



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

ANÁLISE TEÓRICA FRENTE À PRÁTICA ADMINISTRATIVA DE QUATRO GESTORES E EX-GESTORES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Autoria: Simone Aquino, Marcia Cristina Zago Novaretti,
Walquiria Barcelos de Figueiredo

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo de sistema descentralizado de serviços de saúde, valorizando ações municipais, entretanto, é evidente que os municípios que passam por sérias dificuldades financeiras e limitações administrativas, têm repercussões que impedem ações eficientes em vigilância sanitária. Nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento da saúde e a melhor utilização dos escassos recursos, foram o foco na administração da saúde pública, baseado no princípio da eficiência. Algumas das alternativas apontavam para menor desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, mas sem sucesso, na prática. O objetivo do presente estudo é analisar a estrutura administrativa e o planejamento financeiro, através da análise documental de Leis e Portarias publicadas desde 1990 até 2013 e avaliar depoimentos de quatro diretores e ex-diretores administrativos de vigilância em saúde municipal. Nós demonstramos neste estudo que diferentes áreas da administração pública direta e indireta ainda estão desconexas e pouco se fez na estruturação das vigilâncias municipais, quanto às ações locais e nos repasses financeiros. Conclui-se que novas proposições político-administrativas são necessárias ao setor público, para promover a vigilância sanitária, com ações efetivas em saúde pública.

Palavras-chave: Descentralização, financeiro, vigilância sanitária, SUS, gestão

ABSTRACT

The Unified Health System (UHS) is a model of decentralization of health services, enhancing municipal actions; however, it is clear that those municipalities that are in dire financial difficulties and limitations administrative actions have repercussions that avoid efficient health surveillance. In recent years, discussions about increasing health funding and the improved use of limited resources were the focus in public health administration, based on the principle of efficiency. Some of the alternatives pointed in less waste and improving the quality of services offered, nevertheless it failed in practice. The aim of this study is to analyze the administrative structure and financial planning, through documentary study of Brazilian laws and decrees published from 1990 to 2013 and to evaluate testimony from four former directors and managing directors of municipal health surveillance. We demonstrated in this study that different areas of direct and indirect public administration are still disconnected and little has been done in the structuring of municipal surveillance, as well as local actions and the financial transfers. In conclusion, new political-administrative propositions are



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

necessary to the public sector, in order to promote health surveillance, with public health effective actions.

Keywords: Decentralization, financial, health surveillance, HUS, management



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep)

Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

1. INTRODUÇÃO

Com o intuito de contextualizar a atual situação administrativa e de repasse financeiro, com foco em projetos e nas ações em vigilância sanitária (VISA) em nível municipal no Brasil, é imprescindível compreender o histórico da formação estrutural e o modelo administrativo adotado no passado o sistema de vigilância em saúde. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, as ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária eram conduzidas, de modo descoordenado e desintegrado, pelo Ministério da Saúde (MS) e apenas os Estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do MS, criados em 1975 e 1976, respectivamente (Conass, 2011).

Vale ressaltar que na década de 70, as ações de vigilância ambiental eram praticamente inexistentes no âmbito do sistema público de saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) trabalhavam com repasses financeiros do MS (via convênios) para atuarem em VISA. Esse modelo administrativo e financeiro (de centralização) repercutia na capacidade fiscalizadora e o modelo de vigilância sanitária (VISA) se tornou burocrático e cartorial (De Seta et al., 2006; Lucchese et al., 2006).

Com a publicação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser considerada como um direito social e de cidadania extensivo a toda população. Dentre as áreas de interesse do Estado brasileiro, definidas em sua Constituição, temos o direito à saúde como um direito social. Pela carta magna a saúde é um direito de todos e dever do Estado; a Carta indica que a saúde ultrapassa o entendimento comum de simples ausência de doença, impondo ao Estado o dever de por meio de políticas sociais e econômicas não apenas a redução do risco de doenças, mas também a recuperação, proteção e promoção de saúde. Desta maneira, o legislador trata saúde como algo de definição complexa, infraconstitucionalmente definida na lei 8.080/90, que define mais detalhadamente o que seria esta “saúde”, que implica um direito ao bem-estar ecobiopsicossocial do indivíduo (Silva & Waissmann, 2005). O artigo nº 200 da Constituição Federal estabeleceu a competência do SUS para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, além de fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano (Imprensa Oficial, 2013).

Na década de 90, surgiram as Normas Gerais de Vigilância Sanitária, descritas na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, determinando: “O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionar com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos da produção ao consumo e o consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”. Além disso, em seu artigo 6º, a Lei nº 8.080 criava novas estruturas de vigilância, no campo de atuação do SUS (Brasil, 1990a): Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Vigilância da Saúde do trabalhador e Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (farmacovigilância).

Outros direitos também foram expressos nas legislações específicas, usadas no objetivo da fiscalização da produção ao consumo e prestação de serviços, como a do controle social do SUS (Lei 8.142/90), dos Direitos e Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) e de Crimes ambientais (Lei 9.065/98) (Brasil, 1990b; Brasil, 1990c, Brasil, 1998).

A Lei nº 8.080 também definiu a “Vigilância Sanitária” como “Um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

interesse da saúde”. A partir deste ponto, não apenas a União e o Estado, mas os Municípios participariam diretamente destas ações, através da descentralização administrativa, adotando um papel fundamental na proteção da saúde de seus munícipes. A descentralização é uma estratégia fundamental para a efetivação da saúde como direito social (direito de todos) e dever do Estado. O SUS tem como diretrizes principais a descentralização, a integralidade do atendimento com prioridade à prevenção, e a participação da comunidade. O princípio básico da descentralização pauta-se no entendimento de que quanto mais próximo do local de ocorrência dos eventos e dos potenciais riscos, maior é a acessibilidade, agilidade e controle sobre eles (Luchese et al., 2006).

Portanto, a intervenção do Estado se deu por meio da Lei nº 8.080/90, adequando o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário e os ambientes às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade, assim como às necessidades do sistema de saúde, com os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde. Fica claro que, com a descentralização e com uma nova organização administrativa das ações fiscalizadoras, para a garantia da saúde pública, houve demanda de maiores repasses financeiros e sua mudança na transferência de recursos, em nível municipal.

A partir da implantação do SUS e da Lei nº 8.080/90, não apenas a União e o Estado, mas os Municípios participariam diretamente destas ações, por meio da descentralização administrativa, adotando um papel fundamental na proteção da saúde de seus munícipes. Por outro lado, descentralizar a Vigilância Sanitária é garantir que as ações sejam realizadas em todos os municípios, cumprindo a legislação, que também preconiza a descentralização das ações de vigilância sanitária, com definição de competências e atribuições, nos três níveis de governo. O processo de descentralização deveria ocorrer de forma complementar, onde os três níveis de poder estariam comprometidos na capacitação dos recursos humanos e organização dos serviços, no sentido de efetivamente poder-se assegurar uma melhor qualidade de vida aos cidadãos.

O objetivo do presente estudo é analisar as mudanças financeiras e administrativas públicas, referentes às ações em vigilância sanitária, a partir das principais publicações de Leis e Portarias a partir de 1990 até 2013, que determinaram as formas de repasse e administração dos recursos financeiros em VISA, destinados aos projetos em saúde pública e se ocorreram mudanças significativas neste período, sob o prisma de quatro administradores e ex-administradores de VISA municipais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES EM VISA

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária iniciou-se entre janeiro e dezembro de 1999, quase 10 anos depois da publicação da Lei nº 8.080, da criação do SUS, com a publicação da Portaria Ministerial 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 (Brasil, 1996).



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

A NOB 96 direcionava as competências da União, Estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS. O Processo de *Descentralização das Ações em VISA*, de acordo com as diretrizes da NOB-01/96, propunha a “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes”. Também previu a execução de atividades básicas a exemplo de inspeção e fiscalização de comércio de medicamentos e alimentos, de serviços de saúde e de outros de interesse da saúde, de baixa complexidade, por parte dos municípios que se encontram em fase de Gestão Plena da Atenção Básica (Brasil, 1996).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde em seus artigos 9º, 10º, 12º e 13º (Brasil, 1990a), compete:

- À União: Coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios e executar ações de sua exclusiva competência.
- Ao Estado: Coordenar, executar ações e implementar serviços de Vigilância Sanitária em caráter complementar às atividades municipais e prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios. Aqui também, na execução de atividades de sua competência, o Estado poderá contar com a cooperação dos Municípios.
- Aos Municípios: Executar ações e implementar serviços de Vigilância Sanitária, com a cooperação técnica e financeira da União e Estado.

Em 30 de dezembro de 1998, o Presidente da República apresentou a Medida Provisória nº 1.791 ao Congresso Nacional, com a proposta que definia o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criava a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa Medida Provisória (MP) foi aprovada, em tempo recorde, na convocação extraordinária do Congresso Nacional, em 13 de janeiro de 1999, por votação simbólica, ou seja, as lideranças de todos os partidos concordaram com a aprovação por aclamação. A conversão da medida provisória resultou na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (Lucchese et al., 2006). A Lei nº 9.782 definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e atribuiu competência à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, para que exercessem atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de Vigilância Sanitária. A mesma Lei 9.782, além de definir o Sistema de Vigilância Sanitária, criou também a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 1999). O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é, até hoje, coordenado pela ANVISA no âmbito nacional e passou a integrar:

- ✓ ANVISA
- ✓ Vigilâncias Sanitárias Estaduais
- ✓ Vigilâncias Sanitárias Municipais
- ✓ Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, no aspecto pertinente à vigilância sanitária
- ✓ Sistemas de informação de vigilância sanitária

O novo modelo administrativo na saúde criava a ANVISA como uma agência reguladora e autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. A ANVISA possui independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira (que regulamenta e coordena o sistema nacional e também executa ações de controle). Essa agência é dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

diferentes funções. A gerência e a administração da Agência serão exercidas por uma Diretoria Colegiada, composta por até cinco membros, sendo um deles o seu Diretor-Presidente, nomeado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos (Conass, 2011; Conass, 2003; De Seta e Silva, 2013).

A administração da ANVISA é regida por contrato de gestão (instrumento de avaliação da administração) de 3 anos de validade, com plano anual de Ação e Metas. O contrato de gestão é negociado pelo Diretor-presidente e ministro da Saúde, com concordância dos ministros da Fazenda e Planejamento, Orçamento e Gestão (De Seta et al., 2006). A ANVISA elabora dois relatórios, um semestral e o outro anual. Como é uma autarquia especial, tem a possibilidade de contratação temporária (o que possibilita agilidade e autonomia administrativa) e conta com a participação de representações das comissões intergestoras, em especial o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e tecnicamente à ANVISA. O INCQS tem a função de suporte laboratorial às ações de vigilância sanitária em todo território nacional e coordenar a rede estadual de laboratórios (Conass, 2003; Lucchese et al., 2006).

Com o novo modelo administrativo federal, a criação da ANVISA, como autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, trouxe um novo panorama para as ações em VISA, o que a princípio viria tornar mais ágil a descentralização para os estados e municípios. Entretanto, as unidades estaduais e municipais não caminharam na mesma estrutura organizacional e administrativa pública da ANVISA.

2.2. UNIDADES ESTADUAIS COMPONENTES DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SNVS)

No âmbito estadual, o SNVS é composto pelos 27 órgãos de vigilância sanitária das Secretarias estaduais de saúde – SES, que por sua vez são unidades da administração direta (ao contrário da ANVISA), formados pelas Divisões de Vigilância Sanitária-DIVISAs ou Centros de Vigilância Sanitária (CVS). Cada divisão ou Centro tem o apoio de laboratórios centrais (Lacens) em cada unidade da federação (com diferenças de capacidade analítica) e que também atendem exames clínicos dos usuários SUS (Lucchese et al., 2006; Lima et al., 2007). As unidades coordenam os sistemas estaduais e ações de fiscalização do sistema nacional, além de cooperação técnica aos municípios. Possui um corpo de técnicos e fiscais sanitários autorizados, para qualquer tipo de inspeção sanitária, distribuídos pelo nível central estadual e diretorias regionais de saúde (DRS). A partir de 2006, o Decreto Estadual nº 51.433, de 28 de dezembro, dividiu o Estado de SP em 17 Departamentos de Saúde, responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (São Paulo, 2006).



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

2.3. UNIDADES MUNICIPAIS COMPONENTES DO SNVS

O município é considerado como a instância apropriada para a execução das ações, por ser o nível de governo mais próximo do cidadão e dos seus problemas. Portanto, a municipalização da saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política por parte do município para com a saúde de seus cidadãos (ou deveria). Devemos aqui considerar a disparidade de tipo, portes, riqueza e estrutura municipal, levando em conta um nível de governo, no plano jurídico-político-administrativo da federação e, devido à isso, os serviços de vigilância sanitária dos 5.570 municípios variam na estrutura, recursos e capacidade operativa (De Seta et al, 2006).

Aos municípios em fase de Gestão Plena do Sistema Municipal, caberia a realização de ações classificadas como de média e alta complexidade, a partir de negociação com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) através da Vigilância Sanitária Estadual, com base na Resolução CIB-BA 028/2001 para assinatura do Termo de Ajustes e Metas. Os serviços de VISA (na maioria dos casos) são executados pelas secretarias municipais de saúde (SMS) ou outros órgãos encarregados da questão da saúde, neste nível de governo. A maioria dos municípios coordena, regulamentam e executam ações locais de VISA, conforme seu porte e tipo de habilitação à gestão do SUS. Porém, não há laboratórios municipais de apoio. Às unidades municipais das SMS competem (Conass, 2011; Conass, 2003; Juliano e Assis, 2004):

- ✓ Implementar e Executar ações de Vigilância Sanitária, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado;
- ✓ Legislar complementarmente o que não lhe for constitucionalmente vedado.

2.4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE: OUTRA FORMA DE DESCENTRALIZAÇÃO?

Em 2004, novo instrumento normativo foi publicado, a Portaria Ministerial nº 1.172, com o objetivo de descentralização das ações de vigilância. Nesse instrumento, uma nova definição da administração da saúde pública criava as atividades denominadas de VIGILÂNCIA EM SAÚDE (Brasil, 2004). De acordo com esta Portaria, a Vigilância em Saúde é definida como: “Um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador fazem parte da Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) é coordenado pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS no âmbito nacional e é integrado pelos seguintes subsistemas:

- i) Subsistema nacional de vigilância epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;
- ii) Subsistema nacional de vigilância em saúde ambiental, incluindo ambiente de trabalho”.



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

Nesse momento, a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador passaram a ser considerados integrantes da Vigilância em Saúde, incluindo o meio ambiente. Além disso, são integrantes do SNVS (Brasil, 2004):

- Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e saúde ambiental;
- Sistemas de informações de vigilância em saúde
- Programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações
- Política Nacional de Saúde do Trabalhador
- Política Nacional de Promoção da Saúde.

A necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância, tendo em vista o Pacto pela Saúde, é traduzida na atualização dos atos normativos da Vigilância em Saúde através da Portaria Ministerial n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Nessa portaria os Estados, Distrito Federal e municípios são fortalecidos no papel de gestores da vigilância, bem como foram ampliadas as ações denominadas de Vigilância em Saúde (Brasil, 2009).

2.5. GESTÃO FINANCEIRA DA DESCENTRALIZAÇÃO

Até 1998, os repasses de recursos federais para ações em VISA era feitos mediante convênios. Antes a NOB-SUS/01/96 determinava a forma de repasse automático e regular (fundo a fundo), estipulados pela Lei 8080/90, por 2 modalidades:

- 1) Regular e automática (fundo a fundo): Piso Básico de Vigilância Sanitária – PAB/VISA e Índice de valorização do Impacto em VISA – IVISA;
- 2) Remuneração transitória por serviços produzidos: Programa Desconcentrado de Ações de VISA – PADVS e Ações de Alta e Média Complexidade – MAC/VISA.

A alocação de recursos via NOB teve a mesma lógica da assistência ambulatorial e hospitalar, que seguiam o pagamento (por tabelas) por procedimento realizado pelos gestores estaduais e municipais. Isso não se concretizou, em função de limitaria a ação da VISA que buscava ações mais compensatórias, abdicando de sua função primordial, o controle e o gerenciamento dos fatores de riscos sanitários que podem comprometer a saúde da população. Na prática, apenas o PAB/VISA foi implantado (De Seta et al., 2006). Para preencher estas lacunas, surgiram os termos de ajustes e metas (TAM). Foi criado um programa transfere recursos financeiros de forma regular aos estados, com base nos Termos de Ajuste e Metas, espécie de contrato assinado entre a ANVISA e os órgãos estaduais de VISA. Os órgãos estaduais deveriam cumprir as metas para uso dos recursos repassados pela ANVISA. A celebração do Termo de Ajuste e Metas (TAM), em 2000, entre a ANVISA e os estados, pactuou metas e através da Portaria GM/MS n. 145, de 31/1/2001, regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo de ações de média e alta complexidade para estados (De Seta e Silva, 2013).

Com essa Portaria também se estabeleceu o Piso Estadual de VISA (PEVISA). Porém outro obstáculo para esse repasse de pactuação foi que, na maioria dos estados, não havia legislação que abrigasse as transferências do Fundo estadual para os fundos municipais de saúde (FMS). A descentralização dos recursos mediante o TAM iniciou-se para os estados e



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

destes para os municípios, após a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que congrega os estados e municípios. Em 2003, surgiu a Programação Pactuada e Integrada em Vigilância em Saúde (PPI-VS), que incorporou ações básicas, com metas de cobertura de comércio de alimentos; drogarias, ervanarias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental e estações ferroviárias e rodoviárias (De Seta et al., 2006). Complementando esse processo de descentralização das ações em vigilância em saúde, através de recursos, a Portaria n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003, buscou estimular a adesão dos municípios para a execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando também recursos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) (Brasil, 2003).

Devemos lembrar que ao longo dos anos, a administração pública para a gestão da saúde se ramificou de ações em Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Assistência farmacêutica para Vigilância em Saúde, com a publicação da Portaria Ministerial nº 3252 de 22 de dezembro de 2009, com mais ramificações de ações e, portanto, com mais encargos na aplicação de seus programas:

- Vigilância Epidemiológica
- Promoção da Saúde
- Vigilância da situação de saúde
- Vigilância em Saúde Ambiental
- Vigilância da Saúde do Trabalhador
- Vigilância Sanitária
-

A Portaria MS/GM n. 3.252/ 09, definiu o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e revogou parcialmente a Portaria nº 204/07, que dispunha sobre o bloco de financiamento Vigilância em Saúde. Em 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população. O Pacto pela Saúde define prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O quadro 1 resume as publicações que direcionaram até 2013, a forma de repasse financeiro das ações em VISA. O Pacto de Gestão estabelecia as responsabilidades de cada ente federado, de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Propõe, ainda, avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando-se as especificidades regionais. Com o pacto de Gestão 2006, houve substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentavam por portarias ministeriais, onde o teto financeiro da VISA foi extinto e substituído para o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde, na qual os recursos da vigilância sanitária (antes isolada), agora é um item a ser financiado (fundo a fundo) até a esfera municipal (De Seta et al., 2006).

Quadro 1. Publicações referentes ao sistema de repasse do financiamento (fundo a fundo) para ações descentralizadas em VISA:



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep)

Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

<p>NOB-SUS/01/96 repasse automático e regular (fundo a fundo). Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).</p>	<p style="text-align: center;">Piso Básico de Vigilância Sanitária – PAB Valor per capita de R\$ 0,25 /hab /ano</p>
<p>Portaria GM/MS n. 145, de 31/1/2001.</p> <p style="text-align: center;">Termos de ajustes e metas (TAM) contrato assinado entre a ANVISA e os órgãos estaduais de VISA.</p>	<p>(I) Valor per capita de R\$ 0,15/hab/ano X população de cada unidade federada (II) Valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância sanitária (TFVS) por ação da vigilância que gera receita (fato gerador).</p> <p style="text-align: center;">Estabelece o Piso Estadual de VISA (PEVISA), no valor de R\$ 420.000,00/ ano para os estados cujos recursos (I) não alcançassem esse valor.</p>
<p>Programação Pactuada e Integrada em Vigilância em Saúde (PPI-VS) em 2003. Portaria n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003</p>	<p style="text-align: center;">Estímulo para execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando também recursos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS).</p>
<p>Pacto de Gestão 2006. O teto financeiro da VISA foi extinto e substituído para o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.</p> <p style="text-align: center;">Portaria nº 1.397, de 15 de junho de 2011. Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) Fundo Nacional de Saúde e da ANVISA</p>	<p>Valor per capita, calculado à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para unidades federadas, cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor, conforme o Anexo I a esta Portaria; e</p> <p style="text-align: center;">b) recursos financeiros da ANVISA, conforme o Anexo I da Portaria;</p>
<p>Portaria n ° 937/GM/MS de 17 de maio de 2013</p> <p>Estabelece para o ano de 2013 os valores das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde destinados à execução das ações de vigilância sanitária.</p>	<p>Art. 4º O PFVISA de cada Município no ano de 2013 será composto mediante:</p> <p>I - o Estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 por habitante/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00 /ano para Municípios cujo total per capita configurar um valor abaixo desse Piso (Anexo III); e</p> <p>II - o Estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 por habitante/ano (Anexo III), destinado para os Municípios já pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).</p>



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

Diversas Portarias de bloqueio foram publicadas para suspender a transferência dos recursos financeiros do componente de vigilância sanitária (do bloco de vigilância em saúde do 1º e 2º quadrimestres), estabelecidos para o ano de 2013. Essas portarias são publicadas para comunicar pontualmente os estados e municípios considerados irregulares e, portanto, não capacitados a receberem os recursos, observados no monitoramento realizado em 26 de maio de 2013. Os critérios para bloqueio de repasse são:

I – Municípios sem cadastro do Serviço especializado de Vigilância Sanitária no Sistema Nacional de Cadastro de Serviço de Saúde (SCNES);

II - Estados e municípios com situação irregular no monitoramento da alimentação da produção da vigilância sanitária no SIA/SUS nos meses de dezembro de 2012 a março de 2013, apresentando 3 (três) meses consecutivos sem informação de produção da vigilância sanitária.”

Nota-se que o critério adotado para controle do repasse financeiro ocorre por meio de uma medida de informações de dados num sistema virtual, e não através de uma comissão federal de auditoria, para constatar se, de fato, ações executadas na esfera estadual e municipal ocorreram no período correspondente ao repasse.

Atualmente, o mais recente projeto federal para os municípios e estados, refere-se à Portaria nº 2.794 (MS/GM 2012) que instituiu o incentivo financeiro para capacitação dos trabalhadores de vigilância sanitária dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O incentivo está focado no desenvolvimento de um curso básico, de processo administrativo sanitário, prioritariamente nas equipes municipais, formatado nas modalidades presencial e/ou Ensino à Distância (EAD), desde que observados os moldes fixados pela ANVISA. O curso básico de processo administrativo sanitário deverá ser realizado até dezembro de 2014. Para esta finalidade, o incentivo financeiro será repassado em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais de saúde dos Estados contemplados. Os recursos financeiros referentes a esta Portaria totalizam R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais), variando o repasse por Estado de 100.000,00, 150.000,00 a 250.000,00. Serão oriundos dos orçamentos do Ministério da Saúde e da ANVISA, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.304.2015.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária, no montante total de R\$ 2.432.049,01 (dois milhões, quatrocentos e trinta e dois mil, quarenta e nove reais, um centavo); e

II - 10.304.2015.8719.0001 - Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos Nacional, no montante total de R\$ 1.567.950,99 (um milhão, quinhentos e sessenta e sete mil, novecentos e cinquenta reais, noventa e nove centavos).

O Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NEPEC/ANVISA) será o responsável pelo acompanhamento do curso. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar ao NEPEC/ANVISA, nos meses de



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

dezembro de 2013 e dezembro de 2014, relatório de execução dos cursos realizados, contendo o nome, lotação e CPF dos trabalhadores capacitados, sem prejuízo da inclusão das ações no Relatório de Gestão Anual (RAG).

3. METODOLOGIA

A pesquisa realizada é de natureza exploratória, já que pretendeu buscar familiaridade com o fenômeno devido da escassez de trabalhos acadêmicos brasileiros que abordem o tema sob esta perspectiva. Para avaliar os recursos financeiros de cada município, foi elaborada uma pesquisa descritiva, por meio de pesquisa documental. A fundamentação teórico-metodológica do trabalho foi realizada por meio da leitura de Leis, Normas, Portarias, artigos e livros sobre o tema com base na análise de conteúdo. Para a seleção dos entrevistados foi considerada a região da extinta regional DIR IV, em São Paulo, na percepção de seus diretores e ex-diretores municipais. A fundamentação vivencial das funções gerenciais foi coletada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada com os diretores e ex-diretores municipais. O instrumento de pesquisa considerado foi a coleta de dados com a aplicação de entrevistas semiestruturadas. O entrevistado ficou livre para outras observações além do roteiro.

Para caracterizar os municípios, foram usados os dados do IBGE cidades, sem a identificação com o nome do município e de seus respectivos gestores e ex-gestores, recebendo a designação em letras A, B, C e D, para ambos, de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2. Características dos municípios A, B, C e D analisados

Municípios	Km ²	População IBGE		
		2009	2012	2013
A	49,073	157.294	157.603	154.472
B	96,104	88.212	88.841	93.215
C	320,697	79.155	84.104	88.883
D	134,160	131.366	135.150	141.824

Fonte: IBGE (2013)

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os repasses de piso estrutural e estratégicos da ANVISA (anual e quadrimestral) foram publicados na Portaria nº. 1397 de 2011, mas não contemplados na Portaria nº. 397 de 2013, onde apenas são discriminados os repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para todos os municípios da federação. Para os municípios A, B, C e D, os valores estão demonstrados no Quadro 3.

Quadro 3. Valores referentes ao piso estratégico anual e quadrimestral da Anvisa para os municípios A, B, C e D pela Portaria nº. 1397 (Brasil, 2011):



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

Município	Piso Estratégico Fonte: Anvisa Anual (2011)	Piso Estratégico Fonte: Anvisa Quadrimestral (2011)
A	1.213,86	404,62
B	1.352,75	450,92
C	2.412,14	804,05
D	2.014,53	671,51

Quanto aos repasses financeiros (estratégico e estrutural) do FNS, o Quadro 4 demonstra os valores publicados pelas Portarias nº 1.397 e 397, para os anos de 2011 e 2013, respectivamente, para os municípios analisados. Observa-se que o financiamento das ações destinadas a VISA é contemplado de forma proporcional ao número de municípios. Nota-se que todos atingiram valores acima do total per capita mínimo de R\$ 7.200,00.

Quadro 4. Piso estratégico e estruturante do FNS dos anos de 2011 e 2013 para os municípios A, B, C e D.

Unidade Federada/ Municípios	Piso Estruturante Fonte: FNS Anual		Piso Estruturante Fonte: FNS Quadrimestral		Piso Estratégico Fonte: FNS Anual		Piso Estratégico Fonte: FNS Quadrimestral	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013	2011	2013
A	57.097,72	57.209,89	19.032,57	19.069,96	29.833,13	32.308,62	944,38	10.769,54
B	32.020,96	32.249,28	10.673,65	10.749,76	16.730,71	17.241,32	5.576,90	6.070,80
C	28.733,27	30.529,75	9.577,76	10.176,58	15.012,92	18.212,41	5.004,31	5.747,11
D	47.685,86	49.059,45	15.895,29	16.353,15	24.915,50	27.705,75	8.305,17	9.235,25

Superar as dificuldades é o desafio atual para que se possa avançar no desenvolvimento de estratégias políticas que implementem a Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde, e apontem “o que fazer” e “como fazer” para consolidar um sistema integrado e hierarquizado, que seja capaz de gerar projetos e ações mais efetivas (em quantidade e qualidade) para a proteção e promoção da saúde da população (De Seta e Silva, 2013).

Nota-se que em dois anos não houve um incremento considerável nos valores, a despeito do aumento do número de habitantes dos municípios B, C e D. O município A, inclusive, comparado aos dados de 2009 e 2012, teve uma redução da população de quase 3.000 habitantes em 2013. Uma injeção de 30.000,00 reais anuais para as ações em VISA (considerando o menor município C) permite uma atuação mínima, para aquisições de bens duráveis e não duráveis, a serem supridos no serviço municipal.

Entretanto, quatro gestores e ex-gestores de departamentos de Vigilância Sanitária municipais demonstraram que “o que fazer” e “como fazer” não são (ou não foram) opções disponíveis durante seus mandatos, compreendidos entre 2003 a 2011. Fica claro que, apesar de o repasse federal, as ações locais encontraram dificuldades financeiras e estruturais. No consenso geral entre estes administradores, o dinheiro “não chega às mãos dos gestores da VISA”. O quadro 5 representa as respostas dos questionários respondidos pelos gestores entrevistados:



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

Quadro 5. Questionário aplicado aos gestores e ex-gestores de VISA municipal:

Questões	Gestor A	Gestor B	Gestor C	Gestor D
1. Você trabalha ou trabalhou em algum departamento de vigilância sanitária?	S	S	S	S
2. Seu departamento está vinculado à Vigilância em Saúde municipal?	S	S	N	S
3. Acha que há carência de recursos humanos na VISA?	S	S	S	S
4. Alguém de sua equipe possui baixa qualificação?	S	N	S	S
5. Você é incentivado a frequentar cursos de especialização?	N	N	N	N
6. Tem acesso rápido da atualização da legislação?	S	S	S	S
7. Acha o espaço físico de seu departamento suficiente ?	N	N	N	N
8. Existe estabilidade no cargo de direção?	N	N	N	N
9. Possui total autonomia administrativa?	N	N	N	N
10. Possui transporte próprio?	S	N	S	N
11. Gerencia os próprios recursos para aquisições de material?	N	N	N	N
12. Sofre interferência política nas ações de vigilância?	S	S	S	S
13. Acha suficiente os recursos financeiros destinados à VISA ?	N	N	N	N
14. Sabe quanto a VISA de seu município recebe anualmente?	N	N	N	N
15. Sabe que seu município tem uma conta própria para receber recursos do FNS e ANVISA?	N	N	S	N
16. Possui um sistema de informação adequado para as ações?	S	S	S	S
17. Há plano de carreira para a vigilância sanitária em seu município?	N	N	N	N
18. Há ações conjuntas entre com outros níveis de governo?	N	S	S	N
19. Possui suporte laboratorial municipal?	N	N	N	N
20. Possui recursos para a fiscalização programada (diárias, combustíveis, etc.)?	N	N	N	N
21. Acredita que os salários são baixos ?	S	S	S	S



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

Dos participantes deste estudo, 75% estão vinculados à Saúde Municipal, entretanto essa ligação direta com a saúde não refletiu em facilidades, nem em captação de recursos otimizada como pode ser verificado no quadro 4. A totalidade dos pesquisados refere falta de funcionários e, além de pouco pessoal, 75% tem empregados com baixa qualificação. Esses fatores podem explicar, em parte os resultados encontrados, uma vez que as atividades da Vigilância Sanitária deles dependem também para sua eficiência. Além do mais, não é estimulado o aperfeiçoamento profissional, nem há plano de carreira, culminando numa tríade: poucos funcionários-baixa qualificação-pouca motivação. As condições de trabalho não são as mais adequadas para o desenvolvimento das atividades, a começar pelo espaço físico inadequado, o que por sua vez prejudica ainda mais as ações a serem implementadas. Por outro lado, a falta de estabilidade no cargo, a ingerência política e falta de autonomia restringem as ações da vigilância e, devido à restrita integração do sistema de vigilância municipal com o estadual e federal, há um comprometimento final das atividades da vigilância.

A dimensão racional da gestão, reconhecida como pouco valorizada nas organizações de saúde, no caso da vigilância sanitária, vem sendo implementada, seja na esfera federal, seja na estadual. No entanto, essa implementação é dificultada pela diferença de graus de autonomia e de controle de recursos (governabilidade) existente entre a esfera federal e as esferas estadual e municipal (De Seta e Silva, 2013).

A perspectiva política da gestão enfatiza a explicitação dos diversos interesses existentes para possibilitar o estabelecimento de “consensos mínimos” para a ação organizacional e o tratamento dos conflitos. Outra categoria central da abordagem política da gestão é o poder. Este não é considerado um atributo pessoal, mas fruto das relações entre pessoas e entre instituições. São fontes de poder o controle de recursos financeiros, de informação, conhecimento técnico, a autoridade formal (hierarquia) e a formação de alianças e coalizões (De Seta e Silva, 2013). Para finalizar, enquanto que há acesso rápido às atualizações da legislação, há falta de conhecimento no que se refere ao financiamento e recursos na esfera da vigilância. De acordo com De Seta (2013) a maior parte dos pequenos municípios têm dificuldades de implementar ações de Visa, devido à sua reduzida capacidade de arrecadação, o que resulta em dependência dos repasses financeiros federais para o funcionamento dos seus sistemas locais de saúde, resultando em dificuldades para dispor e fixar recursos humanos em seu território.

Dentre as oito atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), seis se referem ao campo específico da vigilância sanitária, o que denota a amplitude e a magnitude das suas ações na consolidação desse sistema. As ações de vigilância sanitária permeiam, portanto, as ações de promoção da saúde, proteção, recuperação e reabilitação. Não obstante, o modelo institucional de vigilância sanitária desenvolvido no país vem mantendo-se calcado no poder de polícia perceptível na ação fiscalizatória, isolado das demais ações de saúde e pouco permeável aos movimentos sociais e isto tem produzido um viés que limita a atuação da vigilância sanitária, restringindo-a ao próprio “poder de polícia” (Juliano e Assis, 2004). De acordo ainda com Juliano e Assis (2004) o que se constata frequentemente, através da mídia, é que os serviços de vigilância sanitária ainda não conseguem dar conta da sua gama de atribuições, resultando em graves conseqüências no estado de saúde da população brasileira, em decorrência da falta de estruturação desses serviços, que por sua vez se ressentem de uma atuação mais efetiva. É neste contexto que se situa o campo da Vigilância Sanitária municipal, uma arena de conflitos



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

e contradições, permeada por implicações econômicas, jurídicas, políticas, éticas e sociais, onde penetramos para desvendar os elementos que conformaram a sua organização, como parte do processo de descentralização da saúde.

O poder na Vigilância Sanitária encontra-se compartilhado e desigualmente distribuído entre os órgãos das três esferas de governo. A Anvisa tem uma considerável capacidade financeira. Mas, para cumprir seus objetivos, o órgão federal não pode prescindir da atuação da esfera estadual e esta, da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil politicamente é representado pelo município (De Seta e Silva, 2013). Esse panorama pode ser vislumbrado através das observações dos gestores e ex-gestores entrevistados, demonstrado no quadro 6.

Quadro 6. Observações de gestores e ex-gestores de VISA, quanto às fraquezas na gestão da VISA do sistema municipal:

Gestores	Observações das avaliações pessoais do que considerou crítico em sua gestão
A	O número de funcionários de nível superior na minha gestão era insuficiente para o adequado andamento das atividades do setor. Não havia médico e dentista na equipe. Um arquiteto ou engenheiro sanitário para análise de Laudo Técnico de Avaliação de edificações seria fundamental, já que a parceria com os profissionais da prefeitura não funcionava e os profissionais de obras eram carentes de conhecimento específico de risco e fluxo dos estabelecimentos de interesse e assistência à saúde. Falta estrutura mínima para coleta de amostras de alimentos para análise microbiológica.
B	A internet para cadastro, alimentação do sistema SIVISA melhorou muito o serviço. Mas pesquisas de leis e portarias, através da busca na internet, dependiam da iniciativa dos funcionários, que na maior parte do tempo, estavam desmotivados pelos baixos salários e influência política no setor ou por estarem no cargo como temporários. A instabilidade no cargo é outro temor dos diretores. Fui demitida por pedir um veículo novo ao Prefeito.
C	Ações conjuntas com o Estado ocorriam em minha gestão, mas não eram coordenadas ou programadas como rotina. Normalmente sempre ocorria devido um incidente emergencial que gera esta ação, ou seja, ela era quase sempre pontual, no caráter de denúncia. Tenho muitos funcionários de nível técnico, mas a equipe de profissionais de nível superior é baixa, para fiscalização de média e alta complexidade, por isso preciso dos profissionais do estado.
D	É comum a falta de veículo para atividades extras (fins de semana, noite) por questões de hora extra e também a falta de carro por problemas de sucateamento da frota municipal. Encaminhamento de amostras ao Instituto Adolfo Lutz, às vezes era comprometido por não termos um veículo adequado, para levar o material para análise em São Paulo. Não tínhamos um carro com cinto de segurança e pneus novos (estavam carecas).

Os dados observados evidenciam uma “bipolarização profissional”, corroborando com dados apresentados por Juliano e Assis (2004), demonstrando que entre os profissionais de nível superior (farmacêuticos, veterinários, médicos, dentistas e enfermeiros), em relação aos de nível elementar (inspetores sanitários) lotados na VISA, refletindo uma característica presente no mercado de trabalho em saúde nos países capitalistas, onde existe um maior contingente de pessoal pouco qualificado e de baixa escolaridade, com salários mais baixos em detrimento da qualidade dos serviços prestados à população. Do total de funcionários da Divisa do município de Feira de Santana, em 1998, 13 eram efetivos (um de nível superior e 12 de nível elementar) e quatro contratados (apenas dois de nível superior). Em 2000, observa-se a



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

incorporação de 25 novos agentes, inseridos por meio de contratos temporários (Juliano e Assis, 2004).

5. CONCLUSÕES

Uma das razões da limitada eficiência detectada pelos participantes deste estudo seria que a própria estrutura municipal de organização administrativa, não segue um modelo de autonomia financeira, como a Anvisa é estruturada, sendo uma administração direta. O FMS ainda é gerenciado pela administração pública direta, não ficando a cargo dos gestores das VISAs locais.

O questionário proposto aos gestores de VISA, dos municípios em questão, fornece um panorama da falta de repasses para as ações pontuais. Em linhas gerais, as respostas chegaram em um ponto comum, o Diretor de um serviço municipal em VISA não possui estabilidade no cargo de direção, sendo indicado como cargo de “confiança” ligados a administração direta municipal e, não administra seus recursos diretamente. É necessário que uma reforma administrativa e financeira seja proposta para as vigilâncias estaduais e municipais, como foi realizado em 1999 para a criação da Anvisa, que possui autonomia administrativa e financeira. Acrescente-se um plano de carreira, possibilidade de desenvolvimento de projeto de educação continuada e readequação salarial e de qualificação profissional.

A implantação de maior integração entre as diferentes esferas de atuação da vigilância e de autonomia gerencial contribuirão para maior eficiência na implantação de projetos focados na área de saúde pública. Sem o desenvolvimento de um novo modelo de vigilância sanitária na esfera municipal, as ações na prevenção, eliminação ou minimização dos riscos, como um dos objetivos da Lei nº 8080 do SUS, se torna inviável e restrita ao teórico. Além disso, o gestor que não possui subsídios, equipe qualificada, recursos, dentre outros incentivos, não estará apto a propor projetos de melhoria nas ações sanitárias, com foco regional, uma vez que este conhece bem as necessidades de seu território e de seus municípios.



II Simposio Internacional de Gestao de Projetos (II Singep) Simposio Internacional de Inovacao e Sustentabilidade (I S2IS)

6. REFERÊNCIAS

Anvisa/Gerência Geral de Descentralização (1999). *Vigilância Sanitária: Responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo e financiamento*. Recuperado em 10 de agosto, 2013 de <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto06.pdf>.

Anvisa/Gerência Geral de Descentralização (2001). *Vigilância Sanitária: Gestão compartilhada, inspeção e financiamento*, 2001. Recuperado em 10 de agosto, 2013 de <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto06.pdf>.

Brasil a (1990). Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União (D.O.U.) de 19 de setembro*.

Brasil b (1990). Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União (D.O.U.) de 28 de dezembro de 1990*.

Brasil c (1990). Lei nº 8.078. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União, de 12 de setembro - (Edição extra) e retificado no D.O.U. de 10 de janeiro de 2007*.

Brasil (2004). Portaria nº 1172/GM. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se

refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União (D.O.U.) de 15 de junho de 2004*.

Brasil (1998). Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, de 13.2.1998 e retificado no D.O.U. de 17.2.1998*.

Brasil (1999). Lei nº 9.782, de 26 de janeiro. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União (D.O.U.) de 26 de janeiro de 1999*.

Brasil (1996). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, de 5 de novembro de 1996*.

Brasil (2012). Portaria MS/GM nº 2.794. Institui incentivo financeiro para capacitação dos trabalhadores de vigilância sanitária dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do desenvolvimento de curso básico de processo administrativo sanitário. Nº 236 – *Diário Oficial da União, 7 de dezembro de 2012 – seção 1 – p.140*.

Brasil (2003). Portaria nº 2473/GM. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde -



II Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (II Singep) Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (I S2IS)

SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Recuperado em 08 de agosto, 2013, de <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/Port2003/GM/GM-2473.htm>>

Brasil (2009). Portaria nº 3.252. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União (D.O.U.) de 23 de dezembro de 2009*.

Conass (2011). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a Gestão do SUS. Brasília, Vigilância em Saúde - Parte 1 / Brasília. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 5 (I), 320.

Conass (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, 248 p.

Imprensa Oficial (2013). Constituição da República Federativa do Brasil. Até a Emenda Constitucional nº 72, de 2 de abril de 2013. Imprensa Oficial. Recuperado de <http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/download/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf>, em 02 de agosto de 2013.

De Seta, MH & Silva, JAA (2006). A gestão em Vigilância Sanitária. Recuperado de <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisacadernos/eixo2_texto06.pdf>, em 03 de agosto de 2013.

IBGE (2013). Cidades. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=351640&search=sao-paulo>, em 13 de agosto de 2013.

Juliano, I. A. & Assis, M. M. A (2004). A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2): 493-505, 2004.

Lima, G.G., Guerra, M.A.S., Lima, M.H., Costa, P.R (2007). Guia para implantação da Vigilância Sanitária Municipal. Uma Orientação aos Gestores, 2007. Recuperado de portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/.../Guia+para+Implantacao.pdf, em 10 de agosto de 2013.

Lucchese, G., De Seta, M. H., Pepe, V. L. E., & Oliveira, G. O (2006). A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 33-47.

São Paulo (2006). Decreto nº 51.433. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, nº 246 – 29/12/06 – p. 1., 28 de dezembro de 2006.

Silva, P. F. & Waissmann, W (2005). Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1): 237-244.