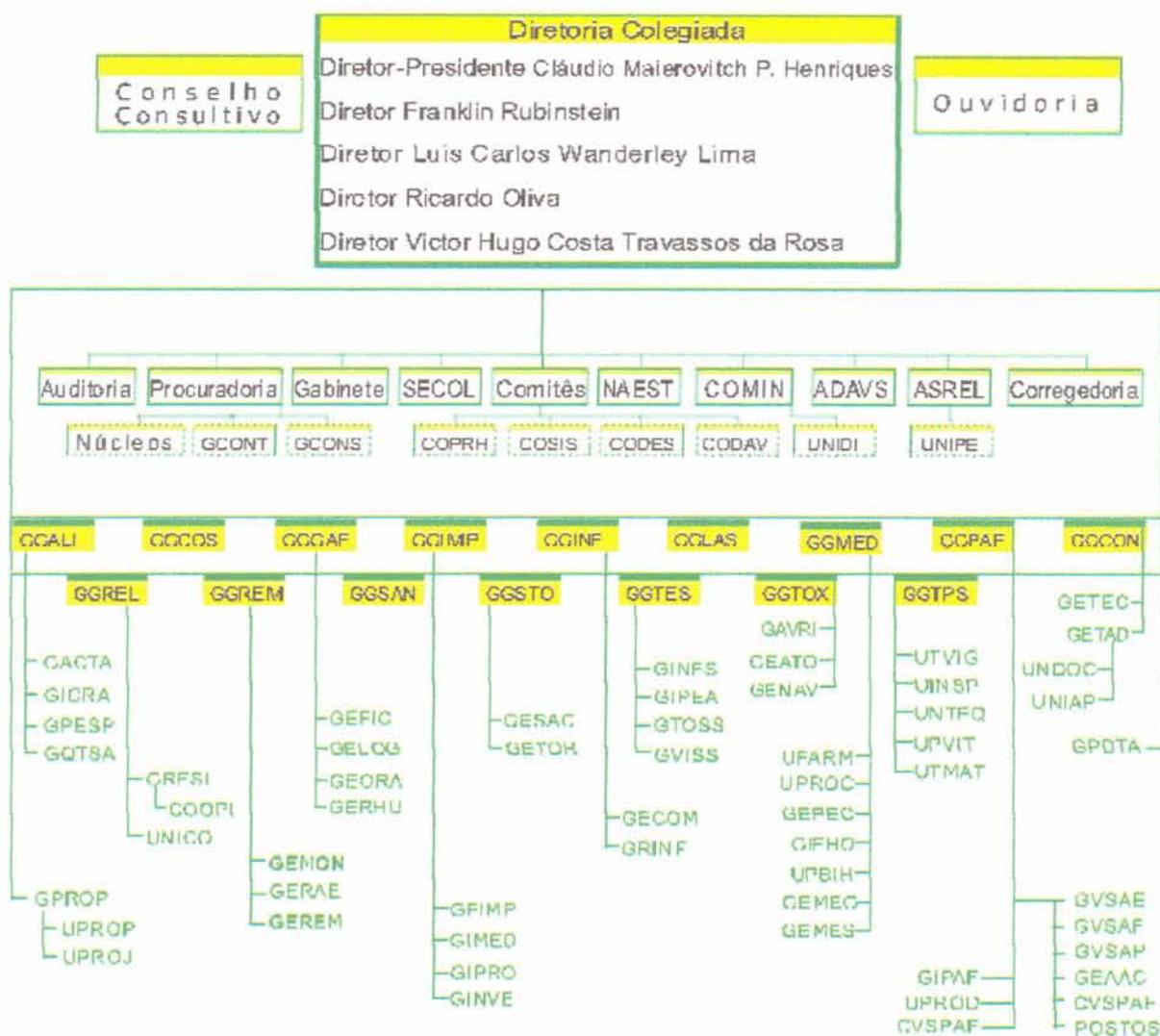
Aplicado ao Delegado, Coordenador e Adjunto do NUREVS da 1ª CRS e servidores do setor que compõe o Núcleo de Vigilância Sanitária/NUREVS

- 1 Como você percebe o nível de importância (ou não) do NUREVS para a Secretaria Estadual de Saúde/RS, Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios?
- 2 E do NVS para a Secretaria Estadual de Saúde/RS, Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios?
- 2 As influências políticas interferem nas ações do NVS? Como elas interferem?
- 3 A descentralização das ações de VISA são repassadas do Núcleo Central (DVS/CEVS) para as CRSs ou diretamente com os municípios? Como essas ações de VISA são repassadas para esses órgãos?
- 4 O relacionamento entre os gestores de DVS e CRS/NUREVS interfere no processo de descentralização das ações de VISA?
- 5 Os recursos materiais (espaço de trabalho, computadores, linhas telefônicas, carros, motoristas, etc) suprem a necessidade no desenvolvimento das atividades de VISA? E quanto a recursos humanos? Em caso negativo, qual seria a necessidade?
- 6 Quais as atividades prioritárias que o NVS desenvolve?

- 7 Essas atividades têm seu planejamento no próprio NVS ou são repassadas pela ANVISA ou DVS?
- 8 Existe um plano ou modelo de gestão em VISA no Estado/RS? Quais as principais características e diretrizes?
- 9 E no NUREVS? E no NVS?
- 10 O NVS tem programas e/ou ações articuladas com as outras Vigilâncias que compõe o NUREVS? Quais?
- 11 Existe um sistema de informação de VISA no NVS? Esse é repassado para os municípios?
- 12 Existe um planejamento integrado para a realização de inspeções e fiscalizações junto com o CEVS/DVS e municípios?
- 13 Estão sendo desenvolvidas capacitações e/(ou treinamentos para os trabalhadores de VISA das CRSs e dos municípios)? Quais?
- 14 O NVS tem autonomia para a realização de cursos de capacitações para os municípios ou necessita de aval da DVS ou do DCR?
- 15 Que capacitações e/ou treinamentos seriam necessários para os trabalhadores em vigilância sanitária em saúde?
- 16 Em termos de hierarquia o NVS é subordinado a DVS ou ao DCR?

ANEXO C

ESTRUTURA DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

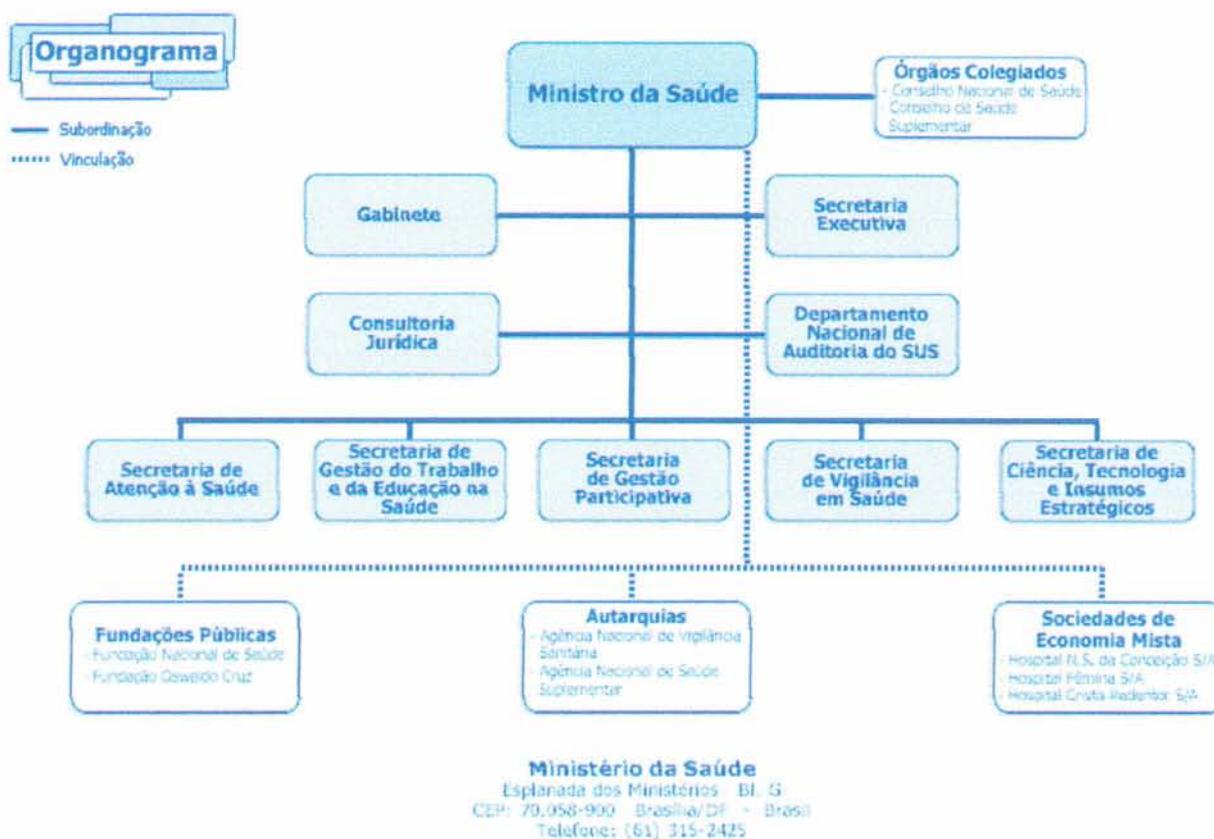


Fonte: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/estrutura/estrutura_220404.doc> Acesso em 02.05.2004

ANEXO D

ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde tem novas secretarias e departamentos. Já está em vigor a Estrutura Regimental Básica, aprovada pelo Decreto nº 4.726 de 09/06/2003. Novo organograma do MS.



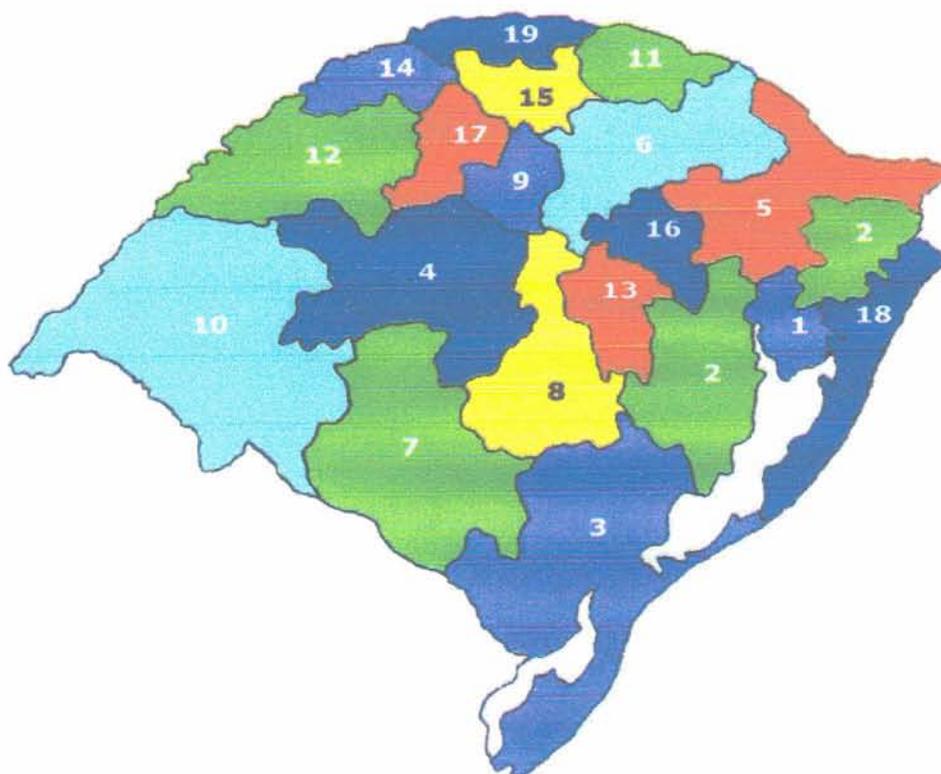
Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=378>

ANEXO E

MAPA DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE – CRS / 19

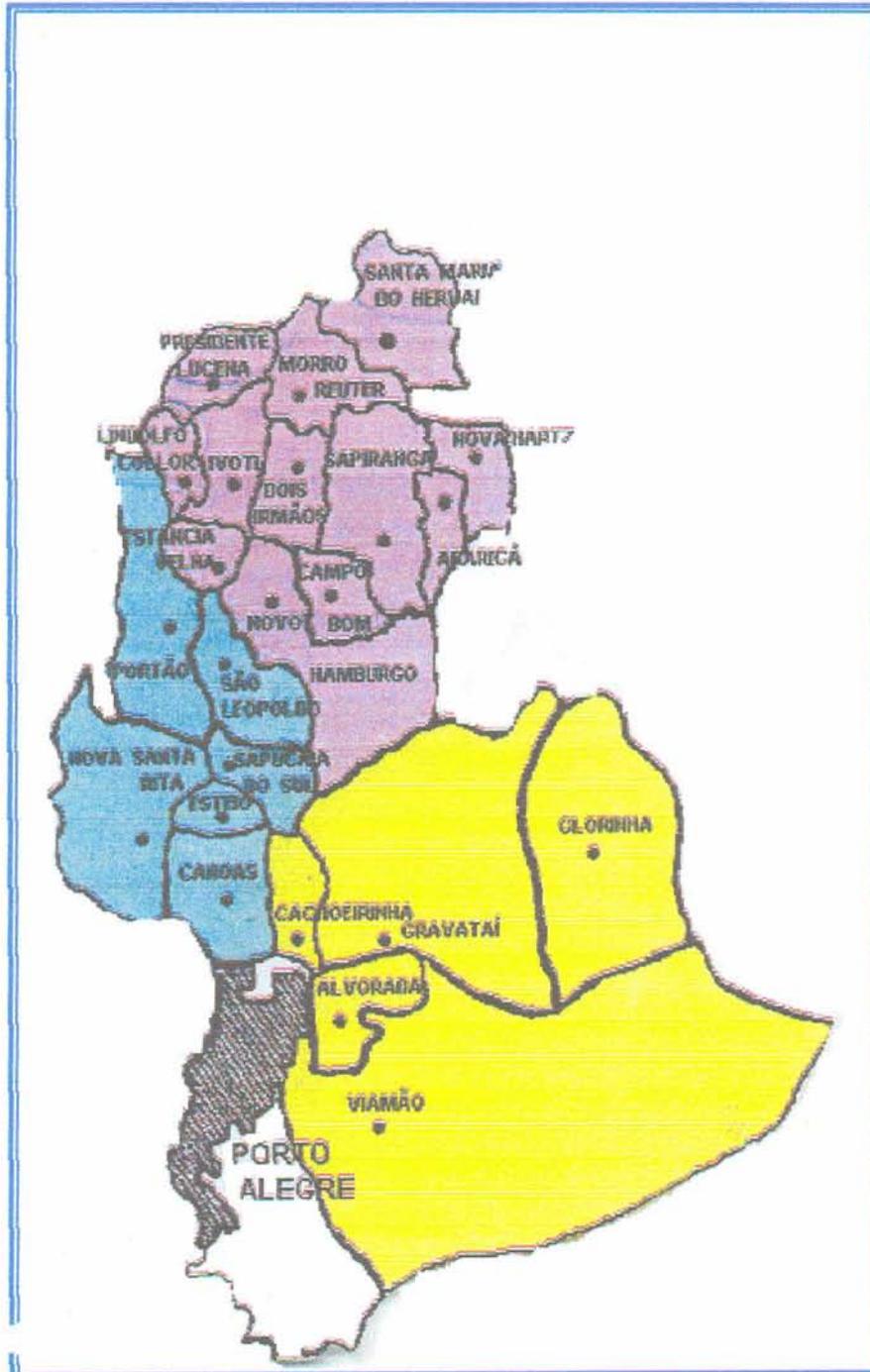
1ª CRS-Porto Alegre
2ª CRS-Porto Alegre
3ª CRS-Pelotas
4ª CRS-Santa Maria
5ª CRS-Caxias do Sul
6ª CRS-Passo Fundo
7ª CRS-Bagé
8ª CRS-Cachoeira do Sul
9ª CRS-Cruz Alta
10ª CRS-Alegrete

11ª CRS-Erechim
12ª CRS- Santo Ângelo
13ª CRS-Santa Cruz do Sul
14ª CRS-Santa Rosa
15ª CRS-Palmeira das Missões
16ª CRS-Lajeado
17ª CRS-Ijuí
18ª CRS-Osório
19ª CRS- Frederico Westphalen



ANEXO F

SES- RS: 1ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: Municípios



ANEXO G

ÓRGÃOS VINCULADOS E/OU ARTICULADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE A VISA

Departamento de Coordenação das Regionais (DCR) *

Na atual gestão da SES/RS, o Departamento de Coordenação das Regionais foi reativado, inclusive sua instância de poder sobre as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (sendo a 1ª CRS uma delas), sendo também reativado o antigo organograma onde as coordenações voltaram a ser designadas como Departamentos e a DVS que estava, em termos de hierarquia, acima das Coordenadorias, atualmente, encontra-se no mesmo nível.

As coordenadorias não mudaram sua nomenclatura por estarem abrigadas pelo Decreto Estadual nº 39.691 que alterou a denominação das Delegacias Regionais de Saúde para Coordenadorias Regionais de Saúde.

Para melhor compreensão da articulação entre os órgãos, será apresentado as atribuições e os decretos que regulamentam o DCR, já que a 1ª CRS é subordinada a esse órgão. O Departamento de Coordenação das Regionais tem as seguintes atribuições:

- Coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através de ações desenvolvidas pela rede de CRSs.
- Coordenar o provimento de suporte técnico e gerencial às CRSs, em consonância com a Política Estadual de Saúde.
- Participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional.
- Promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco-regionais, em conjunto com os Departamentos, Assessorias e Escola de Saúde Pública.
- Participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria da Saúde;
- Executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

As atribuições do Apoio Técnico às Coordenadorias Regionais de Saúde são:

- Coordenar o provimento de recursos financeiros para o desenvolvimento e manutenção das atividades administrativas das CRSs.
- Dar suporte técnico e administrativo à descentralização das ações e serviços das Coordenadorias Regionais de Saúde.
- Promover, em conjunto com os Departamentos, as Assessorias e a Escola de Saúde Pública, o desenvolvimento de recursos humanos, visando a adequação das ações e serviços de saúde aos princípios do SUS.
- Acompanhar o desempenho dos serviços de assistências hospitalar e ambulatorial da rede pública e privada, a nível regional.
- Promover a articulação das Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de Regionalização.
- Assessorar as Coordenadorias Regionais de Saúde via coordenação da municipalização da saúde, em conjunto com a ASSTEPLAN.
- Avaliar a descentralização dos serviços, em conjunto com a ASSTEPLAN.
- Executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas
- Atribuições do Apoio Administrativo do DCR:
- Planejar, coordenar e executar as atividades relacionadas à recepção, protocolo, digitação, arquivo e cópia de documentos, bem como demais rotinas administrativas.
- Executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

A Legislação que regulamenta o Departamento de Coordenação das Regionais são as seguintes:

- Decreto nº 39.691 – Altera a denominação das Delegacias Regionais de Saúde para Coordenadorias Regionais de Saúde.
- Decreto nº 40.991 – Estabelece a Divisão Territorial da Secretaria da Saúde, e dá outras providências.

1ª Coordenadoria Regional de Saúde - 1ª CRS

A descentralização político-administrativa do SUS no Rio Grande do Sul tem sido efetivada através das Coordenadorias Regionais de Saúde, existentes desde 1999 e “formalizadas através do decreto nº 39.691 de 20.08.1999 e são responsáveis pelo planejamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional com os gestores e prestadores de serviços de saúde”... e “...são responsáveis pela coordenação dos sistemas de saúde microrregionais e módulos assistências, correspondentes à sua área de atuação, dentro de uma macrorregião”. (RIO GRANDE DO SUL/SÉS, 2002a, p.45)

A 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – 1ª CRS, órgão da Secretaria da Saúde do Estado foi criada com o objetivo de assessorar os municípios em todos os aspectos necessários no que se refere à Saúde, assim como dar subsídios aos processos de capacitação e municipalização.

A 1ª CRS engloba a maior parte da Região Metropolitana, com um universo com mais de 3.253.192 habitantes, quase um terço da população do Estado distribuídos em 24 municípios, incluindo a região metropolitana que abrange um número expressivo de clientela (habitantes). sendo 10 deles, com mais de 100.000 habitantes.

Durante muitos anos foi designada como Delegacia e na gestão anterior, as antigas Delegacias Regionais de Saúde foram transformadas em Coordenadorias Regionais de Saúde, que, para os gestores dessa época, não se tratava de uma mudança de nomenclatura, pois, de repassadoras de papéis da coordenação central, as CRS passaram a ser responsáveis pelo “planejamento, acompanhamento e gerenciamento do Sistema Regional de Saúde, numa relação permanente de cooperação técnica e operacional e de diálogo com os municípios com o objetivo de organizar os sistemas e serviços de saúde, segundo os princípios e atributos do SUS”. (ESP, 2001, p. 8)

Para essa nova reorganização, segundo PELEGRINI (apud BOLETIM DA SAÚDE, 2002:153-4),

deve-se entender algumas das perspectivas que entraram em questão: devolução do poder – da central para uma regional; construção de um espaço regional frente aos municípios; criação de um novo pensar diário ao conjunto de servidores da antiga Delegacia de Saúde onde a prática cotidiana se resumia ao mero repasse de informações entre os municípios e o Nível central; mudança na prática cotidiana: não mais supervisionar ou fiscalizar os serviços; construir um novo olhar frente aos municípios de acompanhar a gestão municipal; etc.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde

Cabe ressaltar que enquanto no âmbito estadual da Secretaria da Saúde/RS estão sendo implantados o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS) nas Coordenadorias Regionais de Saúde foi criada em junho de 2003, no âmbito federal, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A Secretaria de Vigilância em Saúde

A Secretaria de Vigilância em Saúde(SVS)* foi criada em junho de 2003, para agregar as atribuições do antigo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) à coordenação de outros programas nacionais de combate à tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e Aids, doenças até então supervisionadas por outras áreas do Ministério da Saúde e também coordena as ações do Sistema Único de Saúde na área de vigilância ambiental e de vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, expandindo o objeto da vigilância em saúde pública.

A partir da criação da SVS, todas as ações de prevenção e controle de doenças passam a estar reunidas na mesma estrutura, possibilitando uma abordagem mais integrada e eficaz.

Além disso, cabe a SVS coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga, pelo Centro Nacional de Primatas e pela Central de Armazenagem e Distribuição de Insumos Estratégicos.

Estrutura da Secretaria:

Secretário de Vigilância em Saúde

- » Chefia de Gabinete
- » Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento
- » Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços
- » Diretoria Técnica de Gestão
- » Departamento de Vigilância Epidemiológica
- » Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
- » Coordenação-Geral de Doenças Endêmicas

- » Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
- » Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
- » Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais
- » Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde
- » Diretoria Técnica do PDST/Aids
- » Departamento de Análise de Situação de Saúde
- » Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica
- » Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis
- » Instituto Evandro Chagas – IEC
- » Centro de Referência Professor Hélio Fraga – CRPFH
- » Centro Nacional de Primatas
- » Centro Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos – CENADI

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=380> e

<<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/info/info00.htm>> Acesso em 15.05.2004

ANEXO H

TRABALHO APRESENTADO PELO NVS QUANDO DA IMPLANTAÇÃO DO NUREVS DA 1ª CRS EM OUTUBRO DE 2003 ÀS OUTRAS VIGILÂNCIAS

Núcleo de Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO

A Vigilância Sanitária é um dos campos mais antigos de prática de Saúde Pública. As primeiras iniciativas nesse campo, no Brasil, datam do século XVIII, tendo sido hegemônica, enquanto prática de saúde pública, até meados do século XX, quando, através do chamado “sanitarismo campanhista”, cuidava-se prioritariamente da “higiene dos ambientes” das cidades, que cresciam *pari passu* com o desenvolvimento industrial.

Com a inclusão do conceito ampliado da saúde na Constituição Federal de 1988, entendido como qualidade de vida, cresce a importância do campo da vigilância sanitária, que passa a ser entendida como “um conjunto de ações capazes 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; II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Dado o importante papel da Vigilância Sanitária na “proteção e defesa da saúde”, cresce também a necessidade de que os profissionais que atuam nesse setor estejam qualificados para exercerem suas funções, tenham instalações, equipamentos e veículos adequados e suficientes para atender a demanda.

CARACTERIZAÇÃO

O Núcleo de Vigilância Sanitária da 1ª CRS está constituído dos seguintes setores: estabelecimentos de saúde, radiações, medicamentos, alimentos e águas.

A equipe técnica do núcleo é composta por profissionais de nível médio e superior, perfazendo um total de 22 profissionais das mais diversas áreas de formação.

PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO NVS

A grande maioria dos profissionais possuem formação de nível superior, sendo de 81,8% o universo dos profissionais com esse grau de formação. Aqueles que tem formação de nível médio perfazem um total de 18,18%.

A equipe técnica de Vigilância sanitária é composta por profissionais de 10 (dez) diferentes profissões, sendo predominante a profissão de Médicos Veterinários, com 27,8%, vindo em seguida a de Farmacêutico, com 16,7%, a de Enfermeira e Médico tem cada uma 11,1% e com 5,5% a de Físico, Advogado, Biólogo, Psicólogo, Nutricionista e Arquiteto.

Maioritariamente os profissionais da equipe são do sexo feminino (86,4%), ficando o sexo masculino com 13,6 pontos percentuais.

Os profissionais que estão na faixa etária entre 40 e 49 anos perfazem um total de 36,36%, de 27 a 39 anos e de 50 a 59 anos um percentual de 31,8% cada um.

Tabela 1.1 – Equipe Técnica do NVS segundo Profissão –

Profissão	Fa	%
Médico Veterinário	5	27,8
Farmacêutico	3	16,7
Enfermeira	2	11,1
Médica	2	11,1
Físico	1	5,6
Advogado	1	5,6
Bióloga	1	5,6
Psicóloga	1	5,6
Nutricionista	1	5,6
Arquiteta	1	5,6
Total	18	100

Gráfico 1.1 – Profissionais do NVS Segundo Sexo –

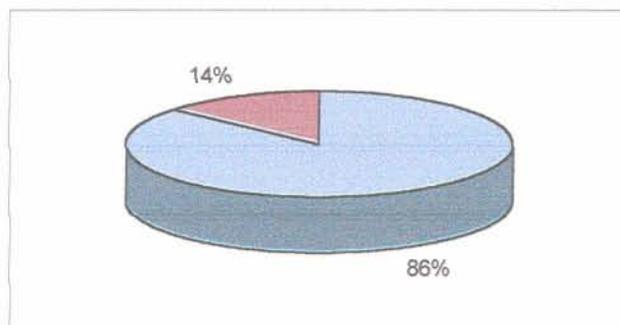
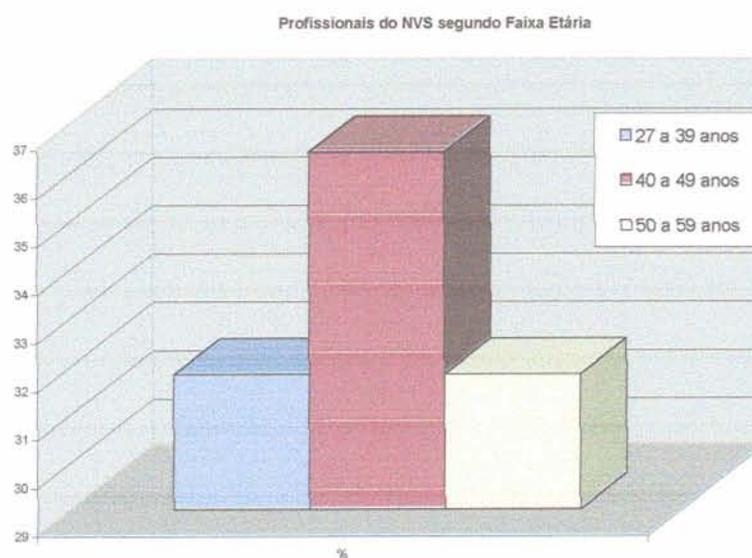
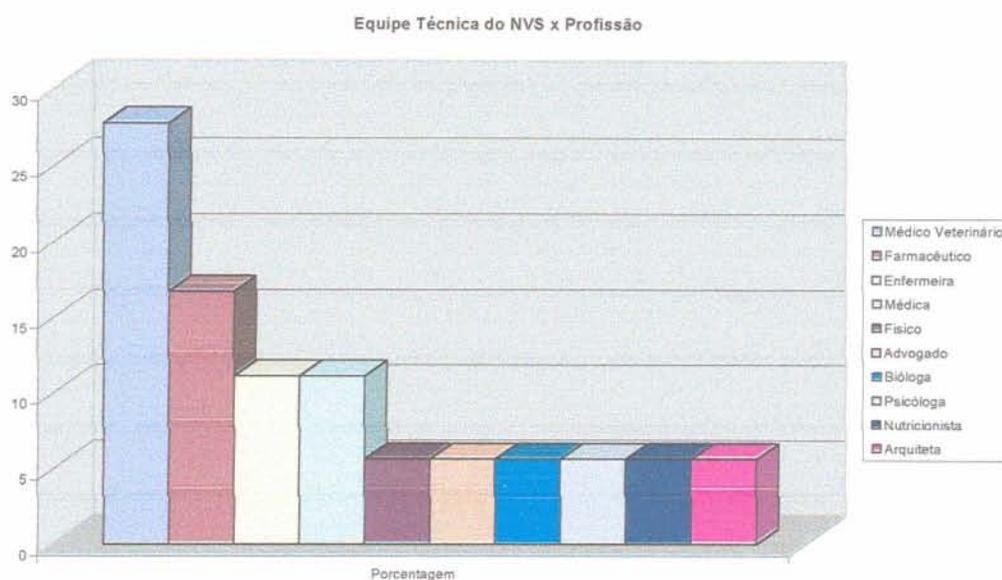


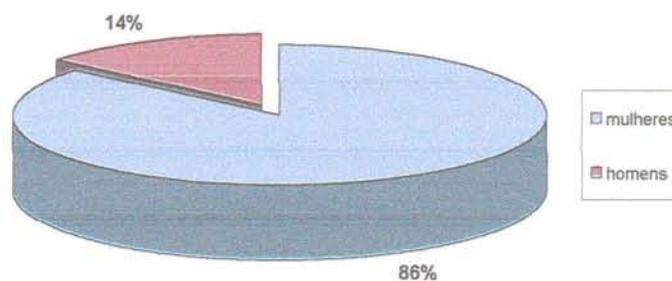
Tabela 1.2 – Profissionais do NVS Segundo Faixa Etária –

Faixa Etária	Fa	%
27 a 39 anos	7	31,8
40 a 49 anos	8	36,4
50 a 59 anos	7	31,8
Total	22	100,00





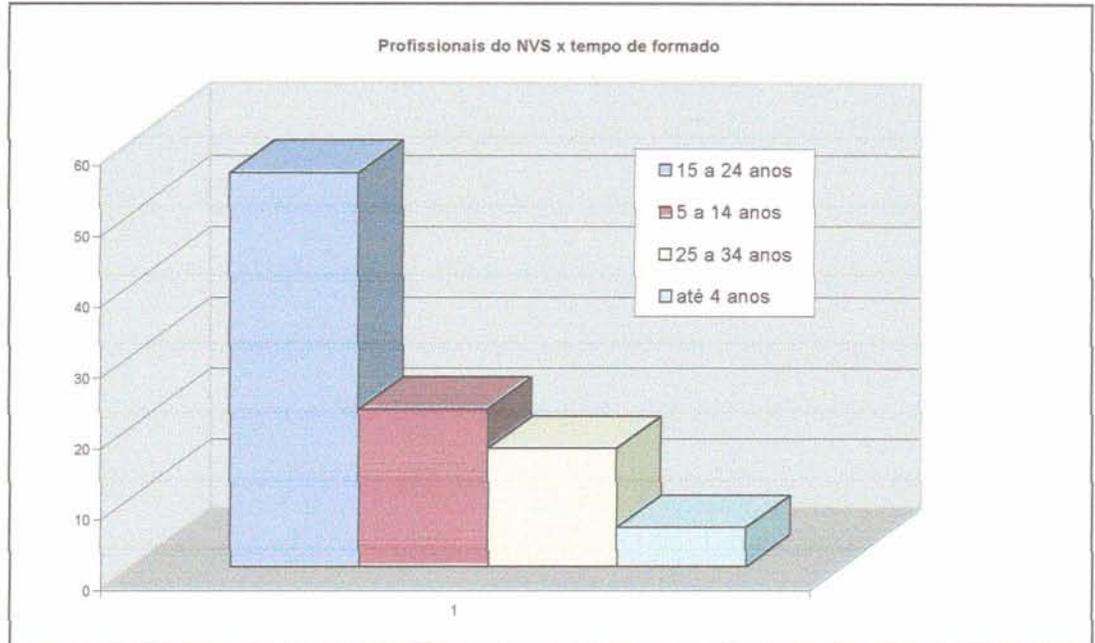
Profissionais do NVS segundo o sexo



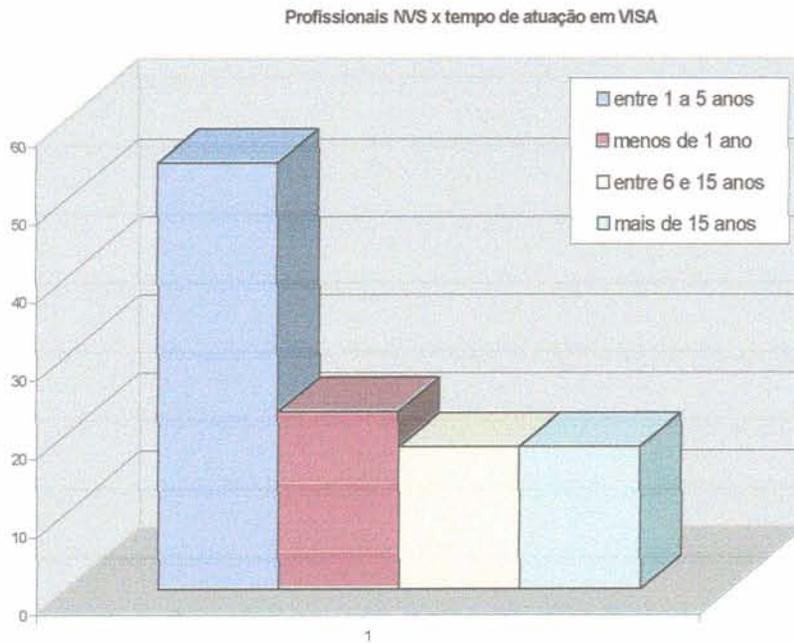
A maior parte dos técnicos tem entre 15 e 24 anos de formados (55,6%), em seguida, com 22,2% estão entre 5 e 14 anos de formados; com 16,7% de 25 a 34 anos e apenas 5,5% tem até 4 anos de formado.

Entre aqueles profissionais que possuem formação de nível superior, fizeram pós-graduação em diferentes áreas como: Habilitação em Saúde Pública, Controle de Qualidade em Alimentos, Especialização em Saúde Comunitária, Gestão em Saúde, Residência em Medicina Interna, Bacteriologia/Mestrado em Parasitologia Clínica, Administração em Serviços Alimentares, Restauração de Monumentos e Ambientes e Mestrado em Produção Animal e Biologia, mestrado Engenharia Metalúrgica.

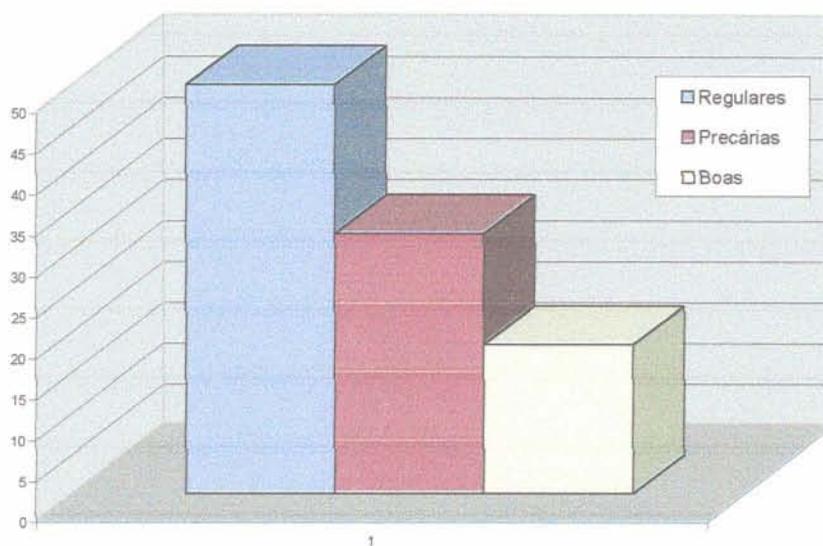
Considerando o tempo de atuação em VISA, temos 54,6% entre 1 a 5 anos, com menos de 1 ano 22,7%, entre 6 a 15 anos um total de 18,2% e com mais de 15 anos 4,5%.



Quando solicitado a emitir opinião acerca das condições de trabalho na Vigilância Sanitária, na sua grande maioria (50%) consideram ser regulares, 31,8% precárias e 18,2% consideram boas.



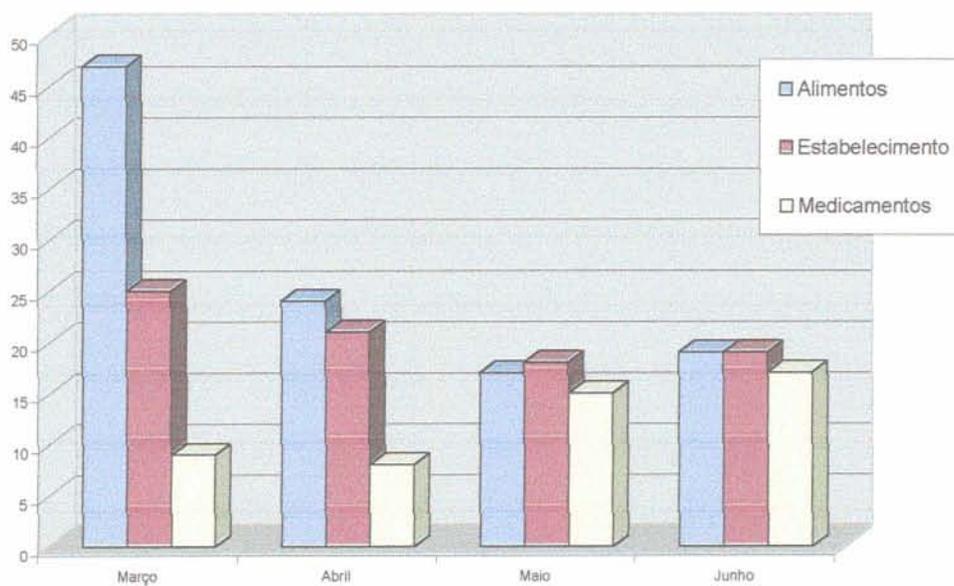
Avaliação das condições de trabalho no NVS



Número de Entrada de processos no NVS – 1ª CRS

Setor	Março	Abril	Maior	Junho
Alimentos	47	24	17	19
Estabelecimento	25	21	18	19
Medicamentos	09	08	15	17

Número de Ingresso de Processos no NVS -2003



ANEXO I

A Fábula "A RATOEIRA"

Um rato, olhando pelo buraco na parede, vê o fazendeiro e sua esposa abrindo um pacote. Pensou logo no tipo de comida que poderia haver ali. Ao descobrir que era uma ratoeira ficou aterrorizado.

Correu ao pátio da fazenda advertindo a todos:

“- Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira na casa !!!”.

A galinha, disse:

“- Desculpe-me Sr. Rato, eu entendo que isso seja um grande problema para o senhor, mas não me prejudica em nada, não me incomoda”.

O rato foi até o porco e lhe disse:

“- Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira !!!”.

“- Desculpe-me Sr. Rato, - disse o porco, - mas não há nada que eu possa fazer, a não ser rezar. Fique tranqüilo que o senhor será lembrado nas minhas preces”.

O rato dirigiu-se então à vaca.

Ela lhe disse:

“- O que Sr.Rato? Uma ratoeira? Por acaso estou em perigo? Acho que não!”.

Então o rato voltou para a casa, cabisbaixo e abatido, para encarar a ratoeira do fazendeiro.

Naquela noite ouviu-se um barulho, como o de uma ratoeira pegando sua vítima.

A mulher do fazendeiro correu para ver o que havia pegado. No escuro, ela não viu que a ratoeira havia pegado a cauda de uma cobra venenosa.

E a cobra picou a mulher...

O fazendeiro a levou imediatamente ao hospital. Ela voltou com febre.

Todo mundo sabe que para alimentar alguém com febre, nada melhor que uma canja de galinha.

O fazendeiro pegou seu cutelo e foi providenciar o ingrediente principal.

Como a doença da mulher continuava, os amigos e vizinhos vieram visitá-la. Para alimentá-los, o fazendeiro matou o porco.

A mulher não melhorou e acabou morrendo.

Muita gente veio para o funeral.

O fazendeiro então sacrificou a vaca, para alimentar todo aquele povo.

(autor desconhecido)

Moral da História:

Na próxima vez que você ouvir dizer que alguém está diante de um problema e acreditar que o problema não lhe diz respeito, lembre-se que, quando há uma ratoeira na casa, toda fazenda corre risco.

O problema de um é problema de todos. Pense nisso!!

Fonte: Texto em circulação na Internet no primeiro de 2003.