

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Solange Cassol

OS DESAFIOS DA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
A PARTIR DA DESCENTRALIZAÇÃO

Novo Hamburgo - RS  
2012

Solange Cassol

OS DESAFIOS DA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE A  
PARTIR DA DESCENTRALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Alvarenga Reis

Novo Hamburgo - RS  
2012

Solange Cassol

OS DESAFIOS DA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE A  
PARTIR DA DESCENTRALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Conceito final:

Aprovado em 05 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Fabio Bittencourt Meira - UFRGS

---

Prof. Dr. Odair Gonçalves - UFRGS

---

Orientador - Profa. Dra. Roberta Alvarenga Reis – UFRGS

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido forças  
e coragem para atingir este objetivo.

Às Professoras, Roberta Alvarenga Reis e Cátia Bauer Maggi,  
pelo apoio dado durante a realização da pesquisa.

A minha família e meu namorado,  
pela paciência e apoio.

A minha colega Jaqueline Wolkmer,  
pelas angústias e descobertas que compartilhamos.

Aos Secretários de Saúde dos municípios da 5ª CRS,  
pela colaboração prestada.

*“A vulnerabilidade faz parte da condição humana, tanto quanto a capacidade que temos de enfrentá-la no exercício de nossa humanidade. Ao analisarmos os riscos ambientais, a vulnerabilidade é expressão simultânea da liberdade humana e de seu abuso. Ela deriva das opções de desenvolvimento econômico e tecnológico, do poder exercido pelos seres humanos sobre outros ou sobre o funcionamento da natureza, que reage e intervém nos ciclos da vida humana e não humana. Liberdades sem limites, poder e ignorância mesclam-se no aumento das vulnerabilidades nas sociedades modernas, que ao desenvolverem sua ciência e tecnologias, desvendam certos mistérios e trazem muitos confortos. Mas ao abrir a caixa de pandora em situações de injustiça e arrogância libera forças que impedem o exercício da própria liberdade e a realização de ciclos de vida virtuosos.”*

## RESUMO

A vigilância em saúde surgiu como um novo modelo assistencial que pressupõe a análise e monitoramento de situações de saúde em um determinado território, e que carece de uma redefinição das práticas sanitárias. Desde a promulgação da Lei nº 8.080/90, que estabeleceu competências aos municípios na área da vigilância em saúde, e com o advento da descentralização em muito tem aumentado a sua área de competência, assim como a exigência aos municípios quanto à adequação da estrutura física, equipamentos e recursos humanos qualificados para o desenvolvimento dessas ações. O presente estudo apresenta os desafios da gestão da vigilância em saúde a partir da descentralização e tem como objetivo descrever a estrutura que os municípios da 5ª CRS possuem para desenvolverem ações de vigilância em saúde. A pesquisa foi do tipo descritivo, transversal com realização de pesquisa documental e aplicação de questionário para os gestores dos 48 municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. O conteúdo da pesquisa apresenta as mais diversas estruturas, com problemas na composição das equipes, disponibilidade de transporte e na aplicação de recursos federais, bem como a sua insuficiência no financiamento das ações na área da vigilância em saúde. Por fim são apresentadas estratégias de adequação aos gestores municipais.

**Palavras-chave:** Descentralização. Sistema Único de Saúde. Estrutura dos serviços. Gestão em saúde.

## ABSTRACT

The health surveillance has emerged as a new model of care that requires the analysis and monitoring of health situations in a given territory, and that requires a redefinition of sanitary practices. Since the enactment of Law No. 8.080/90, which established powers to municipalities in the area of public health surveillance, and with the advent of decentralization has greatly increased its area of competence, which has required municipalities physical structure, equipment and resources qualified staff to the development of these actions. This study presents the challenges of managing health surveillance from the decentralization and aims to describe the structure that municipalities have the 5th CRS to develop health surveillance actions. The research was descriptive, cross-sectional conducting archival research and a questionnaire to managers of 48 municipalities of the 5th Regional Coordination of Health Research presents the contents of the most diverse structures, with problems in the composition of teams, availability of transportation and application of federal funds, as well as its failure in the financing of actions in the area of public health surveillance. Finally adaptation strategies are presented to municipal managers.

**Keywords:** Decentralization. Unified Health. Services structure. Health management.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2. 1	OBJETIVO GERAL.....	12
2. 2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
4. 1.	O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. ....	15
<b>4. 1.1.</b>	<b>Vigilância epidemiológica.....</b>	<b>16</b>
<b>4. 1.2.</b>	<b>Vigilância em saúde ambiental .....</b>	<b>18</b>
<b>4. 1.3.</b>	<b>Vigilância sanitária .....</b>	<b>19</b>
<b>4. 1. 4.</b>	<b>Vigilância em saúde do trabalhador .....</b>	<b>25</b>
4. 2.	O CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. ....	27
4. 3.	PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS).....	28
4. 4.	DESCENTRALIZAÇÃO... ..	29
<b>5.</b>	<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>32</b>
<b>6.</b>	<b>RESULTADO E ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>34</b>
6.1	AÇÕES DESENVOLVIDAS NOS MUNICÍPIOS.....	34
6.2	ESTRUTURA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS... ..	38
<b>6.2.1</b>	<b>Gestão de pessoas .....</b>	<b>39</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Estrutura física, equipamentos e transporte... ..</b>	<b>45</b>
<b>6.2.3</b>	<b>Financiamento... ..</b>	<b>48</b>
6.4	DESAFIOS NA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS....	49
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS... ..</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO A – PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) E VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2010/2011 DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO B – COMPETÊNCIA DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE CONFORME PORTARIA MS Nº 3.252/2009.....</b>	<b>67</b>

<b>ANEXO C – ORIENTAÇÕES DO MS QUANTO AS FORMAS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO PFVS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 1980, tiveram início profundas mudanças no sistema público de saúde no Brasil. Inicialmente com a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, a qual teve como proposta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização da saúde, as quais foram consolidadas pela Constituição de Federal de 1988 (BRASIL, 2011).

O SUS tem como princípios e diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade, a participação da comunidade, a regionalização, a hierarquização e a descentralização, estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011).

A descentralização dos serviços de saúde iniciou a partir da Norma Operacional Básica – NOB 1/96 que facultava aos municípios habilitar-se na gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema municipal, com isso o município deveria atender a algumas responsabilidades e, em contrapartida passava a receber transferências automáticas de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde. Em 2005, com a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 95, foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS nº 01/2001 que preconizava o aprofundamento da descentralização através da ampliação da regionalização do sistema. A NOAS-SUS 01/2001 estabeleceu dois tipos de gestão para habilitação dos municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a Gestão Plena Municipal, sendo que ambas também previam requisitos para habilitação bem como responsabilidades e prerrogativas aos municípios (TREVISAN, JUNQUEIRA, 2007).

Dentre os vários serviços instituídos como competência do SUS, a Constituição Federal do Brasil de 1988 estabeleceu também como sua atribuição executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e ambiental, sendo que nesse momento tais atividades estavam sendo executadas pelo ente federal. Porém, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 –, ficou instituído como competência também dos municípios tais ações.

No ano de 2006, através da portaria nº 399, foi criado o Pacto Pela Saúde, subdividido em três pactos: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. O Pacto elenca prioridades e possibilita maior autonomia ao gestor dentro do seu território, radicalizando a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios e reforça

a territorialização da saúde, reitera a importância da participação e do controle social e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite (BRASIL, 2011).

A vigilância em saúde recebeu papel destacado no Pacto pela vida por estabelecer “um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (BRASIL, 2011, p.151).

Para regulamentar a execução e financiamento das ações de vigilância em saúde com o objetivo de atender as diretrizes do Pacto pela Saúde, foi promulgada a Portaria GM/MS nº 3.252 em 22 de dezembro de 2009:

[...] trazendo reflexões a respeito da participação da Vigilância em Saúde no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), colocando-a como parte desse processo e integrando instrumentos e prazos; definindo estratégias de integração com a atenção, em especial com a atenção primária à saúde (BRASIL, 2010, p. 09).

A partir da referida portaria, ficou instituído o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde constituída pela vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e as novas vigilância da situação de saúde e promoção da saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivos descrever a estrutura que os municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde possuem para desenvolver as ações de vigilância em saúde, a partir de suas competências e área de atuação à luz da legislação vigente, bem como identificar as necessidades de melhoria e propor estratégias de adequação aos gestores municipais.

Para realizar o diagnóstico da estrutura existente nos municípios, foram enviados questionários com o intuito de responder ao problema em tela, com base no Pacto pela Saúde e na Portaria MS nº 3.252/2009, questiona-se se os municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul estão estruturados para desenvolver as ações de vigilância em saúde? Já que para executar as ações na área de vigilância em saúde faz-se necessário uma capacidade gerencial que envolve estrutura física, pessoal capacitado, transporte, equipamentos, entre outros essenciais para o desenvolvimento de um trabalho efetivo e eficaz.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

- Descrever a estrutura que os municípios da 5ª CRS possuem para desenvolverem ações de vigilância em saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a competência e área de atuação da vigilância em saúde;
- Analisar a estrutura de vigilância em saúde, à luz da legislação disponível;
- Identificar as necessidades de melhoria para desenvolvimento das atividades;
- Propor estratégias de adequação aos gestores municipais.

### 3 JUSTIFICATIVA

O SUS é considerado um “sistema de serviços de saúde em construção”, e como tal vem aprimorando suas ações para atender às demandas da comunidade. E, dentro da reorganização do modelo de atenção à saúde tem como proposta a vigilância em saúde que objetiva

[...] a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009, p. 15).

A estratégia de organização da vigilância em saúde enfatiza o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis com ações sociais organizadas, com enfoque populacional, de risco e clínico, buscando um conjunto de políticas e práticas que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde da população do país, estado ou município, em defesa das melhorias de condições de vida e da saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2004).

A vigilância em saúde tem como premissa a prevenção e promoção da saúde, porém para tanto necessita de profissionais qualificados para identificar situações de risco em seu território. Além disso, é necessário ter a sua disposição infraestrutura para desenvolver suas funções como veículos para transporte, computadores, acesso à internet, recursos físicos, equipamentos de proteção individual entre outros.

A vigilância em saúde possui instrumentos fundamentais para o planejamento que são os conhecimentos e metodologias, os quais são essenciais para identificação de problemas e prioridades de atuação. Porém, o planejamento deve ser um processo contínuo e dinâmico com o objetivo de executar ações de forma adequada com prazo, previsão de custos, qualidade, segurança entre outros fatores (BRASIL, 2009).

A vigilância em saúde tem como elemento norteador de suas ações a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), sendo este o principal instrumento de planejamento do serviço, o qual propõe metas nacionais estando flexível para inclusão de metas regionais (BRASIL, 2009).

Esta programação é realizada uma vez ao ano, momento em que se avaliam as metas alcançadas no ano anterior e são programadas as ações a serem realizadas no decorrer do ano vigente e possui os seguintes eixos:

[...] notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; vigilância ambiental; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; imunizações; monitoramento de agravos de relevância epidemiológica; divulgação de informações epidemiológicas; alimentação e manutenção de sistemas de informação; monitoramento das ações de vigilância em saúde; e vigilância sanitária (BRASIL, 2009, p. 23).

Portanto, um estudo sobre a estrutura existente nesta área, nos municípios que compõe a 5ª CRS, poderá servir como instrumento de avaliação, bem como para caracterizar o mapa de saúde instituído pelo decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8080/1990, o qual está sendo realizado na região. O resultado desta investigação também poderá servir de base para os gestores visualizarem a importância deste serviço e a necessidade de melhor estruturá-lo e planejar ações para oferecer qualidade de vida para a população.

Enquanto profissional da área da vigilância sanitária há treze anos, o assunto sempre instigou ao questionamento se as secretarias de saúde têm realmente inserido em suas políticas públicas e de gestão a vigilância em saúde ou se ainda ocupa um segundo plano, e se é tida como uma estratégia de qualidade dos indicadores municipais de saúde.

Acredita-se que, quando um serviço de saúde está bem estruturado e funcionando adequadamente, quem mais ganha com isso é a população. Como o setor de vigilância tem por característica a análise de fatores de risco para a prevenção da saúde, torna-se muito importante dentro do SUS.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor entendimento do estudo que está sendo realizado, é primordial apresentar alguns conceitos básicos e a atual estrutura do sistema nacional e estadual de vigilância em saúde para assim fundamentar a discussão dos resultados ao longo do trabalho.

### 4.1 O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No ano de 1999, iniciaram as descentralizações partindo da vigilância sanitária em janeiro e, posteriormente, em dezembro, a vigilância epidemiológica, inclusive com previsão de financiamento aos municípios que executassem tais ações. A Portaria MS nº 1.399, a qual veio regulamentar a NOB 01/96, estabeleceu as competências da união, estados e municípios quanto às ações na área de vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Em 2004 foi publicada uma nova norma para aprimorar a descentralização das ações de vigilância em saúde, a Portaria Ministerial nº 1.1772:

Nesse instrumento, definem-se as atividades denominadas de Vigilância em Saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. No entanto, conforme já citado, vários estados e municípios incorporaram também a vigilância sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador como atividades precípua da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011, p. 16).

No ano de 2006, através da portaria nº 399, foi criado o Pacto Pela Saúde, subdividido em três pactos: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006). O Pacto elenca prioridades e possibilita maior autonomia ao gestor dentro do seu território. Em 30 de março de 2006, foi publicada a portaria nº 699 pelo Ministério da Saúde, estabelecendo diretrizes operacionais para implantação dos pactos pela vida e de gestão (BRASIL, 2006).

A portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, criou o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde composto pela vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária (BRASIL, 2006).

#### 4.1.1 Vigilância epidemiológica

O serviço de vigilância epidemiológica enquanto política de saúde é recente, porém a ciência da epidemiologia é muito antiga, surgindo quando o homem começou a deixar de atribuir as moléstias ao sobrenatural. A seguir será apresentado um curto histórico, conceito e competência da vigilância epidemiológica que vem aumentando nos últimos anos.

A epidemiologia tem seus primeiros registros na Grécia Antiga há 400 a.C., quando Hipócrates buscou explicações a respeito da ocorrência de doenças, fundamentado no racional e não no sobrenatural. Já no século XVII, John Graunt recebeu destaque ao quantificar os padrões de natalidade, mortalidade e ocorrência de doenças. Durante o século XIX, Willian Farr foi considerado o pai da estatística vital e da vigilância ao coletar e analisar sistematicamente as estatísticas de mortalidade na Inglaterra e País de Gales. Porém quem se destacou na epidemiologia foi o inglês John Snow, em 1855, por demonstrar o caráter transmissível da cólera. No final da Segunda Guerra Mundial, é que houve um intenso desenvolvimento da metodologia epidemiológica, incorporando estatísticas, propiciada pelo aparecimento de computadores (WALDMAN, 1998).

Na década de 1950, a vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle de doenças transmissíveis, como a campanha de erradicação da malária, tratando da vigilância de pessoas, que era aplicada de forma individual e não coletiva, realizando medidas de isolamento e quarentena. O programa de erradicação da varíola, na década de 60, também instituiu uma fase de vigilância epidemiológica, quando se implantou a busca ativa de casos de varíola com o objetivo de detectar precocemente os surtos e bloquear imediatamente a transmissão da doença, e depois com a vacinação em massa da população. Em 1968, quando foi realizada a 21ª Assembleia Mundial de Saúde, a vigilância epidemiológica foi seu tema central, onde foi firmado seu conceito e determinado sua abrangência (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica começou a ser organizada dentro do serviço de saúde no final dos anos 60:

No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) – 1966-73 – é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país, tendo fomentado e apoiado a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo da CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças selecionadas e disseminar informações pertinentes em um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de impacto no controle de doenças evitáveis por

imunização. O principal êxito relacionado a esse esforço foi o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, que abriu perspectivas para a erradicação da doença no continente americano, finalmente alcançada em 1994 (BRASIL, 2005, p. 19).

Em 1975, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o SUS manteve o SNVE e através da Lei 8.080/90 definiu a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Em 1990 foi instituído o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) que veio fortalecer as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças no SUS, inclusive ampliando a sua área de atuação, incorporando também as doenças e agravos não transmissíveis e segundo Barreto (2002, p. 4) também trouxe outros avanços:

a criação do Centro Nacional de Epidemiologia-CENEPI, em 1990, foi uma aspiração dos epidemiologistas brasileiros. Com a criação do CENEPI, à exceção de alguns momentos, a interlocução entre epidemiologistas da academia e epidemiologistas dos serviços foi intensificada, o que tornou ainda mais tênues as diferenças existentes entre estes dois mundos. O CENEPI teve um papel relevante no incentivo ao uso dos recursos epidemiológicos nos diversos níveis do SUS.

Em 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o CENEPI foi extinto e a vigilância epidemiológica foi incorporada à SVS. E, a partir de então, também teve legalmente, ampliada a sua área de atuação, incorporando também doenças e agravos não transmissíveis.

A vigilância epidemiológica tem como propósito “fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos” (BRASIL, 2010, p. 19). E tem como funções coletar e processar dados, analisar e interpretar os dados processados, divulgar as informações, investigar casos e surtos, analisar os resultados obtidos e recomendar e promover medidas de controle indicadas (BRASIL, 2010).

As funções da vigilância epidemiológica devem ser executadas nos três níveis do sistema de saúde, conforme suas competências, de forma harmônica. Ao nível estadual e nacional cabem as ações estratégicas e de maior abrangência, com intervenções seletivas, voltadas a questões emergenciais e que exijam avaliação complexa e que requerem especialistas e centros de referência, inclusive ações internacionais. Quanto ao nível local,

deve ter conhecimento analítico da situação local de saúde, sendo uma prioridade do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica enfocando os problemas de saúde presentes em seu território, com autonomia técnico-gerencial (BRASIL, 2005).

#### 4.1.2 Vigilância em saúde ambiental

Ao contrário da vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental é muito recente como política de saúde, porém não deixa de ser menos importante, haja visto os atuais problemas ambientais que também têm influência na condição de saúde da população, como, por exemplo, o consumo humano de água contaminada.

Na década de 90, iniciaram vários estudos por grupos ingleses, norte-americanos e canadenses, onde foram abordadas relações como “crescimento populacional e perfil de mortalidade, desigualdade social e qualidade de vida, aumento do buraco da camada de ozônio e crescimento da radiação ultravioleta, urbanização e poluição do ar, poluição da água” (BRASIL, 2011, p. 200-201) e consequências à saúde. A partir de então, vários compromissos foram assumidos em diversos eventos, demonstrando como centro das preocupações a conservação e proteção da saúde e do ambiente surgindo um novo modelo de desenvolvimento centrado na população, o qual foi denominado como “desenvolvimento humano sustentável” (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 instituiu previsão legal para a saúde ambiental, ditando como atribuição do SUS instituir políticas para colaborar para um ambiente saudável, nas três esferas de governo:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

VI - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;

VII - preservar as florestas, a fauna e a flora;

IX - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (BRASIL, 1988).

Seguindo a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/90 também previu ações inerentes à proteção do meio ambiente e participação em políticas de saneamento básico, porém a vigilância em saúde ambiental iniciou lentamente, quando em 1997, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Vigisus objetivando estruturar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (BRASIL, 2011). Em 2000 com a publicação do Decreto 3.450, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) ficou responsável pela gestão e implantação do Sistema Nacional de Vigilância em saúde Ambiental em todo o território nacional (BRASIL, 2003).

A Instrução Normativa nº 01 definiu a competência das três esferas de governo, a abrangência do trabalho e criou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Sinvisa). Em 2009, através da Portaria nº 3.252 as ações de vigilância em saúde ambiental foram inseridas na Secretaria de Vigilância em Saúde, sendo definida como “conjunto de ações que propiciam o conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interfere na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde” (BRASIL, 2009).

A vigilância em saúde ambiental tem definido as seguintes prioridades: vigilância da qualidade da água para consumo humano, vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos, vigilância em saúde ambiental relacionada a fatores físicos, vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais (BRASIL, 2011).

#### **4.1.3 Vigilância sanitária**

A vigilância sanitária faz parte da Vigilância em Saúde, conforme estabelece a Portaria nº 3.252/2009, porém atualmente ela não está inserida na Secretaria de Vigilância em Saúde, sendo coordenada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde 1999.

Mas, como surgiu a vigilância sanitária no Brasil e no mundo, qual o seu conceito e sua área de abrangência e como está ocorrendo a descentralização?

A vigilância sanitária teve origem na Europa nos séculos XVII e XVIII, sendo que no Brasil teve suas primeiras ações no século XVIII e XIX com o surgimento da polícia sanitária. Tinha como função fiscalizar e normatizar o exercício das profissões, o saneamento da cidade,

as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos para evitar a propagação das doenças, tornando-se a prática mais antiga da saúde pública (EDUARDO, 1998).

Ao longo do século XX, inúmeras foram as mudanças, como a criação do Ministério da Saúde e do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, a regulamentação do Código Nacional de Saúde e normatização para alimentos. Em 1976 foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, que tinha como ênfase o controle de qualidade de produtos de interesse da saúde como alimentos, cosméticos, saneantes domissanitários e medicamentos (BRASIL, 2011).

Em 1986 aconteceu um importante fato que originou a estrutura existente atualmente. Vários coordenadores estaduais de vigilância sanitária reuniram-se em Goiânia e produziram um documento sobre o descaso com a vigilância sanitária, com possibilidade de uma tragédia eminente, o qual foi entregue às autoridades públicas brasileiras e ficou conhecida como a Carta de Goiânia. Quando em 1987, ocorreu o acidente com Césio 137, também em Goiânia, a população e as autoridades despertaram para a necessidade de criar uma estrutura que oferecesse segurança aos produtos e serviços prestados na área da saúde (BRASIL, 2011).

Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, entre as atribuições do SUS ficou estabelecida a execução de ações em vigilância sanitária (BRASIL, 1988).

O conceito de vigilância sanitária foi se modificando ao longo do tempo, desde a forma de interpretar os eventos, passando pelas teorias sistêmicas e de planejamento, até incorporar como função o conceito de defesa dos direitos do consumidor (EDUARDO, 1998).

A lei Federal nº 8.080/90, em seu artigo 6º, estabeleceu um conceito para a vigilância sanitária bem como ditou a sua área de abrangência:

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990).

Em janeiro de 1999, através da Lei nº 9.782, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem como principal competência coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Outro marco importante foi a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária em novembro de 2001, cujo tema foi “Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: Proteger e Promover a Saúde, Construindo Cidadania” (BRASIL, 2011).

Durante esse período, também iniciou a descentralização das ações de vigilância sanitária, principalmente após a NOB/96, a qual criou alguns critérios para habilitação e mecanismos de financiamento. Os compromissos com a vigilância sanitária variavam de acordo com a forma de gestão e os interesses do município, e a execução das atividades exigia estruturas de regulação e fiscalização organizadas. Em 2000 a ANVISA criou o Termo de Ajuste e Metas de Vigilância Sanitária tendo como objetivo a descentralização de recursos em troca do compromisso dos gestores em cumprir as metas (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

Porém, conforme manifestação de Maria Bernadete de Paula Eduardo (1998, p. 08), muitos são os desafios para a efetiva descentralização das ações de vigilância sanitária:

[...] mais do que um cumprimento formal do que está proposto na Constituição, para atingir o objetivo da municipalização será necessário integrar a vigilância sanitária num todo, isto é, com as ações programáticas de atendimento individual e coletivo, com a vigilância epidemiológica e com as demais práticas voltadas à saúde da população. Ao Estado compete o papel de articular os municípios e regiões para garantir a uniformidade mínima das ações de todo o município, a hierarquização da prestação de serviços que, por suas características e complexidade, tenham abrangência intermunicipal, e a viabilização das práticas de supervisão e controle de qualidade dos serviços de saúde.

Em estudo realizado através de inquérito no país, no período de 2002 a 2006, com gestores, coordenadores e trabalhadores da vigilância sanitária foram apontados os seguintes problemas relacionados com o SNVS:

[...]a ausência de projeto político que levasse em conta a estrutura organizacional dos municípios e favorecesse o controle social; falta de clareza das competências, por esferas de governo; pouca articulação intra e interinstitucional; desarticulação com o nível regional; interferência político-partidária, falta de apoio político, além da desmobilização e desinformação da sociedade.

Quanto aos recursos humanos, alguns autores apontaram como principais problemas: dificuldades técnico-operacionais no desenvolvimento das ações descentralizadas, capacitações limitadas ou inexistentes, ausência de política de recursos humanos, contratos e condições de trabalho precários, alta rotatividade e número reduzido de profissionais; as principais dificuldades enfrentadas pelas vigilâncias sanitárias municipais relacionadas ao financiamento foram: falta de autonomia na gestão e insuficiência dos recursos financeiros, desconhecimento e dificuldades na utilização do incentivo para a execução das ações de vigilância sanitária. Os problemas da organização dos serviços dizem respeito à precariedade da gestão; falta de autonomia na gestão do trabalho; abordagem fragmentada do campo de atuação; priorização de ações voltadas ao controle e fiscalização de produtos e serviços e deficiente articulação dos serviços com o território sobre o qual atuam (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009, p. 02).

Tais dificuldades de execução também se devem ao grande conjunto de ações que compete à vigilância sanitária (quadro 01), com uma enorme gama de normas que regulam os diferentes setores.

**Quadro 1- Ações de vigilância sanitária**

AÇÕES DE VISA	RESPONSABILIDADE	OBJETO	OBJETIVO
Normalização	Anvisa. Estados, DF, Municípios.	Produtos: alimentos, insumos, medicamentos, sangue e derivados, produtos de interesse da saúde, equipamentos, etc. Estabelecimentos que lidam com os produtos de interesse da saúde e os processos produtivos. Estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde e os processos de trabalho.	Estabelecer regras para padronização de atividades e de objetos específicos, com o objetivo de prevenir, minimizar e eliminar riscos à saúde da população e dos trabalhadores e ao meio ambiente.
Registro	Anvisa.	Produtos: medicamentos, produtos de interesse da saúde, alimentos industrializados, água mineral, equipamentos etc.	Analisar aspectos relativos à qualidade, segurança e eficácia dos produtos.
Cadastramento	Municípios, Estados, DF, Anvisa.	Estabelecimentos que lidam com alimentos, medicamentos, produtos de interesse da saúde. Estabelecimentos assistenciais de saúde e de interesse da saúde. Fontes de abastecimento de água para consumo humano. Produtos: alimentos, medicamentos, produtos de interesse da saúde etc.	Manter cadastro atualizado para planejamento de ações.
Licenciamento	Estados, DF, Municípios.	Estabelecimentos que lidam com alimentos, medicamentos, produtos de interesse da saúde. Estabelecimentos assistenciais de saúde e de interesse da saúde	Verificar o cumprimento das normas e regulamentos técnicos, inclusive quanto aos aspectos relacionados à estrutura e ao processo de trabalho.
Autorização de Funcionamento	Anvisa.	Estabelecimentos que lidam com alimentos, medicamentos, produtos de interesse da saúde. Estabelecimentos assistenciais de saúde e de interesse da saúde	
Fiscalização	Anvisa.	Produtos de interesse da saúde em trânsito de uma para outra Unidade Federativa. Produtos de interesse da saúde, importados e exportados.	Verificar o cumprimento de normas e regulamentos técnicos, induzir à adoção de aprimoramentos com vistas à melhoria da segurança e qualidade dos serviços prestados, dos processos produtivos e dos produtos de interesse da saúde.
	Anvisa, Estados, DF, Municípios.	Produtos de interesse da saúde produzidos ou expostos ao consumo da área da respectiva jurisdição. Estabelecimentos relacionados aos produtos de interesse da saúde. Estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde. Meio ambiente e ambientes de trabalho.	

Continua...

**Continuação do Quadro 01**

<b>AÇÕES DE VISA</b>	<b>RESPONSABILIDADE</b>	<b>OBJETO</b>	<b>OBJETIVO</b>
Monitoramento dos produtos e serviços	Anvisa, Estados, DF, Municípios.	Produtos de interesse da saúde considerados de risco - passíveis de maior contaminação, adulteração, ou coletados para segmentos vulneráveis etc.	Acompanhar ao longo do tempo se os produtos obedecem às especificações determinadas e declaradas quando forem de registro obrigatórios.
Monitoramento do mercado	Anvisa.	Preços dos produtos no mercado.	Acompanhar os preços dos produtos no mercado.
Monitoramento da publicidade	Anvisa, Estados, DF, Municípios.	Publicidade e propaganda.	Verificar o cumprimento das normas específicas
Investigação de surtos e agravos	Anvisa, Estados, DF, Municípios.	Surtos ou agravos à saúde relacionados ao consumo de alimentos, medicamentos, utilização de serviços e tecnologias de saúde, relacionamentos aos ambientes e processos de trabalho.	identificar agente causador ou origem de eventos danosos, adotar medidas preventivas e de controle.
Atendimento a denúncias	Anvisa, Estados, DF, Municípios.	Reclamações de cidadãos envolvendo os produtos serviços, ambiente, condições de trabalho etc.	Identificar os problemas nos serviços ou os desvios de qualidade, adulterações e outros problemas relacionados aos produtos e adotar as medidas de correção e controle.

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011, p. 45-46)

O SNVS também estabeleceu um elenco norteador das ações de vigilância sanitária, contemplando a estruturação e fortalecimento da gestão (quadro 2) e estratégias para o gerenciamento do risco sanitário (quadro 03), as quais devem ser descritas nos Planos de Ação em Vigilância Sanitária dos municípios que deve ser realizado anualmente.

**Quadro 2 - Elenco norteador das ações de vigilância sanitária 01**

<b>GRUPO I: AÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA GESTÃO.</b>	
<b>ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO</b>	<b>PARÂMETROS</b>
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de Visa, investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da Visa, com definição de atribuições e competências.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, meio de transporte e impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistemas de informação de interesse do SNVS.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de Visa para o desenvolvimento das atividades.
	Educação Permanente.
5. Fortalecimento da gestão	Participação em instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIB, Colegiado de Gestão Regional e Câmaras Técnicas.
	Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social.
	Monitoramento e avaliação das ações de Visa definidas no Plano de Saúde, nas Programações Anuais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão.
	Participação no processo de descentralização e de regionalização.
	Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde.
	Participação no financiamento das ações.

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011, p. 88)

**Quadro 3 - Elenco norteador das ações de vigilância sanitária 02**

<b>GRUPO II: AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO</b>	
<b>ÁREA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>PARÂMETROS</b>
1. Produtos, serviços de saúde e interesse à saúde e ambientes	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostras para análise.
	Notificação, investigação e comunicação de risco.
	Análise sanitária de projetos arquitetônicos.
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Ações integradas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.
	Ações intersetoriais de educação em saúde.
	Atendimento à denúncia/reclamação.
3. Ações integrais de saúde	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.
	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Colaboração com a União em ações de portos, aeroportos e fronteiras.
4. Ações intersetoriais	Incorporação das ações de Visa, em conjunto com a Atenção Primária à Saúde, no cotidiano das comunidades.
	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia etc.
5. Ações laboratoriais de Visa	Monitoramento de Produtos.
	Sistema de Gestão da Qualidade dos Laboratórios.

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011, p. 89)

Com esse breve relato, fica clara a complexidade das ações de competência da vigilância sanitária, com uma gama enorme de atribuições, e que vem se ampliando, já que a cada dia surgem novos produtos e serviços que precisam ser regulados pelo Estado para que não tragam prejuízos futuros a população.

#### **4.1.4 Vigilância em saúde do trabalhador**

O marco histórico do estudo das relações de saúde, doença e trabalho é a publicação do livro *De Morbis Artificum Diatriba* de Bernardino Ramazzini, na Itália no ano de 1700, onde estavam descritas uma série de doenças associadas a mais de cinquenta ocupações. Sendo que, no Brasil, os primeiros estudos sobre a temática surgiram entre 1880 a 1903, através de teses de doutorado sobre a intoxicação crônica profissional por chumbo, apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia (BRASIL, 2011).

Para Machado (1997), a vigilância em saúde do trabalhador distingue-se das demais por delimitar como seu objeto a investigação e intervenção no processo de trabalho com a saúde. Enquanto que a Lei Orgânica da Saúde definiu saúde do trabalhador como “[...] conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação, à reabilitação da Saúde dos Trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990, p. 06).

Para o planejamento em saúde, é indispensável dispor de um sistema de informação que possa servir para fornecer recomendações e subsidie formas de avaliação e controle, instrumentalizando a estruturação de um modelo assistencial adequado. Na área da saúde do trabalhador, um fator importante é a questão do risco do ambiente, no processo de trabalho, bem como a necessidade de intervenção institucional (BRASIL, 2011).

Um dos desafios da vigilância da saúde do trabalhador é a informação, uma vez que os sistemas nacionais implantados ainda não contemplam de forma adequada os registros sobre os agravos ocorridos. Atualmente ainda são usados dados produzidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a partir da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), ou de informações dos Serviços e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Para tentar suprir esse vácuo, foi publicada a Portaria MS nº 777, de 28 de abril de 2004, que regulamenta a Notificação Compulsória de Agravos à Saúde do Trabalhador na Rede de Serviços Sentinela, a qual é realizada através do sistema Sinan-net (BRASIL, 2011).

Em julho de 2005 foi criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, através da Portaria nº 1.125, a qual segue as seguintes diretrizes:

- I - atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional;
  - II - Articulação Intra e Intersetorial;
  - III - Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
  - IV - Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador;
  - V - Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos; e
  - VI - Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador.
- (BRASIL, 2005, p. 01)

Em 2005 também foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, esta estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do trabalhador – Cerests, que tem como função dar suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência,

promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência (BRASIL, 2006).

No âmbito da Atenção Primária, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, deverão ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexo causal entre o quadro de morbimortalidade verificado no âmbito dos processos de trabalho de um determinado território (BRASIL, 2006).

Desse modo, é muito importante que seja respeitado todo o processo de programação e pactuação das atividades de organização regional da rede de serviços do SUS. Os gestores devem ser fortalecidos a fim de que os municípios, ao se qualificarem, possam garantir o processo de estruturação do serviço a nível regional e também no seu território.

#### 4.2 O CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) tem suas competências e atribuições definidas no Decreto nº 44.050, de 05 de outubro de 2005, e tem como objetivo integrar as vigilâncias para o desenvolvimento de ações intersetoriais e apoio aos níveis locais (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

O CEVS conta com uma estrutura organizacional composta pela direção e por órgãos de execução: divisão de apoio técnico, administrativa, de vigilância epidemiológica, de vigilância ambiental em saúde, de vigilância em saúde do trabalhador e de vigilância sanitária. Ainda possui Núcleos Regionais de Vigilância em saúde (NUREVS) nas Coordenadorias Regionais de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

As principais atribuições do CEVS são:

- Formular a Política e propor o Plano Diretor de Vigilância em Saúde para o Estado, em sintonia com a política nacional e de acordo com a realidade dos municípios;
- Coordenar o sistema de vigilância do âmbito estadual, executando de forma complementar ou suplementar as ações de vigilância;
- Coordenar e articular o assessoramento técnico prestado por suas áreas aos municípios para a descentralização das atividades;
- Promover a capacitação técnica e o desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos em vigilância, assim como a difusão de informações relacionadas à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005, p. 16-17).

Assim, o sistema estadual de vigilância em saúde tem como papel principal coordenar as ações a nível estadual, dar apoio técnico aos municípios principalmente através de capacitações, bem como executar ações de alta complexidade e de controle de fronteiras.

#### 4.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS)

A PAVS (anexo A) é um elenco norteador de ações que subsidiará a Programação Anual de Saúde (PAS) das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2010).

Conforme a Portaria nº 3.008/GM, de 1º de dezembro de 2009, em seu artigo 2º, a PAVS está organizada pelos seguintes eixos:

- I – Ações prioritárias nacionais: ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão;
- II – Ações prioritárias segundo critérios epidemiológicos: ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional, e que não foram contempladas no Pacto pela Vida e Pacto de Gestão; e
- III – Ações para fortalecimento do sistema: ações transversais que contribuem para o fortalecimento do sistema nacional de vigilância em saúde (BRASIL, 2009, p. 01).

A mesma portaria dita a competência de cada ente federado:

Art. 3º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete ao Ministério da Saúde:

- I - disponibilizar a cooperação técnica às SES no processo de planejamento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisões; e
- II - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde nos Estados.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde, quando acordado e em conjunto com a SES, poderá realizar monitoramento das ações de Vigilância em Saúde junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Art. 4º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete à SES:

- I - coordenar o processo de elaboração da PAVS no Estado, a partir de definições acordadas nas CIB de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Estado;
- II - disponibilizar cooperação técnica às SMS no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
- III - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde nos Municípios; e
- IV - acordar, nos respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional.

Art. 5º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete à SMS:

- I - elaborar sua programação das ações de vigilância em saúde;
- II - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde; e

IV - acordar, nos respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional (BRASIL, 2009, p. 02).

Essa programação é de âmbito nacional, envolvendo todos os entes federados, e que, ainda que algumas ações não possam ser medidas por todos os entes, as mesmas devem priorizar tais ações no período de sua gestão. O que se almeja com essa programação é que todas as ações sejam desempenhadas adequadamente em sua totalidade (BRASIL, 2010).

A PAVS é um importante instrumento de planejamento e de gestão em vigilância em saúde para as três esferas de governo, no entanto, é fundamental que seja monitorado e avaliado constantemente ao longo do ano, para que possa ajustar ações com o objetivo de cumprir as metas, já que também serve como ferramenta para o Ministério da Saúde verificar as ações desenvolvidas pelo estado e município.

#### 4.4 DESCENTRALIZAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 prevê que o SUS deve ser descentralizado através do seu artigo 198 declara que “[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 1988, p. 33).

Para Júnior (1993, p. 346) descentralização é “[...] a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais”.

O principal intuito da descentralização é que os cidadãos sejam atendidos e tratados no local em que vivem, evitando que as pessoas tenham que se deslocar para centros maiores, quando poderiam ser atendidos em seu próprio município. Inclusive, o artigo 30, VII da Constituição reza que ao município compete “[...] prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988, p. 11).

Desde a Carta Magna até os dias atuais, muitas foram as normas que regulamentaram o processo de descentralização. A primeira NOB foi a 01/91, que pouco influenciou na

descentralização (BRASIL, 2007). Gomes (2003, p. 2-3) apresenta e analisa muito bem a NOB 1/96 e a NOAS 01/2001, que regulamentaram as habilitações:

A Norma Operacional Básica – NOB 1/96 facultava ao município habilitar-se em um dos seguintes tipos básicos de gestão: **a) gestão plena de atenção básica, b) gestão plena do sistema municipal.**

Para se habilitar em um ou outro desses tipos de gestão tinha o município de atender a certos **requisitos** e assumir certas **responsabilidades**, conforme se vê nos itens 15.1.1, 15.1.2, 15.2.1 e 15.2.2 daquela NOB.

A habilitação num desses tipos de gestão proporcionava ao município o gozo de certas **prerrogativas** (itens 15.1.3 e 15.2.3), dentre as quais destaca-se a assunção da gestão da saúde no seu território - com todas as implicações políticas daí advindas - e a transferência automática de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal.

Dispõe a NOB 1/96 (item 15, *caput*) que os municípios que “*não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.*”

A Portaria MS nº 95, de 26/01/2001, instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS nº 01/2001. Seguindo a linha da concretização da descentralização, a NOAS preconiza o aprofundamento desse processo, ampliando-se a regionalização do sistema. Prevê-se a implementação de um Plano Diretor de Regionalização, a ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Cria-se a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, sendo que várias outras estratégias mínimas de atuação são acrescentadas como condição de habilitação nesse tipo gestão. Define-se as *Microrregiões* como um conjunto de procedimentos de média complexidade como referência intermunicipal.

Observe-se que a NOAS 1/2001 estabelece dois tipos de gestão para habilitação dos municípios, a saber: **a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e, b) Gestão Plena Municipal.**

Para ambas, há também a previsão de **requisitos** para a habilitação, bem assim de **responsabilidades** e **prerrogativas**, conforme já especificado anteriormente (v. itens 46, 47 e 48 da NOAS 1/2001).

Da mesma forma que na NOB 1/96, o município não habilitado em uma das gestões previstas terá a administração da saúde no seu território transferida para a esfera do gestor estadual.

Quanto às ações da vigilância em saúde a NOB 01/91, as ações de epidemiologia ficaram afetas às secretarias estaduais e aos municípios de médio e grande porte. As ações de controle de doenças, particularmente, as grandes endemias, permaneceram como responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Os recursos financeiros destinados à vigilância epidemiológica aparecem na NOB 96, mas sua regulamentação no que se refere às competências dos entes federados instituindo o processo de descentralização através da certificação de estados e municípios, e definição da sistemática de financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças vem a ocorrer somente em dezembro de 1999. A sistemática de financiamento definida na época estabelece que o repasse dos recursos passa a ocorrer fundo a fundo, com a instituição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) (BRASIL, 2011).

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando na definição de prioridades articuladas e integradas (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos. Enfatiza a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reforça a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita também as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (BRASIL, 2011).

O Pacto pela Saúde possui três componentes:

No **Pacto pela Vida** a Vigilância em Saúde tem papel destacado, uma vez que se estabelece um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

O **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

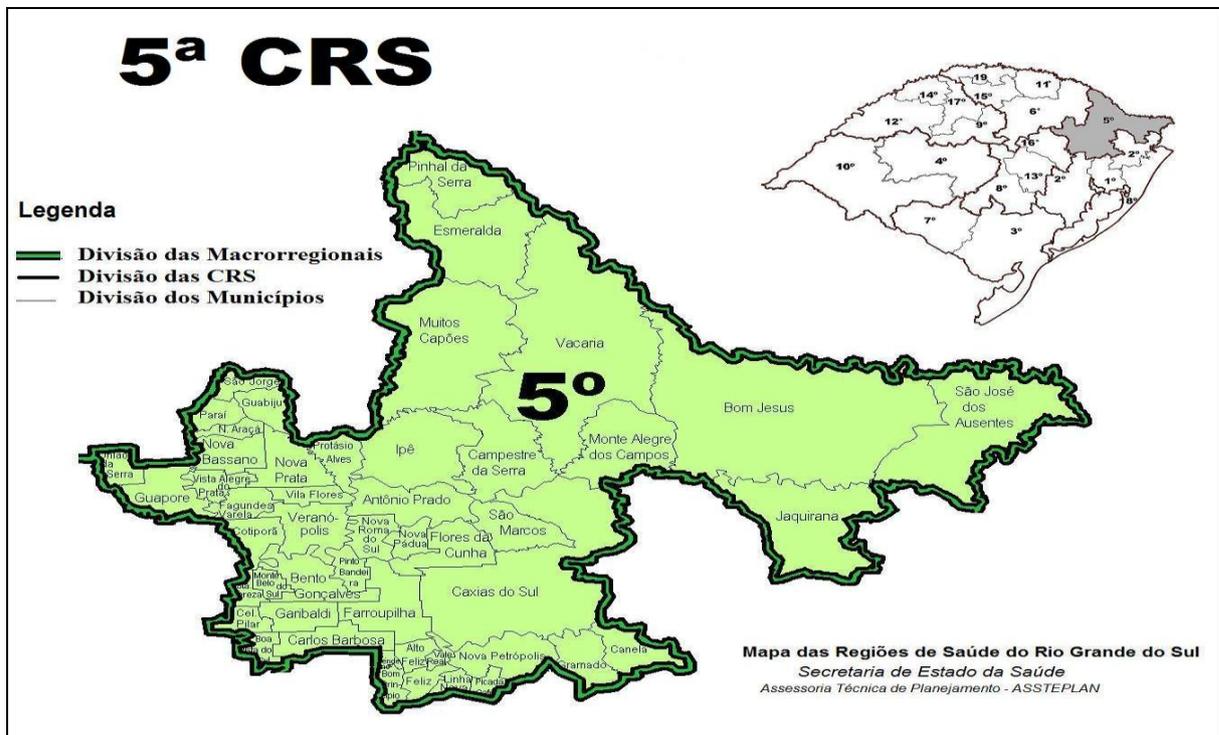
O **Pacto de Gestão** estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. (BRASIL, 2011, p. 51-52)

Assim, é possível visualizar que a cada normatização, a descentralização dos serviços de saúde se torna mais efetiva, e os municípios tem assumido mais responsabilidades e gerencia do sistema de saúde que está localizado no seu território.

## 5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O estudo será do tipo descritivo, transversal, com realização de pesquisa documental e aplicação de questionário para os gestores dos 48 municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizados na Serra Gaúcha, sendo eles: Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul (sede), Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabijú, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata.

Figura 1 - Mapa da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Segundo dados do Censo do IBGE 2010, essa região possui uma população de 1.076.801 habitantes, desta totalidade 50,67% são mulheres e 87% reside na zona urbana.

Atualmente 50% dos municípios que compõem a 5ª CRS possuem uma população abaixo de cinco mil habitantes, sendo que apenas dois municípios possuem mais de cem mil habitantes que são Bento Gonçalves (110.341) e Caxias do Sul (435.482) (IBGE, Censo 2010).

É importante também enfatizar que 100% dos municípios da Coordenadoria assinaram o Pacto de Gestão no ano de 2011, sendo pioneira no estado.

Quanto a indicadores econômicos, a Região da Serra Gaúcha possui 12% do produto Interno Bruto gaúcho ocupando o 3º lugar, voltada à produção de móveis, malhas, equipamentos de cozinha, uvas e vinhos, maçãs, ônibus e caminhões, bem como serviços, principalmente o turismo (SEBRAE/RS, 2010).

Quanto à vigilância em saúde, todos os municípios executam ações dentro de suas complexidades, alguns com mais outros com menos serviços, dependendo das atividades existentes em seus territórios, sendo que o município sede, Caxias do Sul, era o único que estava sobre Gestão Plena e, portanto, há alguns anos assumiu em sua totalidade os serviços existentes no município.

A pesquisa foi realizada através de questionário enviado por meio eletrônico às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios. No caso de não haver retorno dos questionários, novo contato eletrônico foi efetuado e, não obtendo êxito, feito contato telefônico, não obtendo resposta o município será excluído da pesquisa. O questionário será em forma de formulário do Google DOCS (apêndice B).

Quanto aos aspectos éticos, no e-mail havia um link onde o pesquisado acessava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) e, a partir dele chegava ao questionário da pesquisa.

Após análise do conteúdo dos questionários, os dados foram categorizados em quatro grupos. O primeiro apresenta aspectos da gestão de pessoas abordando número de profissionais, escolaridade, formação, capacitação e vínculo de trabalho da equipe. No segundo grupo são apontados dados quanto à estrutura física, equipamentos e transporte disponível para a execução de ações na área da vigilância em saúde. Em seguida, é levantado informações sobre a aplicação dos recursos federais, bem como a suficiência no financiamento do serviço. E, por último, são apresentados desafios que os municípios identificam na gestão da vigilância em saúde.

## 6 RESULTADO E ANÁLISE DE DADOS

### 6.1 AÇÕES DESENVOLVIDAS NOS MUNICÍPIOS

Nesta parte inicial, serão apresentados dados de ações que os municípios deveriam assumir conforme existência da demanda em seu território, a partir do Pacto, na área de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental em saúde, pois as ações básicas já deveriam ser executadas a partir da municipalização.

É importante salientar que esses dados inicialmente apresentados são referentes a uma pesquisa efetuada pela 5ª CRS com a finalidade de visualizar a atual situação dos municípios na área da vigilância em saúde. Na planilha, havia quatro possibilidades de resposta: “sim”, “não”, “não se aplica” e “2012” para quem assumir a ação até final de 2012, porém aqui não foram apresentadas as respostas “2012”, sendo consideradas como “não realiza”.

Esses dados não foram publicados, porém foram divulgados em reunião dos secretários municipais da região, contudo quando da solicitação das informações junto a 5ª CRS, foi referenciado a utilização no estudo. Considerou-se importante a apresentação dos dados por possibilitar uma visão geral das ações desenvolvidas nos municípios, possibilitando também a identificação de serviços que precisam ser implantados para atingir as metas do PAVS e do Pacto de Gestão.

O total de municípios pesquisados são 48, porém apenas 31 (64,5%) preencheram a planilha enviada pela 5ª CRS, quantitativo avaliado nas três tabelas apresentadas, optando-se em apresentar os dados em percentual.

As informações foram classificadas em três áreas: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental em saúde, enfatizando que não foi questionada a vigilância em saúde do trabalhador, restando esta lacuna sobre as ações desenvolvidas nesta área.

Tabela 01 – Ações desenvolvidas nos municípios em vigilância sanitária, 5ª CRS, RS, 2011

Ações	Realiza (%)	Não Realiza (%)	Não Se Aplica (%)
Plano de Ação de Vigilância Sanitária anual	100	0	0
Fiscais Sanitários concursados /nomeados	100	0	0
Ações Estruturantes	100	0	0
Ações Estratégicas:			
Indústria de Alimentos	38,70	61,30	0
Indústria de Cosméticos	6,41	64,56	29,03
Indústria de Saneantes	12,90	61,30	25,80
Indústria de Correlatos	3,22	61,30	35,48
Drogaria	61,29	38,71	0
Farmácia Manipulação	6,41	64,56	29,03
Distribuidora de Medicamentos	9,67	51,63	38,70
Atendimento de Urgência e Emergência	6,41	61,34	32,25
Centro Cirúrgico Ambulatorial	3,22	67,75	29,03
Hospital	12,90	58,07	29,03
Laboratório Clínico	16,12	58,08	25,80
Serviço de Diálise	3,22	45,17	51,61
Serviço de Quimioterapia	3,22	45,17	51,61
Ressonância Magnética	6,41	41,98	51,61
Serviço de Hemoterapia	3,22	48,40	48,38
Radiologia Médica = RX, Mamografia, Tomografia,			
Densitometria	16,12	51,63	32,25
Radiologia Odontológica	58,06	29,04	12,90
Aprovação de Projeto Arquitetônico	19,35	64,53	16,12

Fonte: 5ª Coordenadoria Regional de Saúde

Na vigilância sanitária as ações estratégicas que apresentam maior índice de descentralização são as drogarias e a radiologia odontológica, provavelmente por não ser exigido profissional de nível superior, podendo ser executado por profissional de nível médio desde que devidamente capacitado. Enquanto as demais ações exigem profissionais de nível superior em áreas específicas, conforme Resolução da CIB/RS nº 250/2007.

Ao responder que “não se aplica”, os municípios estão apontando que a atividade a ser licenciada e fiscalizada não existe no município.

Na tabela 2 estão sendo apresentadas ações de vigilância epidemiológica que estão sendo realizadas, voltadas também para os sistemas de informações, partindo do raciocínio de que se estão sendo alimentados foram desenvolvidas as atividades vinculadas.

**Tabela 2 – Ações desenvolvidas pelos municípios em vigilância epidemiológica, 5ª CRS, RS, 2011**

Ações	Realiza (%)	Não Realiza (%)	Não Se Aplica (%)
Encerram casos de Doenças de Notificação			
Compulsória	93,54	6,46	0,00
Digitam no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN	100,00	0,00	0,00
Digitam o Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API	96,77	3,23	0,00
Tem instalado o Sistema de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos – EDI	35,48	51,62	12,90
Encerram Doenças Transmitidas por Alimentos – DTAs	64,51	26,22	9,27
Digitam o Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC	45,16	54,84	0,00
Codificam e digitam o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM	29,03	64,56	6,41

Fonte: 5ª Coordenadoria Regional de Saúde

Enquanto que na tabela três podem-se visualizar as ações de vigilância em saúde ambiental, única área da vigilância em saúde que não exige profissionais de nível superior para executá-las, mas que por ter programas recentemente instituídos ainda não são realizados na maior parte dos municípios.

Tabela 3 – Ações desenvolvidas nos municípios em vigilância ambiental em saúde, 5ª CRS, RS, 2011

Ações	Realiza (%)	Não Realiza (%)	Não Se Aplica (%)
Controle de Simulídeos	74,19	19,40	6,41
Controle Doença de Chagas	87,09	9,69	3,22
Controle da Dengue	90,32	9,68	0,00
Controle e Profilaxia da Raiva	77,41	19,37	3,22
Controle Pop. Cães e Gatos	29,03	64,56	6,41
Controle do Ar	3,22	83,88	12,90
Controle do Solo	19,35	74,24	6,41
Controle de Cargas Perigosas	0,00	87,10	12,90
Desastres Ambientais Relacionados c/ Saúde Pública	19,35	71,38	9,27

Fonte: 5ª Coordenadoria Regional de Saúde

O programa que possui maior índice de execução é o de controle da dengue, provavelmente devido ao enfoque que o Ministério da Saúde tem dado, porém ainda existem municípios que não o executam.

Fica visível também que o controle de cargas perigosas não é executado por nenhum município bem como o controle do ar, do solo e os desastres ambientais relacionados com a saúde pública que tem baixa adesão.

A Portaria MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 estabelece a seguinte responsabilidade para os municípios na área da vigilância em saúde:

Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006, p. 05).

Enquanto que a Portaria MS nº 3.252/2009 barca um elenco maior de atribuições (anexo B), que abrange a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, [...] (BRASIL, 2009, p. 11).

## 6.2 ESTRUTURA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

A referente pesquisa procurou apresentar a estrutura que os municípios possuem para desenvolver as ações de vigilância em saúde, abordando aspectos de recursos humanos, equipamentos e meio de transporte, bem como do ambiente físico e financiamento, abrindo um espaço também para a manifestação dos pesquisados quanto aos desafios que ainda precisam ser vencidos na área.

O número de municípios pesquisados foi de 48, porém apenas 25 (52%) retornaram os questionários, mesmo após vários contatos, divulgação em reuniões e reenvio a setores específicos através de e-mail, sendo a principal dificuldade encontrada do trabalho. Não sendo diferente do levantamento realizado pela 5ª CRS, que atingiu 64,5% dos municípios, o enfatiza o problema enfrentado durante a pesquisa.

No mesmo contato pelo qual foi enviado o questionário de pesquisa também solicitou-se o Plano Municipal de Saúde, já que os mesmos não estão publicados nos sites das prefeituras, porém não houve retorno algum. Foi feito contato com alguns Conselhos Municipais e Saúde, a maioria não possui cópia do referente documento, sendo manifestado que é apenas apresentado para aprovação.

Percebe-se aqui um problema, pois como será feita a fiscalização e acompanhamento das ações previstas no Plano Municipal de Saúde se os conselheiros não possuem cópia? É competência do Conselho Municipal de Saúde, conforme Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, estabelecer estratégias para acompanhamento da gestão do SUS, fiscalizar e acompanhar as ações e serviços de saúde que estão sendo realizados, bem como a revisão periódica do Plano (BRASIL, 2003).

A primeira questão a ser pesquisada foi se havia a previsão das ações de vigilância em saúde no Plano Municipal de saúde, sendo que 96% responderam que sim, e 4% não respondeu à pergunta. Aspecto bastante positivo já que todas as ações desenvolvidas na Secretaria Municipal de Saúde devem estar previstas no plano.

A vigilância em saúde tem como característica a realização de ações voltadas para controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população de um determinado território, devendo haver uma observação contínua e coleta sistemática de dados sobre doenças (BRASIL, 2011).

A vigilância possui elementos essenciais que as difere de outras práticas da saúde pública, como:

[...] (1) o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o que a diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) o foco dirigido para determinados resultados específicos, procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas; (3) a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco; e (4) o sentido utilitário, pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma (BRASIL, 2011, p. 13).

É com estes conceitos que a análise dos resultados apresentados deve estar embasado, avaliando a estrutura da vigilância em saúde dos municípios pesquisados conforme a legislação vigente, as orientações do MS e a bibliografia existente na área.

### 7.2.1 Gestão de pessoas

A seguir serão apresentados dados que descreve a disponibilidade de recursos humanos na área, a escolaridade, formação, capacitação e vínculo dos profissionais da equipe.

**Tabela 04 – Número de profissionais na Vigilância em Saúde, 5ª CRS, RS, 2012**

Número de profissionais	Mínimo	Máximo
Vigilância Epidemiológica	1	9
Vigilância Sanitária	1	17
Vigilância em Saúde Ambiental	0	6
Vigilância em Saúde do Trabalhador	0	9

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

A vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador ainda são áreas deficientes e que estão sendo assumidas por profissionais de outras vigilâncias, conforme ficou demonstrado na pesquisa onde aponta que em 60% dos municípios o mesmo servidor é responsável por mais de uma vigilância.

Na maioria dos municípios que manifestaram o compartilhamento de mais de uma vigilância para o mesmo servidor apontaram que o profissional que responde pela vigilância sanitária também realiza as ações da vigilância em saúde ambiental, e a vigilância epidemiológica também se responsabiliza pela vigilância em saúde do trabalhador.

Nacionalmente, o Sinvisa aparenta estar organizado com amparo legal e estrutura para desenvolver suas ações, porém nos estados e municípios a vigilância em saúde ambiental vem sendo desenvolvido nas mais diversas formas, inclusive incorporada por outras vigilâncias, conforme afirma Barcellos e Quitério (2006, p. 175):

Entre as dificuldades encontradas para sua efetivação estão a necessidade de reestruturação das ações de vigilância nas secretarias estaduais e municipais de saúde e de formação de equipes multidisciplinares, com capacidade de diálogo com outros setores. Além dessas, cita-se a construção de sistemas de informação capazes de auxiliar a análise de situações de saúde e a tomada de decisões. Por se tratar de uma área de interface entre diferentes disciplinas e setores, o papel do SUS no controle ambiental tem sido sobre uma das discussões em curso.

Segundo a lógica de descentralização, a execução dos programas é de corresponsabilidade do município ou, dentro desses o distrito sanitário, o que impõe a necessidade de se estabelecer canais de diálogo entre as diferentes esferas de governo.

No entanto esse sistema vem adquirindo diferentes configurações institucionais em cada um desses níveis de governo. Nas secretarias estaduais e municipais de saúde, a vigilância ambiental em saúde tem sido organizada, ora dentro dos departamentos de epidemiologia, ora em departamentos de vigilância sanitária, ora como departamentos autônomos.

É importante ressaltar a necessidade que as inspeções da vigilância sanitária sejam realizadas em dupla para segurança dos profissionais e para evitar arbitrariedades, como é preconizado em alguns estados (RIO GRANDE DO NORTE, 2007).

Quanto aos recursos humanos, o CEVS tem como orientação a constituição de equipes mínimas conforme o número de habitantes do município: até 10.000 hab. 02 profissionais de nível médio treinados, com supervisão de 01 profissional de nível superior; de 10.001 a 30.000 hab. 02 a 04 profissionais de nível médio treinados e 01 profissional de nível superior; 30.001 a 100.000 hab. 04 a 12 profissionais de nível médio treinados e 02 profissionais de nível superior e acima de 100.001 hab. equipe mínima para cada 30.000 hab. (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Porém ainda é preciso analisar as exigências de equipe de cada vigilância. Para as ações de campo da vigilância em saúde ambiental, é necessário um agente de campo para cada 800 a 1000 imóveis, enquanto que para a vigilância em saúde do trabalhador deve haver pelo menos um profissional habilitado e/ou capacitado de nível médio ou superior por núcleo municipal (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Para a vigilância sanitária, a ANVISA aponta como essencial a realização de inspeções em dupla, além disso, para o desenvolvimento de ações estratégicas (tabela 01) deve-se seguir o que determina a Resolução 250/2207 – CIB/RS, no quadro abaixo:

Quadro 4 – Formação de servidores para realização de ações estratégicas

<b>FORMAÇÃO DE SERVIDORES PARA A REALIZAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PREVISTAS NO ANEXO V</b>		
<b>Área</b>	<b>Estabelecimento objeto de ações de VISA<sup>1</sup></b>	<b>Formação<sup>2 e 3</sup></b>
Alimentos	Industrialização de Alimentos, Industrialização de Embalagens de Alimentos e Análise de Processos de Registro de Alimentos	Veterinário, Engenheiro de Alimentos, Nutricionista ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
Cosméticos	Industrialização e Reembalagem de Cosméticos com grau de risco II	Químico, Engenheiro Químico, Farmacêutico ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
Medicamentos	Farmácia (Manipulação de Medicamentos), Distribuidoras de medicamentos e de insumos farmacêuticos, Importadoras e exportadoras de medicamentos e Insumos farmacêuticos, Fracionamento e Industrialização de Insumos Farmacêuticos, e Fracionamento e Industrialização de Medicamentos	Farmacêutico
	Drogarias	Farmacêutico, Técnico de Nível médio ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitados
Saneantes	Industrialização e Reembalagem de Saneantes com grau de risco II	Químico, Engenheiro Químico, Farmacêutico ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
Serviços de Saúde	Atendimento Imediato de Urgência e Emergência de Alta Complexidade, Ressonância Magnética, Serviço de Terapia Antineoplásica, Serviço de Terapia Renal Substitutiva	Médico, Enfermeiro ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
	Laboratórios Clínicos	Farmacêutico e Biomédico
	Serviço de Nutrição Parenteral	Farmacêutico, Médico ou Enfermeiro
	Serviço de Nutrição Enteral, Unidade de Alimentação e Nutrição, e Lactário	Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Engenheiro de Alimentos ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
	Hospitais e Serviços de Saúde com Internação superior a 24 horas, bem como todas as suas unidades de apoio	Médico, Enfermeiro ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
	Serviço de Esterilização e/ou reprocessamento de materiais e artigos por óxido de etileno (ETO), plasma e outras tecnologias específicas, Oxigenoterapia Hiperbárica e Banco de Leite Humano	Médico, Enfermeiro, Farmacêutico ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
	Hemocentro Coordenador, Hemocentro Regional, Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e Transfusão, Agência Transfusional, Central de Triagem Laboratorial de Doadores e Bancos de células e/ou outros tecidos	Médico, Enfermeiro ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
	Radiodiagnóstico Médico (serviços com emissão de radiação ionizante), e Laboratórios de Radioimunoensaio	Físico, Engenheiro ou outro Profissional de Nível Superior devidamente capacitado
Produtores para Saúde (Correlatos)	Industrialização, distribuição, importação, e exportação de Correlatos (grupos 1, 2, 3 e 4)	Profissional de Nível Superior devidamente capacitado

Fonte: Resolução da CIB/RS n° 250/2007 (2007, p. 08)

As ações estratégicas em vigilância sanitária são aquelas “consideradas de relevância, requerendo especial atenção do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul pela sua especificidade, grau de risco, demanda por recursos humanos, assim como pelo universo de estabelecimentos envolvidos” (RIO GRANDE DO SUL, 2007, p. 08).

A deficiência de recursos humanos do SUS é um dos principais problemas em todas as áreas. Porém, por ser um serviço relativamente novo para os municípios, torna-se ainda mais

evidente, principalmente quanto aos profissionais de nível superior e em municípios pequenos, onde o mesmo profissional responde por várias áreas.

A tabela 5 traz a escolaridade dos membros da equipe de vigilância em saúde.

**Tabela 5 – Percentual de profissionais, por escolaridade presente nas equipes municipais, 5ª CRS, RS, 2012**

Escolaridade	%
Ensino Fundamental	21
Ensino Médio	71
Ensino Técnico	33
Ensino Superior	100

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Atualmente 100% dos municípios possuem na equipe servidor de nível superior, o que se deve a exigência da vigilância em saúde ser coordenada por esse tipo de profissional. Também estão presentes os servidores de nível fundamental, provavelmente no cargo de agentes de endemias que realizam ações no Programa de Controle da Dengue.

Quanto aos profissionais de nível superior, a área de formação é a seguinte:

**Tabela 6 – Percentual de profissionais de nível superior presente nas equipes municipais, 5ª CRS, RS, 2012**

Formação	%
Biologo	13
Enfermeiro	91
Farmacêutico	9
Médico	13
Médico Veterinário	5
Nutricionista	22
Odontólogo	4
Outros (administração, direito, saúde pública)	43
Psicólogo	4

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Dentre os profissionais de nível superior a formação mais frequente é a de Enfermeiro, por estar mais ligado a área de imunizações, notificação de doenças entre outras que estão ligadas à profissão. Mas surpreende também a presença de médicos, odontólogos, biólogos, nutricionistas, farmacêuticos, médicos veterinários e psicólogos na equipe, o que vem a qualificar e enriquecer o trabalho desenvolvido.

**Tabela 7 – Percentual da equipe capacitada para exercer suas funções, 5ª CRS, RS 2012**

Equipe capacitada	%
Sim	68
Não	0
Parcialmente	24
Não respondeu	8

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

A capacitação da equipe é um fator muito importante nos serviços de saúde, porém nas vigilâncias se faz ainda mais, já que não existe uma formação específica para esta área, ainda mais no que diz respeito à vigilância sanitária e em saúde ambiental. A pesquisa apontou que mais da metade dos profissionais foram capacitados, porém ainda 24% das equipes carecem de capacitação para exercerem suas atividades.

Outro fator importante na área de recursos humanos é a capacitação, aperfeiçoamento e educação permanente. A Lei nº 8.080/90 definiu em seu artigo 27 que:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990, p. 13).

Porém inicialmente é necessário que o gestor entenda a importância do aperfeiçoamento constante dos trabalhadores, com isso o serviço será mais qualificado bem como o atendimento à população melhorado. Da mesma forma que o profissional também precisa estar consciente que seus conhecimentos necessitam de reciclagem, pois hoje no SUS, não se admitindo mais profissionais limitados a sua área, mas que conheçam o todo.

Nesse sentido, o CONASS (2011) aponta como imprescindível o planejamento na área de recursos humanos incluindo essa temática nos órgãos federais, estaduais e municipais e

trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas. Além disso, o planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias. Atenção especial deve ser dada às mudanças dos modelos assistenciais e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

**Tabela 8 – Percentual de profissionais por vínculo presente nas equipes municipais, 5ª CRS, RS, 2012**

Vínculo	%
Estatutário	100
Celetista	0
Contratado	23
Estagiário	18
Cargo em Comissão	32

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Todos os municípios possuem profissionais concursados com garantia de estabilidade, porém ainda há uma grande quantidade com vínculos temporários, o que vem a dificultar a continuidade das ações e até mesmo a sua capacitação, já que atualmente a maioria dos cursos ministrados pelo CEVS e pelo MS exige a condição do servidor concursado.

Como bem contextualiza o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011), ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm usando formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, como: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) etc. (BRASIL, 2011).

Nogueira (2006) enfatiza que o processo de reorganização da estrutura de cargos e funções, e principalmente das carreiras, deverá ser retomado gradualmente e o concurso

público restabelecido como via usual de ingresso dos novos trabalhadores em toda a administração pública do SUS.

O Plano de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS do SUS é um importante instrumento para estruturação da gestão do trabalho, mas que mesmo sendo apoiado pelos trabalhadores não vem sendo expandido nos municípios (BRASIL, 2011).

A falta de PCCS vem sendo apontado como um problema na área de gestão de pessoas, aliada à indefinição de uma política para o campo e à ausência de ações de planejamento e programação, causando uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2011).

Costa *et tal* (2010) são ainda mais enfáticos ao tratar do assunto, apontando os recursos humanos no SUS como sujeitos sociais importantes para que o Estado, apoiado na Constituição Federal de 1988, garanta a saúde como direito à população brasileira. Assim, o PCCS é uma ferramenta administrativa que deve ser elaborado para atender aos objetivos da organização mantendo o nível de satisfação dos servidores, com uma política que permita seu desenvolvimento para, então, ter produtividade, eficiência e objetividade dos serviços prestados à comunidade.

Espera-se que o PCCS-SUS seja um instrumento para a valorização dos profissionais, pois a forma de contratação será somente por concurso, cujo resultado será: a existência de vínculos, o desenvolvimento na carreira do trabalhador será através da promoção e progressão, será permitida a concessão de gratificações ou adicionais no interesse da administração ao trabalhador pelo exercício em condições especiais como: dedicação exclusiva ao SUS, atuação na atenção básica, posto de trabalho de difícil provimento ou localização em área longínqua ou de difícil acesso, atividade de alto risco e exercício profissional em urgência ou emergência (COSTA, 2010).

### **6.2.2 Estrutura física, equipamentos e transporte**

Para desenvolver as ações de vigilância em saúde, como nas demais áreas, é de suma importância ter uma estrutura de apoio adequada, fornecendo assim aos servidores condições de trabalho.

**Tabela 09 – Percentual de municípios com área física adequada ao número de servidores e de fácil acesso a população, 5ª CRS, RS, 2012**

Área física adequada	%
Sim	80
Não	12
Não respondeu	8

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

A grande maioria dos municípios apresenta espaço físico adequado, tanto para o trabalho dos servidores bem como de fácil acesso à população. Quanto aos 12% que responderam não haver este requisito, também afirmaram que a área física não é suficiente para os trabalhadores que ali exercem suas funções, não havendo problemas quanto ao acesso.

Quanto aos recursos físicos, apenas 23 municípios responderam, cálculo feito sobre esta totalidade.

**Tabela 10 – Percentual de municípios com presença de recursos físicos disponíveis para o serviço de vigilância em saúde, 5ª CRS, RS, 2012**

Recursos físicos	%
Aparelho de fax	87
Caixa térmica	96
Câmara fria para imunobiológicos	83
Clorímetro	96
Computador com acesso a internet	100
GPS	100
Impressora	100
Linha telefônica	100
Refrigerador	78
Telefone celular	48
Termômetro	100

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Quanto aos recursos físicos, todos os municípios possuem computador com acesso à internet, impressora, linha telefônica, termômetro e GPS, porém alguns ainda não possuem equipamentos básicos, como caixa térmica essencial para o transporte de imunobiológicos e

amostras de água para análise, assim como o clorímetro, com o qual se realiza testagem de concentração de cloro na água, sendo esta obrigatória pela Portaria nº 518/2004 recentemente substituída pela Portaria nº 2.914/2001.

Assim como os recursos físicos, o transporte da equipe para realizar trabalhos *in loco* se torna primordial, por isso buscou-se a informação sobre a existência de veículo exclusivo para a área.

**Tabela 11 – Percentual de municípios com veículo de uso exclusivo para vigilância em saúde, 5ª CRS, RS, 2012**

Veículo de uso exclusivo	%
Sim	52
Não	48

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Apenas pouco mais da metade dos municípios pesquisados possuem veículo disponível exclusivamente para uso da equipe, os outros 48% têm a sua disposição um transporte compartilhado com outras funções, conforme mostra a tabela a seguir:

**Tabela 12 – Disponibilidade de veículo no caso de não haver veículo exclusivo, 5ª CRS, RS, 2012**

Disponibilidade	%
01 vez por semana	8,33
02 vezes por semana	0
03 vezes por semana	0
Quando necessário	58,34
Insuficiente	33,33

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Pode-se verificar na tabela 12 que algumas equipes não possuem disponibilidade de transporte suficiente para realizar as suas tarefas o que vem a dificultar o bom andamento do serviço de saúde. É importante ressaltar também que analisando o município que possui a maior equipe, conta com apenas um veículo disponível, se tornando insuficiente.

Quanto à estrutura física, equipamentos e transporte necessário para o desenvolvimento das ações da vigilância em saúde, não foram encontradas referências bibliográficas que permitissem a comparação entre os achados deste trabalho.

### 6.2.3 Financiamento

Atualmente os municípios recebem quadrimestralmente recursos do Fundo Nacional de Saúde para custear as ações de vigilância em saúde, os quais devem ser aplicados exclusivamente para esta finalidade, o que não acontece em todos os municípios, conforme demonstra a tabela 13.

**Tabela 13 – Percentual de municípios que aplicam o Recurso Federal da Vigilância em Saúde na área, 5ª CRS, RS, 2012**

Recursos gastos exclusivamente	%
Sim	80
Não	12
Não respondeu	8

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

É importante também analisar se esses recursos são suficientes para suprir as despesas necessárias no desenvolvimento do serviço de vigilância em saúde.

**Tabela 14 – Percentual de municípios que consideram os recursos federais suficientes para financiar as ações da vigilância em Saúde, 5ª CRS, RS, 2012**

Recursos federais suficientes	%
Sim	56
Não	36
Não respondeu	8

Fonte: Pesquisa sobre a estrutura da vigilância em saúde

Para pouco mais da metade dos municípios os recursos federais custeiam o serviço, porém para alguns há deficiência no financiamento. No entanto, dois dos municípios que responderam que o recurso não é de uso exclusivo para financiamento de ações na vigilância em saúde acusaram também a insuficiência do mesmo.

Os recursos do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde-PFVPS repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde têm a finalidade específica de financiar ações de vigilância e promoção da saúde, podendo ser utilizados tanto

para custeio como para capital, observados os impedimentos e adequações às legislações federal, estadual e municipal (anexo c). É recomendável que cada Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde estabeleça um plano de aplicação para os recursos do PFVPS, compatível com o Plano Estadual/Municipal de Saúde e a PAVS. Os investimentos devem contemplar as diversas possibilidades de utilização (BRASIL, 2011).

É vedada a aplicação dos recursos do PFVPS para desenvolver ações/atividades de assistência médica, mesmo se voltadas para a atenção básica, uma vez que os recursos destinados a assistência médica para pagamento de médicos/enfermeiros para atendimento a pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, AIDS (embora esses agravos estejam contemplados na PAVS) são os provenientes do Tesouro Nacional e transferências governamentais, como o Piso de Atenção Básica-PAB, entre outros (BRASIL, 2011).

### 6.3 DESAFIOS NA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

Na pesquisa, foi aberto espaço para que os municípios apontassem quais os principais desafios na gestão da vigilância em saúde nos municípios, várias foram as demandas apontadas.

Quanto à gestão de pessoas, ocorreram as seguintes considerações:

- a) conscientizar os atores a cerca da importância da vigilância em rede e a importância de constante capacitação;
- b) ter equipes dos ESFs com vínculo estatutário para que a descentralização possa acontecer;
- c) promover cursos de especialização voltados especificamente à vigilância em saúde;
- d) oferecer suporte técnico e capacidade interna de organização para formular boletins epidemiológicos com estatísticas da vigilância em saúde no ano e uso da ferramenta Tab Win;
- e) ser imputada a execução de múltiplas tarefas aos membros que respondem pela vigilância que não estão vinculadas as sua atribuições;
- f) integrar os profissionais que respondem pela vigilância;
- g) articular as vigilâncias com os demais profissionais que atendem na atenção básica;
- h) sanar as dificuldades para deslocamento e capacitação de pessoal, bem como a falta de profissionais para trabalhar na vigilância sanitária;

i) agregar agentes comunitários de saúde na vigilância, para que haja um profissional que faça um vínculo entre a situação da população em suas residências e os profissionais de saúde na Unidade Básica;

j) ampliar o comprometimento por parte de alguns servidores;

l) adequar-se ao pacto de gestão, principalmente no que diz respeito a equipe necessária para desenvolver as ações assumidas no termo de compromisso.

No que diz respeito à estrutura física e financiamento surgiram como dificuldades a necessidade de:

a) solucionar a ausência de espaço físico e recursos financeiros;

b) buscar soluções para a insuficiência de veículos e estrutura inadequada para determinados serviços;

Além dos problemas que estão relacionados com a pesquisa, foram elencados os seguintes desafios na gestão da vigilância em saúde:

a) ampliar o Programa de Imunobiológicos (ex.: varicela) conforme as especificidades de cada região, onde deveria ser permitida a compra de vacinas conforme dados regionais pelo estado/município;

b) transpor a barreira dos LACENs regionais, para que os exames laboratoriais sejam de boa qualidade, em quantitativo suficiente e com resultado em curto espaço de tempo;

c) permitir o acesso da vigilância em saúde às informações antes da mídia;

d) regionalizar e hierarquizar os serviços de maior complexidade;

e) realizar a supervisão nos municípios, por parte da 5ª CRS;

f) aperfeiçoar constantemente a intersetorialidade, a descentralização e integralidade dos serviços;

g) abarcar as doenças e agravos não transmissíveis;

h) organizar e montar protocolos;

i) manter vigilância constante nos estabelecimentos sob fiscalização da VISA;

j) combater o comércio de alimentos sem inspeção (clandestinos);

l) orientar e fiscalizar os aspectos ambientais inerentes a competência da vigilância em saúde ambiental;

m) eliminar a inexistência de atividades relacionadas à saúde do trabalhador;

n) contribuir para atuações mais efetivas vinculadas à promoção da saúde;

o) diminuir o encontro ou desencontro entre a política e a saúde pública;

- p) promover a conscientização da população e mudanças de hábitos da mesma e da importância das ações de vigilância realizadas nos municípios;
- q) conscientizar a administração municipal sobre a importância da vigilância em Saúde e fazer os investimentos necessários para a mesma;

É possível perceber o grande desafio que os municípios ainda possuem na gestão da vigilância em saúde, além dos assuntos abordados na pesquisa, o tema tem amplo campo de pesquisa e muitas ações a serem implantadas e implementadas por parte dos municípios.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo descrever a estrutura que os municípios da 5ª CRS possuem para desenvolverem ações de vigilância em saúde. Além disso, o trabalho procurou demonstrar os desafios da gestão da vigilância em saúde a partir da descentralização.

Uma das principais dificuldades no andamento da pesquisa foi a demora no retorno dos questionários bem como a resistência dos gestores em participar da pesquisa, sendo necessários vários reenvios e contatos para atingir somente 52% dos municípios, comprometendo os resultados e a conclusão do trabalho. O tempo disponível para elaboração do trabalho de conclusão do curso foi insuficiente, limitando um maior aprofundamento sobre o assunto.

É importante ressaltar que, devido à escassez do tempo, não foi possível explorar todos os dados fornecidos pelo questionário, pois ainda seria possível fazer o cruzamento de dados, por exemplo, do número de membros da equipe com a disponibilidade de veículo e número de equipamentos. Uma falha na pesquisa foi a não solicitação do número de habitantes do município pesquisado para que se verificasse a adequação quanto à equipe mínima exigida pelo Estado do Rio grande do Sul.

Outro problema enfatizado no trabalho foi o não recebimento do Plano Municipal de Saúde, o que impossibilitou a verificação das ações planejadas pelos municípios. Além disso, identificou-se o não fornecimento do documento aos Conselhos Municipais de Saúde, dificultando o acompanhamento e fiscalização das ações.

A pesquisa apontou como principais problemas a falta de recursos humanos, principalmente na vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador. Quanto ao vínculo de trabalho, alguns municípios possuem membros da equipe que não são efetivos, o que gera uma maior rotatividade de profissionais.

Sugere-se como alternativa para o problema da gestão de pessoas a implantação do PCCS, pois o servidor seria estipulado a se qualificar, seria estimulada a contratação de trabalhadores através de concurso público. Quanto à composição da equipe é necessário que cada município avalie o seu caso, identificando a necessidade de reestruturação das mesmas.

Quanto a estrutura físicas, equipamentos e transporte, foram identificados algumas deficiências como área física inadequada para a quantidade de trabalhadores. A quantidade de veículos utilizados para o transporte da equipe também é apontado por alguns municípios

como insuficiente. A falta de alguns equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações, como o clorímetro utilizado para medir a contração de cloro na água, também foi identificada.

No que tange ao financiamento, a grande maioria dos pesquisados utiliza os recursos do PFVPS para custear despesas da vigilância em saúde, porém ainda tem municípios que não tem este hábito, podendo ter problemas com auditorias do Tribunal de Contas e do MS. Seria interessante para a pesquisa também verificar se os Relatórios de Gestão foram aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Diante dos problemas expostos, sugere-se a adequação do uso do PFVPS por parte daqueles municípios que ainda não o fazem. Ao realizar o plano de aplicação municipal dos recursos da vigilância em saúde é imprescindível que os trabalhadores da equipe sejam consultados sobre a sua aplicação, observando as reais necessidades. Com esta ação talvez se resolvesse as questões de falta de veículo, equipamentos e problemas de área física.

O tema proposto poderá ainda ser explorado analisando o processo de trabalho e os resultados alcançados pelo serviço com a estrutura existente, gerando uma melhor apreciação da adequação dos municípios no desenvolvimento de suas responsabilidades quanto a vigilância em saúde. Os desafios apontados pelos municípios também propiciam uma grande possibilidade de estudos futuros, já que com o passar do tempo a competência dos municípios quanto a gestão da vigilância em saúde tem aumentado.

O estudo realizado sobre a estrutura dos municípios para o desenvolvimento das ações na área da vigilância sanitária possibilitou apresentar o atual panorama desse serviço. O trabalho pode servir de embasamento para os gestores identificarem os problemas de gestão existentes e procurar saná-los. É importante ressaltar, a dificuldade que os municípios possuem para realizarem todos os serviços que passaram para sua competência com a descentralização, precisando adaptar as suas equipes, a estrutura física e recursos existentes e estar respeitando as legislações vigentes, tornando-se com certeza um desafio a ser vencido.

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam; QUITERIO, Luiz Antônio Dias. **Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 170-177.

BARRETO, Mauricio L. **Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas**. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2002, v. 5.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Publicado no D.O.U. de 20.9.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa Brasil de 05 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da Saúde: novos desafios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Publicado no D.O.U de 23.12.2009.

BRASIL. **PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Publicado no D.O.U de 23.02.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde – Parte 1.** Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde Parte II.** Brasília: CONASS, 2011.

COSTA, Adriana Cristina Oliva; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper; GARBIN, Cléa Adas Saliba. **Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública.** Disponível em: <[www.cro-pe.org.br/revista/v9n2/4.pdf](http://www.cro-pe.org.br/revista/v9n2/4.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2012.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Vigilância Sanitária.** Volume 8. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **O SUS e a vigilância em saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004.

FERRARO, Andréa Helena Argolo; COSTA, Ediná Alves e VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. **Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.10, pp. 2201-2217. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000011>>. Acesso em: 15. Jan. 2012.

GOMES, José Jairo. **SUS e Descentralização.** Disponível em:<<http://www.prmg.mpf.gov.br/producao/artigos/DrJJairo/SUS-Descentralizacao.PDF>>. Acesso em: 09. Jan.2012.

IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1)>. Acesso em: 14 dez. 2011

JÚNIOR, J. Cretella. **Comentários à Constituição – 1988.** v. VIII. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

LEAL, Cristian Oliveira Benevides Sanches e TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador - BA, Brasil.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.30, pp. 167-179. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300014>>. Acesso em: 10. Mar. 2012.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, suppl.2, pp. S33-S45. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600004>>. Acesso em 15. Jan. 2012.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS.** Rede Observa RH. Disponível em: <[www.observarh.org.br](http://www.observarh.org.br)>. Acesso em: 19 mar. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde: informações para os secretários municipais**. Porto Alegre: CEVS, 2005.

RIO GRANDE DO NORTE. **Guia para implantação da vigilância sanitária municipal: uma orientação aos gestores**. Natal: 2007.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 250/07 - CIB/RS**. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. Publicado no D.O.E. de 17/12/2007.

SEBRAE/RS. **Ambiente Empresarial das Micro e Pequenas Empresas Gaúchas**. Disponível em: <[www.sebrae-rs.com.br/Ambiente-Pesquisa.aspx](http://www.sebrae-rs.com.br/Ambiente-Pesquisa.aspx)>. Acesso em: 17 dez. 2011.

TREVISAN, Leonardo Nelmi and JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. **Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 893-902. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400011>>. Acesso em 26 mar. 2012.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Vigilância em Saúde Pública**. Disponível em: <[www.fug.edu.br/adm/site\\_professor/arq\\_download/arq\\_271](http://www.fug.edu.br/adm/site_professor/arq_download/arq_271.pdf)>.pdf. Acesso em: 26 dez. 2011.

**ANEXO A – PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) E VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2010/2011 DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) 2010/2011							
Município:			CRS:				
AÇÕES PRIORITÁRIAS da PAVS	Unidade	QUANTIFICAÇÃO DA AÇÃO (com unidade)2010	QUANTIFICAÇÃO DA AÇÃO (com unidade)2011	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DA AÇÃO			OBSERVAÇÕES
				MUNICÍPIO	CRS	NIVEL CENTRAL	
Vacinar idosos na faixa etária ≥ 60 anos na campanha anual contra a influenza.	nº absoluto	SI-API	SI-API				
Realizar inspeção sanitária em serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.	nº absoluto	Ver Planilha da VISA	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS				
Intensificar a investigação do óbito infantil e fetal.	%	Técnico da Vigilância da Mortalidade na CRS acessar link do SIM/MS	Técnico da Vigilância da Mortalidade na CRS acessar link do SIM/MS				
Realizar inspeção sanitária em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança.	nº absoluto	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS				
Intensificar a investigação do óbito de mulheres em idade fértil e materno.	%	Técnico da Vigilância da Mortalidade na CRS acessar link do SIM/MS	Técnico da Vigilância da Mortalidade na CRS acessar link do SIM/MS				
Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV	caso/100.000	Ver Dados AIDS no SINAN e TABNET/SES	Ver Dados AIDS no SINAN e TABNET/SES				
Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis.	caso/1000	Ver Dados sífilis congênita no SINAN e TABNET/SES	Ver Dados sífilis congênita no SINAN e TABNET/SES				
Realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados.	caso/1000nascidos vivos	Ver Dados sífilis em gestantes no SINAN e TABNET/SES	Ver Dados sífilis em gestantes no SINAN e TABNET/SES				
Realizar capacitação de pessoal - estados e municípios - no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CBVE-TV).	nº absoluto						Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES
Aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal.	%	Ver dados disponíveis no município (SISPRENATAL)	Ver dados disponíveis no município (SISPRENATAL)				
Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis.	%	Ver dados Programa DST-AIDS	Ver dados Programa DST-AIDS				

Realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA).	nº absoluto	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue				
Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas UBS.	nº absoluto	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue				
Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas unidades hospitalares.	nº absoluto	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue				
Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos.	nº absoluto	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue				
Notificar e investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos para identificação e correção dos seus fatores determinantes.	%	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue ou NSA	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue ou NSA				
Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população.	nº absoluto	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue	Ver dados disponíveis no município e CRS/Programa de dengue				
Monitorar municípios não infestados/Armadilhas.	nº absoluto	Ver Planilha do Programa da Dengue em "Dados para AJUSTE 2011 DA PAVS" no site SES "Pacto pela Saúde – PAVS"	Ver Planilha do Programa da Dengue em "Dados para AJUSTE 2011 DA PAVS" no site SES "Pacto pela Saúde – PAVS"				
Monitorar municípios não infestados/PE.	nº absoluto	Ver Planilha do Programa da Dengue em "Dados para AJUSTE 2011 DA PAVS" no site SES "Pacto pela Saúde – PAVS"	Ver Planilha do Programa da Dengue em "Dados para AJUSTE 2011 DA PAVS" no site SES "Pacto pela Saúde – PAVS"				
Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da avaliação.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase.	%	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				
Avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação.	%	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				
Realizar capacitação de pessoal – estados, para ações de controle da hanseníase (conteúdo mínimo diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades).	nº absoluto						<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES e SVS/MS</b>
Ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento).	%	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES em conjunto com o LACEN/FEPPS</b>
Encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no Sinan.	%	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				

Verificar a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos.	%	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				
Realizar busca de contatos de casos.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Expandir a rede de diagnóstico e tratamento da malária na região Amazônica, no âmbito da atenção básica.							
Realizar capacitação para microscopistas.							
Realizar avaliação de desempenho dos indicadores da rede sentinela.	nº absoluto	Ver dados no Sivep_gripe (somente para municípios com unidade sentinela de influenza)	Ver dados no Sivep_gripe (somente para municípios com unidade sentinela de influenza)				
Realizar inspeção sanitária em serviços de hemoterapia.	nº absoluto	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS				
Realizar inspeção sanitária em serviços de terapia renal substitutiva.	nº absoluto	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS				
Notificar os casos suspeitos de hepatites virais no SINAN.	%	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				
Monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Aumentar a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal e parto.	%	Ver dados Programa DST-AIDS	Ver dados Programa DST-AIDS				
Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/parturientes e em crianças expostas.	%	Ver dados Programa DST-AIDS	Ver dados Programa DST-AIDS				
Realizar ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de Promoção da Saúde.	nº absoluto	Ver dados em relatórios municipais e/ou regionais e/ou do CEVS	Ver dados em relatórios municipais e/ou regionais e/ou do CEVS				
Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos e serviços de alimentação.	nº absoluto	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS				
Instituir Programa de Monitoramento de Alimentos.	nº absoluto				X	X	Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES
Realizar atividades educativas sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população.	nº absoluto				X	X	Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES
Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de atividade física implantados nos estados e municípios.							Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento de instrumento específico.

Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de controle e prevenção ao tabagismo implantados nos estados e municípios.							<b>Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento de instrumento específico.</b>
Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos com ambientes livres do tabaco.	nº absoluto	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS	Ver Planilha da VISA/Dados nas CRS e SMS				
Ampliar a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	nº absoluto	Dados na CRS, SMS e SINAN	Dados na CRS, SMS e SINAN				
Ampliar a capacitação para aplicação de protocolos.					X	X	<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES</b>
Implantar a Rede de prevenção a violência e promoção da saúde nos municípios prioritários.	nº absoluto	Ver dados nos municípios prioritários e/ou CRS e/ou CEVS	Ver dados nos municípios prioritários e/ou CRS e/ou CEVS				
Elaborar a proposta de intervenção para a prevenção a violência e promoção da saúde.	nº absoluto	Ver dados nos municípios e/ou CRS e/ou CEVS	Ver dados nos municípios e/ou CRS e/ou CEVS				
Monitorar os projetos selecionados na rede nacional de promoção da saúde com componente de prevenção a violência implantados nos estados e municípios.							<b>Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento de instrumento específico.</b>
Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	nº absoluto	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				
Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.	nº absoluto	Ver Dados no TABNET/SES	Ver Dados no TABNET/SES				
Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no Sinan.	%	Relatórios SINAN_NET	Relatórios SINAN_NET				
Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	%	Municípios que usam sisnet no SAPSS do site SINAN_NET	Municípios que usam sisnet no SAPSS do site SINAN_NET				
Intensificar a coleta das declarações de óbitos_DO	%	SIM	SIM				
Garantir o envio de dados do SIM com regularidade.	nº absoluto	SIM	SIM				
Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no sistema de informação sobre mortalidade	%	SIM	SIM				
Garantir a cobertura da vacinação de rotina do calendário básico.	%	SI-API	SI-API				
Realizar capacitação de técnicos na metodologia desenvolvida para a implantação da VE das coberturas.	nº absoluto				X	X	<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES</b>

Implantar o sistema de informação nominal e por procedência sobre vacinação.							Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento do Sistema de Informação específico.
Alimentar de dados de cadastro no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	%	SISAGUA	SISAGUA				
Alimentar os dados de controle da qualidade da água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	%	SISAGUA	SISAGUA				
Adequar a rede de laboratório de saúde pública para análise da qualidade da água.							Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES em conjunto com o LACEN/FEPPS
Realizar capacitação dos serviços de VISA para a elaboração da programação e execução das ações.	nº absoluto					X	Responsabilidade da SES e ANVISA/MS
Realizar exames sorológicos para verificação da circulação da Yersinia pestis nos estados endêmicos para peste.							
Realizar busca ativa de casos suspeitos e epizootias de roedores.							
Realizar exames coproscópicos para controle da esquistossomose em áreas endêmicas.	nº absoluto	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS OU NSA	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS OU NSA				
Realizar tratamento dos portadores de Schistosoma mansoni diagnosticados.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS OU NSA	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS OU NSA				
Capacitar pessoal em malacologia nos estados.	nº absoluto					X	Responsabilidade da SES e SVS/MS
Realizar pesquisa malacológica em municípios com coleções hídricas de importância epidemiológica para esquistossomose.	nº absoluto	Programa da Esquistossomose ou NSA	Programa da Esquistossomose ou NSA				
Realizar tratamento coletivo de comunidades residentes em áreas endêmicas de Filariose.							
Realizar busca ativa de tracoma em escolares.	nº absoluto				X	X	Responsabilidade da SES
Realizar tratamento e controle dos casos e dos comunicantes.	%				X	X	Responsabilidade da SES
Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Visceral (LV).	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				

Realizar ações de controle químico e manejo ambiental nos municípios, conforme classificação epidemiológica.	%	Dados na CRS, SMS e Programa Estadual da Leishmaniose ou NSA	Dados na CRS, SMS e Programa Estadual da Leishmaniose ou NSA		X	X	
Realizar vigilância entomológica de flebotômios para LV e LTA, segundo classificação epidemiológica.	%	Dados na CRS, SMS e Programa Estadual da Leishmaniose ou NSA	Dados na CRS, SMS e Programa Estadual da Leishmaniose ou NSA				
Monitorar a circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	nº absoluto	Programa Estadual da Raiva	Programa Estadual da Raiva				
Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação Antirrábica.							
Realizar esquema profilático pós exposição de vacinação contra raiva em todas as pessoas que forem agredidas por morcego.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos, com envio de amostra de morcegos com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	nº absoluto	Programa Estadual da Raiva	Programa Estadual da Raiva				
Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme estratificação de risco.	nº absoluto	Programa Estadual da Doença de Chagas ou NSA	Programa Estadual da Doença de Chagas ou NSA				
Capacitar técnicos para o monitoramento e controle vetorial.	nº absoluto					X	<b>Responsabilidade da SES e SVS/MS. Responsabilidade municipal: Recurso humano a ser capacitado</b>
Realizar controle químico em unidades domiciliares positivas na investigação entomológica de triatomíneos.	%	Programa Estadual da Doença de Chagas ou NSA	Programa Estadual da Doença de Chagas ou NSA				
Capacitar clínicos para diagnóstico e tratamento oportuno da leptospirose.	nº absoluto					X	<b>Responsabilidade da SES e SVS/MS. Responsabilidade municipal: Identificar serviços e referências técnicas a serem capacitados</b>
Realizar tratamento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Realizar capacitações e treinamentos de profissionais para melhorar a qualidade das notificações.	nº absoluto					X	<b>Responsabilidade da SES e SVS/MS. Responsabilidade municipal: Identificar serviços e referências técnicas a serem capacitados</b>
Coletar amostra de fezes para diagnóstico laboratorial dos casos de rotavírus em unidades sentinela.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS (somente para municípios com unidade sentinela para rotavírus)	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS (somente para municípios com unidade sentinela para rotavírus)				

Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite.	%	SI-API	SI-API				
Realizar notificação de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos.	caso/100.000 menores de 15 anos	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA .	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Investigar casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 horas.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Manter cobertura vacinal para tríplice viral.	%	SI-API	SI-API				
Notificar e investigar casos humanos suspeitos de febre amarela.	%	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				
Notificar e investigar epizootias de primatas não humanos (PNH), equinos, aves e animais silvestres.	%	Programa Estadual da Febre Amarela ou NSA	Programa Estadual da Febre Amarela ou NSA				
Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoelctroforese e látex.	%	Ver Dados de Meningite no TABNET/SES	Ver Dados de Meningite no TABNET/SES				
Implantar o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/GAL nas unidades laboratoriais dos Estados que aderiram.							Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES em conjunto com o LACEN/FEPPS
Ampliar a rede CIEVS nos estados, capitais e municípios priorizados.	nº absoluto					X	Responsabilidade da SES e SMS da CAPITAL
Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado por contaminantes químicos.					X	X	Responsabilidade da SES
Identificar os municípios de risco para a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR.					X	X	Responsabilidade da SES
Instituir Comitê Estadual de Desastres, ou, em caso de Comitês já existentes, incluir o tema Saúde em Desastres.					X	X	Responsabilidade da SES
Elaborar Plano de Contingência para desastres.	nº absoluto				X	X	Responsabilidade da SES
Ampliar a vacinação para usuários em condições clínicas especiais.	nº absoluto				X	X	Responsabilidade da SES : 1 Plano de Reestruturação da Rede CRIE
Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos.	nº absoluto	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS	Ver dados disponíveis no SINAN NET do município e/ou CRS				

Realizar monitoramento de resíduo de agrotóxicos em alimentos.					X	X	Responsabilidade da SES e CIB
Intensificar a coleta das declarações de nascidos vivos.	%	SINASC	SINASC				
Promover a organização e implementação de Câmaras Técnicas de Vigilância em Saúde nas CIBs.						X	Responsabilidade da SES e CIB

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2010/2011								
AÇÕES PRIORITÁRIAS	AÇÕES ESPECÍFICAS	QUANTIDADE DE SERVIÇOS EXISTENTES NO MUNICÍPIO (unidade)	Nº de SERVIÇOS A SEREM INSPECIONADOS (nº absoluto)	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DA AÇÃO			Observações	
				MUNICÍPIO	CRS	NIVEL CENTRAL		
Realizar inspeção sanitária em serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.	Serviços de medicina nuclear					X		
	Serviços de Imagem (Ultrassonografias programar obrigatoriamente 100% dos CACONs)	Nº Cacon:						
		Nº outras ultrassonografias:			X			
	Serviços de Imagem (Mamografia)	Avaliação por Imagens analisadas:						
		Nº Serviços inspecionados:			X	X		
	Serviços de radioterapia						X	
	Serviços de quimioterapia				X	X		
Laboratórios clínicos e Laboratórios de anatomia patológica e citológica)				X	X			
Realizar inspeção sanitária em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança.	Hospital Geral todos ,inclusive com Unidades de internação pediátrica e obstétrica (com atenção especial às áreas de maior risco - CME, UTI, Bloco Cirúrgico)			X	X			
	Hospital infantil com e sem UTI Neonatal e Pediátrica			X	X			
	Hospital maternidade com e sem UTI Materna			X	X			
	Hospital de Pequeno Porte - HPP e/ou PADU credenciado para HPP			X	X			
Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população.	Capacitar fiscais sanitários na temática da dengue.			X	X	X		

<b>Realizar inspeção sanitária em serviços de hemoterapia.</b>	Hemocentro Coordenador			X	X	X	
	Hemocentro Regional			X	X		
	Núcleo de Hemoterapia			X	X		
	Unidade de Coleta e Transfusão			X	X		
	Unidade de Coleta			X	X		
	Centro de Triagem Laboratorial de Doadores			X	X		
	Agência Transfusional			X	X		
<b>Realizar inspeção sanitária em serviços de terapia renal substitutiva.</b>	Serviços de Terapia Renal Substitutiva – Diálise e Hemodiálise.			X	X		
<b>Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos e serviços de alimentação.</b>	Restaurantes e similares			X			
	Cozinha industrial			X	X		
	Serviços de alimentação em escolas			X			
	Serviços de alimentação em creches			X			
	Instituir Programa de Monitoramento de Alimentos.					527 amostras	
	Realizar atividades educativas sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população.					2 eventos/ano	
<b>Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de controle e prevenção ao tabagismo implantados nos estados e municípios.</b>	Inserir nas inspeções de rotina a verificação de ambientes livres do tabaco (LEI Nº 13.275, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2009)			X	X	X	
<b>Realizar monitoramento de resíduo de agrotóxicos em alimentos.</b>	Realizar coleta e análise de alimentos					100% das amostras pré determinadas	
	Inspeções em indústrias de correlatos e produtos de interesse à saúde				X	X	
	Inspeções em indústrias de medicamentos e insumos farmacêuticos				X	X	

	Inspecões em indústrias de cosméticos				X	X	
	Inspecões em indústrias de saneantes				X	X	
	Inspecões em indústrias de alimentos				X	X	

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul/CEVS

**ANEXO B – COMPETÊNCIA DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
CONFORME PORTARIA MS Nº 3.252/2009**

Art. 23. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

[...]

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação municipal das ações de Vigilância em Saúde;

V - participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

a) participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no Município;

c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde no Município, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;

e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;

f) definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;

- X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal;
- XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;
- XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, Estado e Município;
- XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- XV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão;
- XVI - vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
- XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:
- a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;
  - b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;
  - c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;
  - d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
  - e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;
  - f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;
- XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - promoção e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não-governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos definidos na CIB;

c) equipamentos de proteção individual - EPI – para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito municipal;

XXVI - coordenação e estruturação do componente municipal da Rede CIEVS, quando couber;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;

XXIX - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XXX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias

especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XXXI - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXXII - coordenação das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e pela Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, no âmbito municipal, quando couber;

XXXIII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde, no âmbito municipal;

XXXIV - participação, em caráter complementar às esferas federal e estadual, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde;

e

XXXV - colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 e do inciso XXIV do art. 22 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

## **ANEXO C – ORIENTAÇÕES DO MS QUANTO AS FORMAS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO PFVS**

Despesas de Custeio com:

- Recursos humanos
  - Contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de vigilância em saúde;
  - Gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área de Vigilância em saúde;
  - Capacitações específicas na área de Vigilância em Saúde;
  - Participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros onde sejam apresentados e discutidos temas relacionados à Vigilância em Saúde;
  - Diárias para deslocamento de servidores a atividades inerentes à vigilância em saúde, assim como para participação em eventos ligados à área.
- Serviço de terceiros
  - Pagamento de provedor de internet para viabilizar envio de bancos de dados à SES, pesquisa e troca de informações técnicas;
  - Aluguel de fotocopiadoras;
  - Confecção e reprodução de material educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica);
  - Manutenção de veículos e de equipamentos;
  - Pagamento de estadia e locais para a realização de capacitações e eventos.
- Material de consumo
  - Óleo vegetal para uso em equipamentos de aspersão de inseticidas para controle de vetores (competência do Estado);
  - Combustível (óleo diesel, gasolina, álcool) para abastecer os veículos;
  - Isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório;
  - Seringas e agulhas para ações de imunizações de rotina (competência do Estado);
  - Compra de Equipamentos de Proteção Individual-EPI para atividades de controle de vetores (competências definidas na Portaria MS 3252/2009);
  - Reposição de peças para equipamentos de aspersão;

- Lâminas, lamínulas, estiletes e papel filtro.

Despesas de capital com:

- Equipamentos/material permanente
  - Veículos de transporte, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente para apoio à execução das ações de vigilância em saúde;
  - Equipamentos que se fizerem necessários para estruturar a vigilância epidemiológica municipal e/ou estadual, tais como: computadores, fax, linhas telefônicas, projetor de slides, retro projetor, televisão, vídeo, máquina para fotocópia etc.;
  - Aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área de Vigilância em Saúde;
  - Equipamentos para estruturar rede de frio para imunizações no município e/ou estado;
  - Equipamentos de aspersão de inseticidas;
  - Equipamentos para suporte laboratorial como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas. (BRASIL, 2011, p. 75-76)

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa de campo referente ao estudo intitulado “Os desafios da Gestão da Vigilância em Saúde a partir da descentralização”, desenvolvido por Solange Cassol, aluna do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pela Profa. Dra. Roberta Alvarenga Reis. Estou ciente que poderei buscar informações a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (54) 99399433 ou e-mail [solangecassol@gmail.com](mailto:solangecassol@gmail.com).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é apresentar a estrutura que os municípios da 5ª CRS possuem para realizar o serviço de Vigilância em Saúde.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora, sendo garantido o sigilo e anonimato dos participantes.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Responder ao Questionário

Solange Cassol  
Pesquisadora

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

### Estudo sobre a estrutura em Vigilância em Saúde na 5ª CRS

Esta pesquisa se refere a estrutura existente nos municípios para desenvolver as ações na área da vigilância em saúde (composta pela vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental em saúde e da saúde do trabalhador).

---

1. As ações da vigilância em saúde estão previstas no Plano Municipal de Saúde?

- Sim  
 Não

2. Qual a escolaridade dos servidores que compõe a equipe:

- Ensino fundamental  
 Ensino médio  
 Ensino técnico  
 Ensino superior

3. Quanto aos profissionais de ensino superior, qual sua formação:

- Enfermeiro  
 Médico  
 Farmacêutico  
 Nutricionista  
 Psicólogo  
 Odontólogo  
 Biólogo  
 Médico veterinário  
 Outros:

4. Quantos profissionais compõem a vigilância sanitária?

5. Quantos profissionais formam a vigilância epidemiológica?

6. Quantos profissionais constituem a vigilância ambiental?

7. Quantos profissionais fazem parte da vigilância em saúde do trabalhador?

8. A mesma pessoa responde por mais de uma vigilância?

- Sim
- Não

9. Se sim, por quais?

10. A equipe foi capacitada para exercer suas funções?

- Sim
- Não
- Parcialmente

11. Qual o vínculo dos membros da equipe?

- Estatutário
- Celetista
- Contratado
- Estagiário
- Cargo em Comissão
- Outro:

12. Quanto ao deslocamento das equipes, o veículo é de uso exclusivo da vigilância em Saúde?

- Sim
- Não

13. Se sim, quantos veículos:

14. Se não, qual a disponibilidade:

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 vezes por semana
- Quando necessário

Insuficiente

15. Quais os recursos físicos que estão disponíveis para o serviço de vigilância em saúde:

- Computador com acesso a internet
- Impressora
- Linha telefônica
- Aparelho de fax
- Câmara fria para imunobiológicos
- Refrigerador
- Caixa térmica
- Termômetro
- Clorímetro
- GPS
- Telefone celular

16. Número de computadores com acesso à internet:

17. Número de impressoras:

18. Quanto à área física, é adequada ao número de servidores e de fácil acesso à população:

- Sim
- Não

19. Se não, por quê?

20. Quanto ao financiamento, os recursos recebidos do Ministério da Saúde para custear ações de vigilância em saúde são usados única e exclusivamente para tal fim?

- Sim
- Não

21. Os recursos federais da vigilância em saúde são suficientes?

- Sim
- Não

22. Quais os principais desafios na gestão da vigilância em saúde em seu município?

Local e data: