

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

RESUMO A vigilância sanitária (VISA) é importante componente do Sistema Único de Saúde no processo de proteção, promoção e defesa da saúde. Este estudo objetivou identificar as condições da estruturação e organização do trabalho da vigilância sanitária de municípios goianos (VISAM), constituído de duas etapas. Na primeira, foi construído e validado um instrumento com foco nas diretrizes do Elenco Norteador das Ações VISA e no Modelo Padronizado da Programação das Ações da VISA 2011/2012. A segunda contemplou o estudo de campo junto aos 53 gestores da VISAM dos municípios selecionados conforme os critérios de inclusão, ocorrido em abril e maio de 2011. Utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows para tratamento estatístico, que envolveu análises de frequências, de confiabilidade alfa de Cronbach e correlação Spearman. Carências na estruturação legal, física, administrativa e operacional, e de gestão de pessoas foram encontradas, as quais refletem na implementação, execução e avaliação das ações de fortalecimento da gestão e no gerenciamento do risco sanitário. A não execução pelos municípios de ações básicas não compartilhadas mostra a necessidade da instituição de medidas urgentes para a estruturação das VISAM, tornando-as aptas a integrarem-se efetivamente à rede de vigilância em saúde.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Gestão em Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Administração de Serviços de Saúde.

Recebido em 04/abril/2013

Aprovado em 08/novembro/2013

Sistema de Avaliação: Double Blind Review

Editor Científico: Cecílio Elias Daher

Revista de Administração da UEG – ISSN 2236 1197

Maria Aparecida de Souza Melo, graduada em Administração de Empresas pela Universidade Católica de Goiás e doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, professora da Universidade Estadual de Goiás, e-mail: cida.souza.melo@gmail.com.

José Clecildo Barreto Bezerra, graduado em Biologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e doutorado em Ciências Naturais pela Universidade de Hamburgo/Alemanha, professor associado da Universidade Federal de Goiás, e-mail: clecildobarreto@gmail.com.

Marília Ferreira Dela Coleta, graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília, professora associada da Universidade Federal de Uberlândia, e-mail: marilia.coleta@netsite.com.br.

José Augusto Dela Coleta, graduado em Psicologia pela Universidade de São Paulo, doutorado em Psicologia Social pela Fundação Getúlio Vargas, professor titular aposentado da Universidade Federal de Uberlândia, e-mail: dela.coleta@netsite.com.br.

Ana Maria de Castro, graduada em Biomedicina pela Universidade Católica de Goiás, doutorado em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, professora associada da Universidade Federal de Goiás, e-mail: amaria.ana@gmail.com

Katia Elizabeth Puente-Palacios, graduada em Psicologia pela Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Quito, doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília, professora adjunta da Universidade de Brasília, e-mail: kep.palacios@gmail.com.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

ABSTRACT Health surveillance (HS) is an important component of the National Health System in the process of protecting, promoting and protecting health. This study aimed to identify the conditions of the structure and organization of the work of health surveillance of municipalities in Goiás that is consisted of two stages. At first it was constructed and validated an instrument with a focus in the guidelines guiding Cast Shares HS and Standardized Model of Programming Shares of HS 2011/2012. The second study looked at the field next to the 53 managers Health Surveillance of selected municipalities according to the inclusion criteria, occurred in April and May of 2011. We used SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows for statistical analysis, which involved analysis of frequency, reliability Cronbach alpha and Spearman correlation. Deficiencies in structuring legal, physical, administrative and operational, and people management were found, which reflect the implementation, execution and evaluation of actions to strengthen the management and health risk management. The non-implementation by the municipalities of basic actions unshared shows the necessity of establishing urgent measures for the structuring of health surveillance of municipalities, making them able to effectively integrate the network of health surveillance.

Keywords: Health Surveillance; Health Management; Health Manpower; Health Services Administration.

1 INTRODUÇÃO

O processo de globalização vivenciado pela sociedade nos dias atuais traz inúmeras consequências, como o aumento da circulação e da interação entre as pessoas, produtos, e outros, incluindo nesta categoria o transporte de animais e vegetais. Como resultado disso, a disseminação de microrganismos causadores de doenças é facilitada, cabendo ao Estado, por meio das ações de vigilância sanitária, interferir nas relações econômica e social com vistas a preservar a vida e o ambiente (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

A preocupação com a qualidade e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, em termos de Brasil, ocorre desde o período colonial (OLIVEIRA NETO, 2008). No entanto, medidas mais amplas de proteção, promoção e defesa da saúde tiveram relevância a partir da descentralização das ações de vigilância, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, cujos efeitos apareceram a partir da instituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ocorrida em 1999 (COHEN, 2009).

Para o enfrentamento das emergências em saúde, o SUS se organiza em uma rede integrada, constituída pelos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010a), cuja gestão é realizada de forma compartilhada entre a União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2009a). Coordenado pela ANVISA, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) integra as Vigilâncias Sanitárias Estaduais, Vigilâncias Sanitárias Municipais e o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde, ao estabelecer as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, nas três esferas de gestão, definiu os papéis de cada um

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

dos seus componentes e atribuiu aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução das ações básicas não compartilhadas de vigilância em saúde, que incluem as de vigilância sanitária. As atividades compartilhadas devem ser pactuadas entre os municípios e o Estado, levando-se em conta o desenho de regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis, assim como o desenvolvimento mais racionalizado das ações de maiores complexidades (BRASIL, 2006; 2009a).

A Vigilância Sanitária (VISA) tem por objetivo 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 saúde (BRASIL, 1990). Em face da complexidade do campo de atuação da VISA, diversos são os instrumentos adotados pelos componentes do SNVS para identificar e monitorar as emergências em saúde pública e definir ações de intervenção, dentre eles encontram-se o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária (SINAVISA). O NOTIVISA objetiva notificar os eventos adversos e queixas técnicas relacionadas aos produtos sob vigilância sanitária, como os medicamentos, vacinas e imunoglobulinas, artigos médico-hospitalares, equipamentos médico-hospitalares, sangues e componentes e agrotóxicos (BRASIL, 2010a). Já o SINAVISA é um sistema desenvolvido inicialmente pela VISA de Goiás e que foi incorporado posteriormente pela ANVISA e com uso pelos demais Estados brasileiros. Esse sistema registra uma gama de informações sobre a rotina das VISA e disponibiliza ferramentas gerenciais e operacionais capazes de auxiliar nos processos de planejamento e gestão das suas ações (SINAVISA, 2013).

Considerando que a VISA atua na prevenção de riscos, agravos ou danos à saúde, a efetividade do seu desempenho está relacionada à existência ou não de medidas preventivas que podem ser traduzidas em políticas públicas que carecem de ser implementadas, comunicadas, gerenciadas e avaliadas.

Mesmo com a criação da ANVISA, a realidade vivida pelos estados e municípios brasileiros apresenta uma atuação sem uma visão ampla do risco, com ações voltadas quase que exclusivamente para o controle e fiscalização de produtos e serviços, sem abarcar o ambiente e a saúde dos trabalhadores, com organização dos serviços de forma fragmentada, sem integração das áreas de atuação e, menos ainda, sem planejamento com foco nas prioridades e necessidades locais de saúde (COSTA, 2000; MAGALHÃES; FREITAS, 2001).

A despeito do grande aporte de recursos por meio dos programas governamentais (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007), o processo de gestão do SUS aponta para a existência de diversos problemas que comprometem a qualidade dos serviços de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Para superar essas dificuldades, os gestores e planejadores do setor carecem de instrumentos a partir dos quais possam tomar decisões e a criação da cultura de avaliação é uma importante ferramenta alicerçada em conhecimentos científicos. Mesmo com os diferentes posicionamentos e necessidades dos atores participantes do complexo sistema de

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

saúde, os resultados da avaliação têm a capacidade de influenciar positivamente a tomada de decisão, seja na melhoria da qualidade da saúde, ou na formação e no aprendizado desses profissionais quanto ao entendimento dos determinantes das suas decisões e das suas práticas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No âmbito do SUS, a avaliação tem dado suporte aos processos decisórios, ainda que de forma incipiente por não incorporar as práticas de planejamento e gestão (SANTOS *et al.*, 2010). Pesquisadores têm buscado metodologias para compreender os fatores dos resultados do desempenho do SUS (VIACAVA *et al.*, 2004), no entanto têm ressaltado dificuldades na implantação da avaliação e realização das mudanças na gestão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Em face do seu processo evolutivo, a avaliação em saúde apresenta enfoques, abordagens, dimensões e atributos ou componentes diferenciados, inclusive no que se refere à sua definição, e conta com uma diversidade de construção a partir de distintas bases teóricas ou métodos (SANCHO; DAIN, 2012). O interesse pela avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, mesmo que crescente, tem se constituído em iniciativas pontuais de pesquisas e estudos de casos ou produção regular de dados (CARVALHO *et al.*, 2012) e aponta para a existência de lacunas teóricas e conceituais sobre as metodologias dos processos avaliativos a serem institucionalizados (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010), em especial no âmbito municipal (MIRANDA; CARVALHO; CAVALCANTE, 2012).

As conceituações, enfoques e formulações metodológicas que têm sido mais amplamente aplicáveis nas avaliações de condições particulares de sistemas, serviços, estratégias e ações programáticas de saúde derivam do escopo Donabedian de avaliação normativa: contexto, estrutura, processo e resultados (MIRANDA; CARVALHO; CAVALCANTE, 2012; NOVAES, 2000; SILVA; FORMIGLI, 1994). Tem como foco medir a suficiência e adequação dos recursos empregados em relação aos resultados obtidos e esperados, adotando-se índices parametrizados e o método científico, fundamentada na pesquisa-ação (método experimental utilizado nos estudos das ciências sociais) e na análise estatística (SANCHO; DAIN, 2012).

Também o referencial desenvolvido por Habicht, Victora e Vaughan (1999) tem sido adotado na avaliação de programas/intervenções em saúde e nutrição, focado em dois eixos de análise: os tipos de indicadores necessários para a avaliação (a oferta, a utilização, a cobertura ou o impacto do programa/intervenção) e o grau de inferência exigido para a tomada de decisões (adequação, plausibilidade ou probabilidade) (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; BRASIL, 2007).

Estudos brasileiros avaliativos das ações de Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAM) são pontuais e a grande maioria se refere ao processo de descentralização das ações. Dentre os resultados, encontraram-se deficiências na área de recursos humanos, como na formação e capacitação dos profissionais (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006;

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

MICHALOSKI, 2008; LEAL; TEIXEIRA, 2009; JULIANO; ASSIS, 2004); insuficiência na quantidade, multiprofissionalidade e distribuição dos profissionais (LEAL; TEIXEIRA, 2009); recursos humanos temporários (JULIANO; ASSIS, 2004); com baixa motivação (MICHALOSKI, 2008; LEAL; TEIXEIRA, 2009); gratificação insuficiente, não institucionalização do plano de cargos, carreiras e salários, baixa utilização do potencial dos técnicos e indefinição de requisitos éticos para o exercício do cargo (LEAL; TEIXEIRA, 2009); qualificação dos profissionais por contra própria (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006); e pouco investimento em recursos humanos (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009). Relativamente às condições de trabalho, precariedades ou deficiências estruturais (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; JULIANO; ASSIS, 2004; MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009). Falta de autonomia na alocação de recursos ou na autogestão do trabalho (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; MICHALOSKI, 2008; JULIANO; ASSIS, 2004; MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009); atuação focada no controle e fiscalização de produtos e serviços (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009; COHEN, 2009); entraves políticos e conflitos de interesses (MICHALOSKI, 2008; JULIANO; ASSIS, 2004; O'DWYER; REIS; SILVA, 2010); entraves na gestão do trabalho e insuficiência do financiamento (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010); tradição centralizadora da Secretaria de Saúde do Estado, limitações da cooperação com os municípios e disparidades econômicas entre regiões, não havendo hierarquização dos municípios para focalizar os esforços nos mais carentes (COHEN, 2009); ausência de projeto político para a gestão descentralizada e desarticulação com o nível regional (JULIANO; ASSIS, 2004); ausência de planejamento e avaliação e pouca visibilidade dos efeitos da descentralização (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009); posição secundária da vigilância na estrutura e prioridades de saúde municipal, relações conflituosas e com rotatividade dos componentes e desconhecimento da população acerca do trabalho da vigilância sanitária (MICHALOSKI, 2008); necessidade da instituição da avaliação sistemática e abrangente para o setor (BATTESSINI, 2008) e de definição de critérios de avaliação (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009); e fatores restritivos para as ações do controle sanitário em face de um espaço permeado por contradições históricas e diversidade dos objetos de atuação (PIOVESAN *et al.*, 2005; BARBOSA; COSTA, 2010; SOUZA; COSTA, 2010) também são problemas apontados nos estudos desenvolvidos na área. Como avanços, o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada, o cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária e articulações interinstitucionais (JULIANO; ASSIS, 2004); e efetividade nas ações de VISAM durante a descentralização (SOUZA; STEIN, 2008).

Estudos avaliativos da atuação da VISAM, envolvendo as condições estruturais, os processos e as medidas que assegurem a aferição dos resultados são importantes e necessários, com vistas a oferecer aos gestores instrumentos adequados ao monitoramento e à

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

tomada de decisão com foco na garantia da execução dos objetivos e metas pactuadas com qualidade e atendendo às necessidades locais da população.

Este estudo, realizado no âmbito das VISAM de municípios goianos, objetivou identificar as condições da estruturação e organização do trabalho desenvolvido no exercício da implementação e gestão das ações de prevenção e de gerenciamento do risco sanitário, a partir da criação de um instrumento para tal finalidade e que contempla as principais dimensões de análise do constructo caracterização do trabalho.

2 MÉTODOS

Estudo de corte transversal, de metodologia quantitativa (TURATO, 2005), realizado em duas fases. A primeira dedicada à construção de um instrumento capaz de abranger os aspectos mais relevantes da estrutura e funcionamento da VISAM e a segunda consistiu-se no estudo de campo para avaliação destes aspectos junto aos respectivos gestores.

As etapas de construção e validação do questionário Caracterização do Trabalho (CT) foram assim constituídas: a) elaboração de questões que respondessem aos objetivos do estudo (através de análise de dados, informações e documentos fornecidos pela Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa) da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO) e da realização de reuniões e entrevistas com gestores e fiscais da SUvisa e da VISAM dos municípios de Anápolis e Aparecida de Goiânia), com foco em obter um conjunto de questões capazes de avaliar aspectos importantes da estrutura e funcionamento da VISAM, tendo como pressupostos básicos as dimensões contidas no Elenco Norteador das Ações de VISA (BRASIL, 2010b) e no Modelo Padronizado da Programação das Ações da VISA 2011/2012 (GOIÁS, 2010); b) validação de conteúdo para verificar se as questões elaboradas correspondiam ao que se pretendia medir, por meio de encaminhamento à SUvisa para análise e sugestões, bem como da realização de reunião com os gestores e profissionais fiscais da SUvisa, que atuaram como juízes nesta avaliação; c) aplicação piloto junto a dois gestores da VISAM de dois municípios não integrantes da amostra, visando assegurar a adequada compreensão das questões; e d) adequação do instrumento a partir dos resultados obtidos nestas etapas.

A versão final do questionário CT ficou composta de 40 questões com opções de respostas fechadas, cujos conteúdos tratavam de dois grupos de ações e respectivas dimensões de análises em termos de avaliação das estruturas e dos processos de gestão da VISAM (Quadro 1).

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

Ações e Dimensões	Questões do questionário Caracterização do Trabalho (CT) e parâmetros de avaliação
Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão	
Estrutura legal	1 – Lei Municipal que institui a VISAM na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. 2 – Lei Municipal que define as competências e atribuições da VISAM. 3 – Lei Municipal que institui o Código de Vigilância Sanitária. 5 – Profissionais fiscais investidos no cargo por ato legal.
Estrutura física e recursos materiais	28 – Meio de transporte utilizado pelos fiscais para a realização das fiscalizações. 32 – Veículos próprios exclusivos e suficientes. 33 – Espaço físico de funcionamento da VISAM. 34 – Estrutura de informática (computadores, impressoras, softwares). 35 – Estrutura de comunicação (Telefone, Fax e Internet). 36 – Materiais de consumo para atendimento às necessidades da VISAM. 37 – Impressos legais para a realização das atividades da VISAM. 38 – Infraestrutura para arquivo de cadastros dos estabelecimentos sujeitos às ações da VISAM. 39 – Equipamentos técnicos e insumos específicos para a realização das ações da VISAM. 40 – Equipamentos necessários para a realização de ações de Educação Sanitária.
Estrutura administrativa e operacional	4 – Normatização e padronização dos procedimentos de Vigilância Sanitária. 7 – Percentual de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária cadastrados em sistema de informações da VISAM. 13 – Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária (SINAVISA). 15 – Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA). 19 – Forma de estruturação da área de fiscalização da VISAM. 20 – Modo como são realizadas as fiscalizações no município.
Gestão de pessoas	17 – Quantitativo de recursos humanos para o funcionamento da VISAM. 18 – Capacidade técnica dos recursos humanos conforme as necessidades da VISAM. 22 – Cumprimento de expediente de trabalho pelos profissionais fiscais. 23 – Remuneração dos profissionais da VISAM. 24 – Plano de Formação e Capacitação de Pessoal da VISAM.
Fatores relevantes para o fortalecimento da gestão	21 – Estabelecimento das metas de fiscalização. 25 – Elaboração de relatórios de fiscalização. 26 – Encaminhamento de Relatórios mensais de Atividades Fiscais. 27 – Encaminhamento de Relatórios anuais de Atividades Fiscais. 29 – Frequência de realização do planejamento com a participação de todos. 30 – Frequência de realização da avaliação de desempenho dos servidores. 31 – Frequência de realização da avaliação formal do desempenho global da VISAM.
Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário	
Produtos, serviços de saúde e interesse à saúde e ambientes e ações laboratoriais	10 – Ações de monitoramento de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde. 12 – Utilização de análises laboratoriais para monitoramento de produtos de interesse da VISAM. 14 – Sistema de Informação de Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).
Educação e comunicação em saúde para a sociedade	8 – Implantação do serviço de atendimento às demandas e reclamações. 11 – Ações de educação e comunicação em saúde para a sociedade. 16 – Estrutura para recepção de denúncias, considerando as necessidades de privacidade e sigilo.
Ações integrais e intersetoriais de saúde	6 – Abrangência das ações de Vigilância Sanitária no Município. 9 – Integração das atividades de Vigilância Sanitária com os diversos órgãos municipais que atuam ou que se relacionam com a área da saúde.

Quadro 1. Agrupamento das questões do questionário "Caracterização do Trabalho (CT)" segundo o grupo de ações, dimensões parâmetros de avaliação.

Fonte: Adaptado de Melo (2012).

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

Entre as opções de resposta em cada questão havia sempre uma que representava a melhor configuração para as VISAM, e outras que seriam respostas possíveis, mas com diferentes níveis de adequação aos objetivos traçados para as VISAM. Uma análise das frequências das respostas em cada opção mostrou sua concentração em duas ou três das opções oferecidas aos respondentes, que foram consideradas para as análises posteriores (MELO, 2012).

Em Goiás, a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) é o órgão responsável pela execução das ações de VISA, com a competência de coordenar e avaliar tais ações, de forma a assegurar o cumprimento da legislação sanitária, por meio da coordenação, elaboração e implantação das normas técnicas e rotinas das ações de VISA e Ambiental (GOIÁS, 2007). Os 246 municípios são organizados por Regional de Saúde e estão automaticamente inseridos no chamado Piso Estruturante, em que recursos federais são aportados para a realização de ações de VISA. Além disso, esses municípios têm a opção de procederem à pactuação do chamado Piso Estratégico, em face das competências atribuídas ao Estado (BRASIL, 1990) e à SES/GO (GOIÁS, 2007) para promoverem a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios, observadas as condições estruturais que possuem.

Definiu-se para inclusão no campo de estudo as VISAM situadas nos 246 municípios goianos que possuíam, em outubro de 2010, mais de três trabalhadores exercendo as atividades de fiscalização. Destas, 53 (21,5%) atenderam ao critério de inclusão, a partir do que foram selecionadas para comporem o campo de estudo. A amostra constituiu-se do grupo de gestores das VISAM nos municípios incluídos no estudo, totalizando 53 profissionais que responderam voluntariamente o questionário CT.

Para obter a colaboração dos gestores, anteriormente ao início da coleta de dados foram encaminhados ofícios pela SUVISA aos secretários de saúde dos seguintes municípios selecionados para inclusão no estudo, solicitando a adesão e fornecendo informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa: Abadiânia, Acreúna, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Bela Vista de Goiás, Cachoeira Dourada, Caldas Novas, Catalão, Ceres, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbáiba, Cristalina, Faina, Formosa, Goianésia, Goiânia, Goianira, Goiás, Goiatuba, Ipameri, Iporá, Itaberaí, Itumbiara, Jaraguá, Jataí, Luziânia, Minaçu, Mineiros, Morrinhos, Mozarlândia, Nerópolis, Niquelândia, Nova América, Novo Gama, Padre Bernardo, Paranaiguara, Piracanjuba, Pirenópolis, Pires do Rio, Planaltina de Goiás, Pontalina, Quirinópolis, Rio Quente, Rio Verde, Santo Antônio do Descoberto, São Miguel do Araguaia, São Simão, Senador Canedo, Trindade e Uruaçu. O município de Faina não aderiu à pesquisa e foi substituído pelo de Jussara, da mesma Regional de Saúde, porém possuindo somente três fiscais na estrutura da VISAM.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

O levantamento de dados ocorreu de abril a maio de 2011, por meio eletrônico, mediante encaminhamento do questionário ao gestor da VISAM participante, e posterior devolução também por e-mail. Poucos foram os que tiveram dificuldades no seu preenchimento ou devolução, neste caso foram orientados a retornar o questionário por fax ou Correios.

Duas das 16 Regionais de Saúde goianas (Oeste II e Noroeste) não tiveram participantes por não atenderem aos requisitos de inclusão, mas o teste do instrumento foi realizado em dois municípios pertencentes à Regional Oeste II (Palmeiras de Goiás e São Luis de Montes Belos), no entanto com apenas três fiscais lotados em suas estruturas.

As respostas dos coordenadores ao questionário CT foram codificadas e transcritas para uma planilha do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows versão 18 para tratamento estatístico, que envolveu análises de frequências, de confiabilidade alfa de Cronbach e teste de correlação Spearman para comparação entre subgrupos da amostra.

A pesquisa teve autorização da SES/GO, dos gestores da VISAM participantes, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o Protocolo nº 268/2010, bem como apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e do Ministério da Saúde/Programa de Pesquisa para o SUS-PPSUS.

3 RESULTADOS

O conjunto de questões de cada dimensão do CT foi submetido à análise de consistência interna, através do cálculo do índice alfa de Cronbach, que resultou em valores de 0,62 para os itens relativos às ações para estruturação e fortalecimento da gestão e 0,63 para os itens referentes às ações estratégicas para o gerenciamento sanitário. Tais índices, apesar de considerados baixos (LEVIN, 1987), indicam que as questões elaboradas tratam de conteúdos semelhantes, pertencentes a um mesmo constructo, conforme se pretendia. Também sugerem a possibilidade que, no futuro, este instrumento possa constituir-se em uma escala, permitindo obter uma nota única a partir de seus diversos itens. Esta nota poderia ser utilizada como medida de avaliação das dimensões do CT, sendo que para isso seriam necessários outros estudos e procedimentos com os objetivos de verificar a validade e a confiabilidade deste instrumento (MELO, 2012). Neste estudo, o instrumento CT foi utilizado como um conjunto de questões especialmente elaboradas por pesquisadores junto a profissionais do meio para representar as características do trabalho da VISAM, de modo a responder questões importantes sobre o funcionamento deste.

Os resultados das análises das frequências de resposta dos coordenadores para a opção mais adequada para a VISAM em cada questão estão dispostos nos gráficos 1 e 2, indicando-se as respectivas dimensões de que tratam cada conjunto de ações. O Gráfico 1 mostra as

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

porcentagens da melhor resposta para as 5 dimensões, com 32 questões referentes às ações para a estruturação e fortalecimento da gestão.

Observa-se que são poucas as ações desenvolvidas em níveis considerados ideais para o funcionamento da VISAM. Segundo os gestores, o comparecimento diário dos fiscais na sede da VISAM antes de seguirem para as atividades de campo ocorre em 96,2% dos municípios (em dois, essa rotina não é cumprida) e a lei que institui a VISAM na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde está aprovada em 90,6% deles (em cinco, a lei ainda não está aprovada).

Diversas ações ocorrem em uma minoria no âmbito da VISAM estudadas: apenas 9,4% com sistema NOTIVISA implantado e com alimentação periódica, 11,3% com Plano de Formação e Capacitação de Pessoal aprovado e implementado, e somente 17,0% apresentando todos os equipamentos para a realização das ações de Educação Sanitária, entre outros resultados indicadores de deficiências relativas ao ótimo funcionamento da VISAM. Ainda nesta análise geral, verifica-se que 50,0% dos municípios não atendem a aproximadamente a metade das 32 ações para a estruturação e fortalecimento da gestão.

Em relação a cada dimensão deste conjunto de ações, aquelas relativas à gestão de pessoas e à estrutura administrativa e operacional são as que apresentam as menores porcentagens de municípios que as desenvolvem, com exceção apenas de uma ação em cada uma destas dimensões. De modo geral os resultados nestas dimensões mostram baixos níveis na amostra quanto aos recursos humanos suficientes (28,3%), tecnicamente capacitados (34,0%), com remuneração fixa (45,3%) e com plano de formação e capacitação (11,3%). Os sistemas NOTIVISA (9,41%) e SINAVISA (45,3%) implantados e com alimentação periódica, procedimentos normatizados e padronizados (30,2%), organização interna (fiscalização por área e coordenação formal) formalizada (41,5%) e estabelecimentos sujeitos à fiscalização cadastrados (52,8%).

Quanto aos fatores relevantes para o fortalecimento da gestão, o planejamento das ações com os fiscais, o encaminhamento de relatórios anuais e mensais é feito por 79,2% (n = 42), 69,8% (n = 37) e 75,5% (n = 40), respectivamente, dos municípios estudados. Porém a elaboração dos relatórios diários e mensais (37,7%), a definição de metas por equipe (35,8%), a realização dos processos de avaliação do desempenho dos servidores (43,3%) e a avaliação do serviço (50,9%) são resultados que estão abaixo do desejável na amostra estudada.

Quanto à estrutura legal, somente 45,3% dos municípios investigados possuem a lei municipal que cria o Código de Vigilância Sanitária Municipal. Identificaram-se lacunas quanto aos demais aspectos legais que sustentam as atividades de fiscalização, como no caso da necessidade de que todos os fiscais estejam legalmente investidos no cargo, situação esta que ocorre em 83,0% dos municípios estudados.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

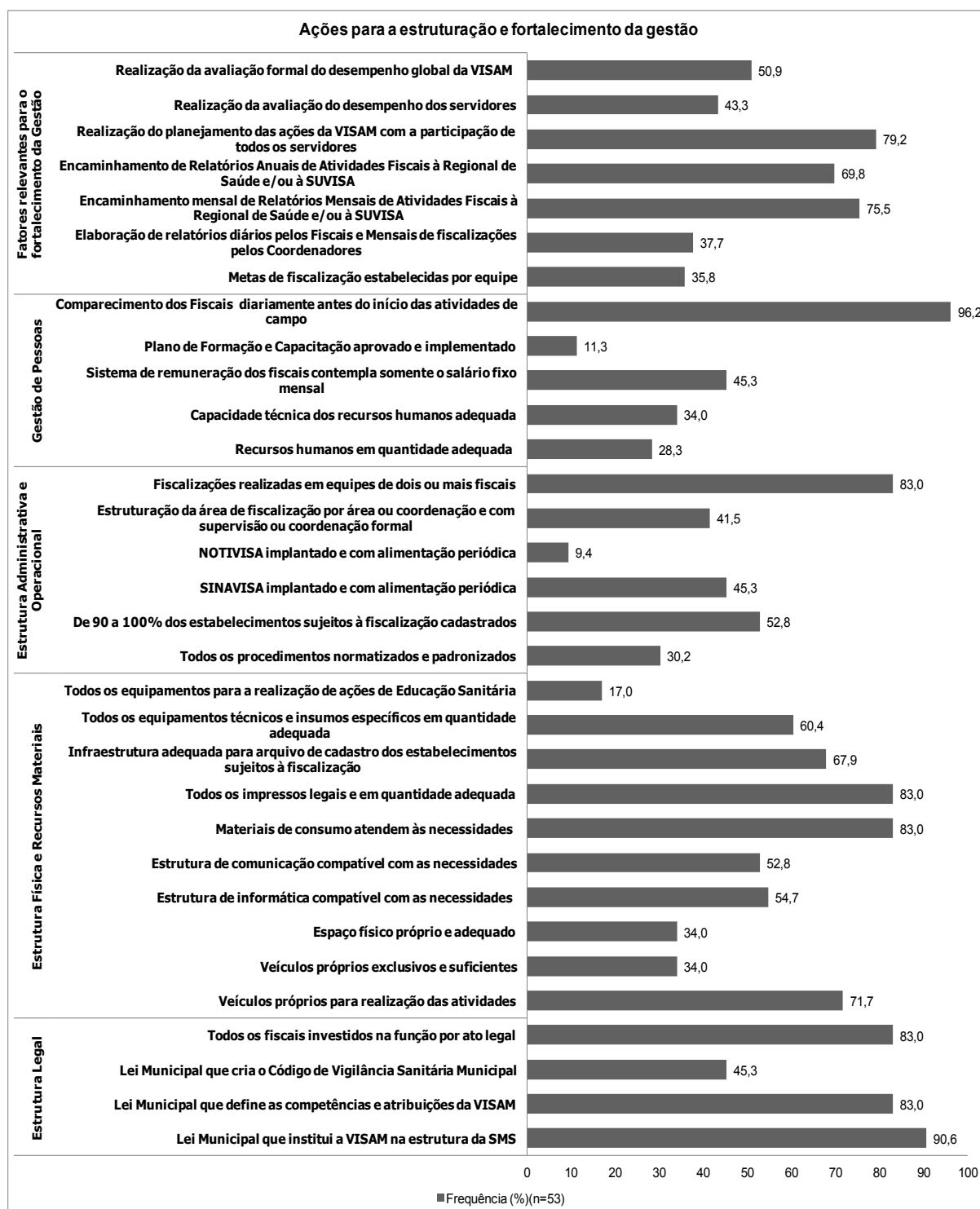


Gráfico 1. Síntese dos resultados do “Questionário Caracterização do Trabalho (CT)” segundo o grupo de “ações para a estruturação e fortalecimento da gestão” e respectivas dimensões atinentes às VISAM dos municípios participantes do estudo.

Fonte: dados da pesquisa.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

Na dimensão que trata da estrutura física e recursos materiais as menores porcentagens de municípios da amostra referem-se à existência de equipamentos para a realização de ações de educação sanitária (17,0%), espaço físico próprio e adequado (34,0%) e veículos próprios exclusivos e suficientes para a realização das atividades (34,0%). Nesta dimensão, apesar de os impressos e materiais de consumo serem adequados (83,0%), observou-se que os equipamentos técnicos e insumos (60,4%), a infraestrutura de arquivo (67,9%) e a existência de veículos próprios para a realização das atividades da VISAM (71,7%) encontram-se em patamares que se distanciam do desejável nesta amostra. Por sua vez, as estruturas adequadas de comunicação e de informática foram identificadas em um pouco mais da metade destes (52,8% e 54,7%, respectivamente).

O gráfico 2 apresenta os resultados percentuais da resposta ideal em cada uma das 8 questões do questionário CT que tratam das ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário, divididas em 3 dimensões e incluindo 8 questões.

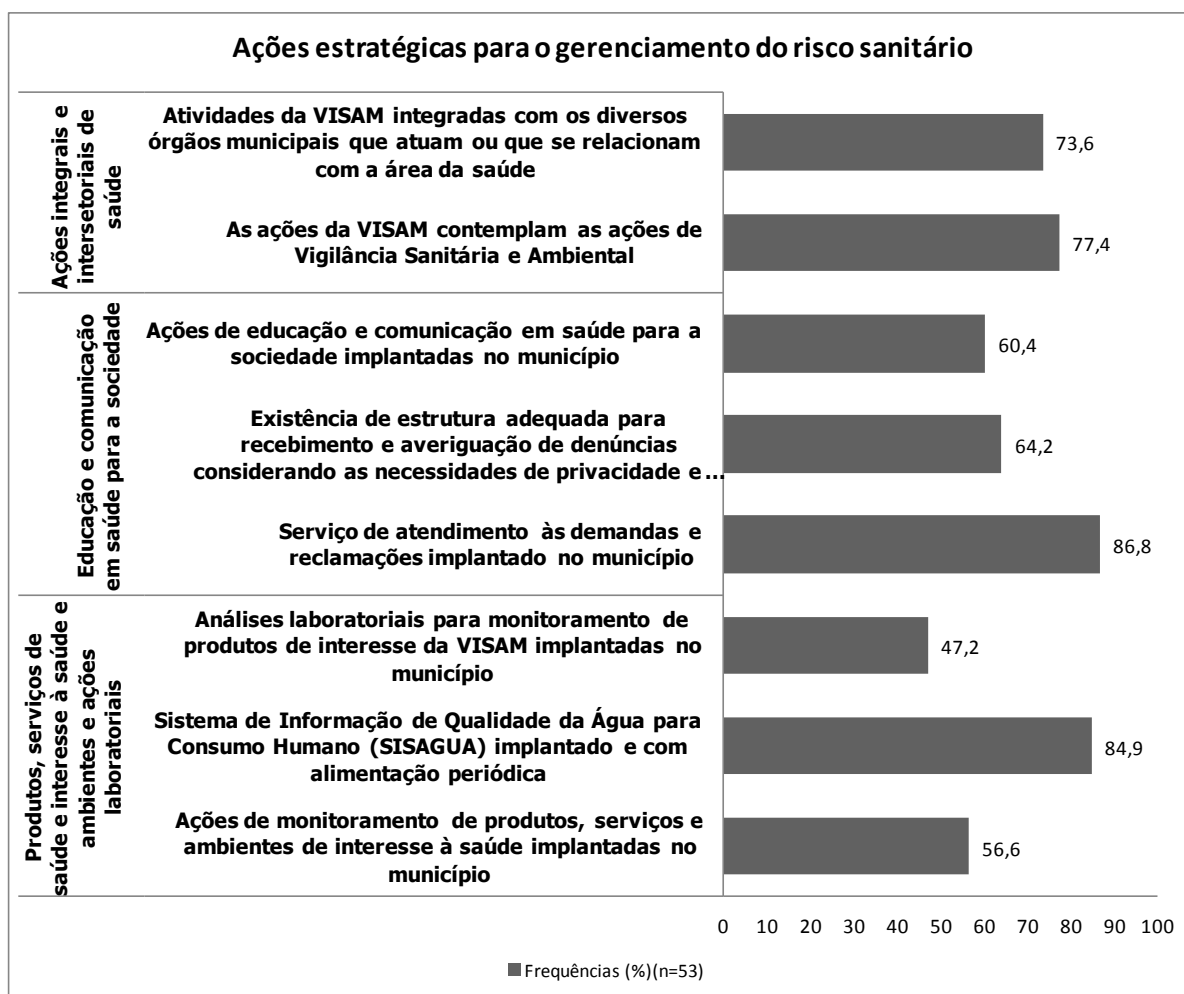


Gráfico 2. Síntese dos resultados do “Questionário Caracterização do Trabalho (CT)” segundo o grupo de “Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário” e respectivas dimensões atinentes às VISAM dos municípios participantes do estudo.

Fonte: dados da pesquisa.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

As respostas permitem observar que menos de 50% dos municípios desempenham a ação que se refere às análises laboratoriais para o monitoramento de produtos e que as ações de monitoramento de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde encontram-se implantadas em apenas 56,6% das VISAM estudadas. Para as demais questões foram encontradas porcentagens entre 60,4% e 86,8%, como apresentado no Gráfico 2.

Nas duas questões da dimensão das ações integrais e intersetoriais de saúde, o atendimento pelos municípios aos critérios investigados não alcançou 80,0%. Na dimensão educação e comunicação em saúde para a sociedade, apenas o item que trata do atendimento às demandas e reclamações implantadas no município (86,8%) se aproximou do desejado, mesmo que somente 64,2% destes possuíam estrutura adequada para o recebimento e averiguação de denúncias. Na dimensão produtos e serviços de saúde e interesse à saúde e ambientes e ações laboratoriais encontrou-se o Sistema de Informação de Qualidade da Água para Consumo Humano já implantado e com alimentação periódica em 84,9% dos municípios, portanto mais próximo do ideal em termos de alcance desta ação na amostra do Estado de Goiás.

Procurou-se verificar se haveria diferenças nas porcentagens de respostas ao questionário CT ao considerar o número de habitantes dos municípios, tomado como um critério de desenvolvimento. Para isso foram criadas oito classes, respectivamente indicadas na Tabela 1, baseadas nas tabelas populacionais do Censo Demográfico do IBGE e adaptadas para a distribuição dos dados populacionais da amostra.

Testes de correlação de Spearman foram efetuados para verificar a relação entre a classe populacional do município e as respostas dadas pelos coordenadores para cada opção de resposta nas questões do questionário CT. De modo a complementar aos resultados correlacionais, foi feito o cruzamento das frequências das respostas para cada opção de cada questão por classe populacional. Encontraram-se correlações significativas em cinco questões (20, 21, 22, 23 e 34) que pertencem ao grupo de ações para a estruturação e fortalecimento da gestão. A questão 20 trata do modo como os fiscais se organizam para realizar suas tarefas e os resultados mostram uma tendência de que nas cidades médias, com mais de 50.000 habitantes, e principalmente na capital (mais de 500.000 habitantes), cada fiscal realiza sua tarefa individualmente, enquanto na maioria das cidades pequenas a fiscalização é realizada em equipes de dois ou mais fiscais ($r_s = -0,29$; $p < 0,05$). Este e demais resultados comparativos podem ser visualizados na Tabela 1, que mostra o cruzamento das frequências de respostas ideais com as classes populacionais naquelas questões, nas quais as correlações foram significativas. Na questão 21 ocorre a mesma tendência em relação ao estabelecimento de

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

metas, mais comumente feitas por equipe em cidades menores e feitas individualmente por fiscal em cidades maiores ($r_s = -0,39$; $p < 0,01$).

Na questão 22 observou-se que, na grande maioria dos municípios, os fiscais da VISAM comparecem ao serviço diariamente antes das atividades de campo, porém em dois dos oito municípios com mais de 100.000 habitantes o comparecimento se dá pelo menos uma vez por semana, causando o resultado significativo no teste correlacional ($r_s = 0,31$; $p < 0,05$).

A questão 23 refere-se à remuneração dos fiscais, na qual se verifica uma tendência de salários fixos mensais em cidades menores e de recebimento de salários adicionados de função gratificada em cidades maiores ($r_s = 0,41$; $p < 0,01$).

Finalmente, verificou-se que a estrutura de informática (questão 34) é avaliada como compatível com as necessidades da VISAM nas cidades menores e que, em algumas cidades de porte médio e na capital, os gestores assinalam que deve ser melhorada ($r_s = 0,39$; $p < 0,01$).

Tabela 1. Porcentagens de respostas assinaladas na melhor opção em cada questão do questionário CT para cada classe populacional (indica o número de municípios que atendem aos critérios).

Classes populacionais	N	Número de respostas na opção ideal - Questões				
		Questão 20	Questão 21	Questão 22	Questão 23	Questão 34
Até 10.000 habitantes	5	5	2	5	5	4
De 10.000 a 20.000	6	5	2	6	5	6
De 20.000 a 30.000	12	11	4	12	5	8
De 30.000 a 40.000	6	6	3	6	2	2
De 40.000 a 50.000	5	4	0	5	2	2
De 50.000 a 100.000	11	8	5	11	4	4
De 100.000 a 500.000	7	5	3	6	1	3
Mais de 500.000 habitantes	1	0	0	0	0	0

Questão 20-Fiscalizações realizadas em equipes; Questão 21-Metas de fiscalização estabelecidas por equipes; Questão 22-Comparecimento dos fiscais diariamente na VISAM; Questão 23-Sistema de remuneração contempla adicionais; Questão 34 -Estrutura de informática compatível com as necessidades da VISAM.

Fonte: dados da pesquisa.

4 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo, realizado no âmbito da VISAM de municípios goianos, avaliou a forma como este importante componente estrutural do SUS e do SNVS se encontra organizado para a execução das ações de implementação das políticas públicas voltadas para a prevenção e controle dos riscos à saúde da população no âmbito municipal. Como resultado, foi construído o questionário CT para medida do que se denominou de níveis das ações de estruturação para o fortalecimento da gestão e das ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário. A inserção dos componentes do Elenco Norteador das Ações de Vigilância Sanitária como base para a definição das dimensões de análise avançou na possibilidade de identificação de uma ferramenta que, depois de revisada e testada em outros estudos, possa servir de ponto de

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

partida para as avaliações no âmbito das VISAM, acrescentando oportunamente parâmetros de objetivos e metas definidos nos planos e programas e instituindo conexão com os resultados dos desempenhos alcançados.

Evidenciou-se que a VISAM nos municípios participantes do estudo apresentava carências relacionadas à estruturação legal, física, de recursos materiais e administrativa e operacional, situação esta compatível com resultados de outros estudos desenvolvidos na área (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; JULIANO; ASSIS, 2004; MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009). A dimensão gestão de pessoas foi a que obteve os menores índices de resultados positivos dentre as demais pertinentes às ações para a estruturação e fortalecimento da gestão, seguida pela dimensão estrutura administrativa e operacional. Identificou-se a falta de plano de formação e capacitação para os trabalhadores, quantidade e capacidade técnica dos profissionais inadequadas para o exercício das atividades das VISAM; e falta de padronização no sistema de remuneração. Esta é, também, a realidade da VISAM de outros municípios brasileiros em que foram encontradas deficiências na formação e capacitação dos profissionais (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; MICHALOSKI, 2008; LEAL; TEIXEIRA, 2009; JULIANO; ASSIS, 2004), quantidade insuficiente (LEAL; TEIXEIRA, 2009), recursos humanos temporários (JULIANO; ASSIS, 2004) e gratificação insuficiente (LEAL; TEIXEIRA, 2009).

Mesmo com as carências encontradas no elenco das ações para a estruturação e fortalecimento da gestão, os dados mostram certa tendência de evolução em termos das dimensões estudadas que parece ocorrer a partir da estruturação legal, física e de recursos materiais e que se apresentam melhor organizadas nas VISAM dos municípios participantes, mas que, em face das deficiências na estrutura administrativa e de gestão de pessoas, não conseguem avançar nos itens pertinentes aos fatores relevantes para o fortalecimento da gestão, como no planejamento, controle e avaliação. Estes resultados corroboram com a teoria de Donabedian, no sentido de que há uma tendência de evolução das ações ou serviços avaliados em termos de contexto-estrutura-processos-resultados (MIRANDA; CARVALHO; CAVALCANTE, 2012; NOVAES, 2000; SILVA; FORMIGLI, 1994).

As ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário demonstraram avanços, mesmo que tímidos, quanto à realização de ações integradas entre os órgãos municipais que atuam ou que se relacionam com a saúde e, também, no que diz respeito ao atendimento às demandas e reclamações. Progresso quanto ao processo de articulações interinstitucionais no âmbito da VISAM também são encontrados em resultados de outro estudo (JULIANO; ASSIS, 2004).

Considerando que as ações de monitoramento de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde se constituem no norte que fundamenta o processo de trabalho da VISAM (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; COHEN, 2009), das quais resultam os Alvarás de Funcionamento dos estabelecimentos, e que neste estudo tais atividades são

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

procedimentos implementados em pouco mais da metade dos municípios, fica evidenciado que, infelizmente, quase a metade dos municípios tem deixado de executar as ações básicas não compartilhadas consideradas de baixa complexidade. O sistema de informação de qualidade da água para o consumo humano (SISAGUA) pareceu representar as ações fundamentais das VISAM participantes do estudo, mesmo que aquelas pertinentes às análises laboratoriais para monitoramento de produtos de interesse das VISAM encontravam-se implantadas em menos da metade dos municípios estudados.

Uma associação entre o tamanho do município e as respostas dos coordenadores ao questionário CT foi encontrada somente para cinco de suas questões, indicando que em alguns dos municípios de maior porte há procedimentos que ocorrem de modo diferente do que nos demais. Os poucos resultados neste sentido sugerem que o fato das VISAM se encontrarem melhor estruturadas para o exercício das suas atribuições é devido a fatores outros que não o tamanho do município em termos populacionais. Relativamente à associação entre tamanho do município e os resultados das avaliações da VISAM, um estudo encontrou que na maior parte dos pequenos municípios brasileiros há dificuldades na gestão e na provisão de recursos que resultam na não realização de atividades que são típicas da VISAM, ou na sua execução de forma precária (DE SETA; DAIN, 2010). Também é importante lembrar que os resultados aqui descritos referem-se às avaliações dos gestores sobre a estrutura e funcionamento dos serviços e, neste sentido, são permeados pela ótica subjetiva dos respondentes.

Mesmo com as diretrizes da ANVISA e os compromissos pactuados com o Estado e este com os municípios, observa-se que as funções das VISAM ainda são desempenhadas de forma precária na maior parte dos municípios estudados, conforme também encontrado em estudos realizados sobre os processos de descentralização da vigilância em saúde em municípios brasileiros (COHEN, 2009; MICHALOSKI, 2008; JULIANO; ASSIS, 2004; BALISTA; SANTIAGO; CORREA FILHO, 2011), em que a VISA estadual ainda executa ações de alta e média complexidade, conforme ocorre em Goiás, como forma de suprir as carências locais, em detrimento do seu real papel de coordenação e assessoramento aos municípios.

As VISAM dos municípios participantes deste estudo encontram-se inseridas em um contexto ambiental complexo e, em face das carências estruturais e organizacionais, não conseguem avançar dentro de um modelo de gestão voltado para a prestação de serviços com qualidade. Suas ações ainda são vinculadas à fiscalização, mesmo que de forma incipiente, sem ampliação para os níveis de alta e média complexidade e, muito menos, para a incorporação da educação sanitária e saúde do trabalhador. A inexistência de profissionais qualificados para o exercício das complexas e múltiplas atividades pode comprometer a qualidade dos serviços prestados. Para que consigam avançar para uma estruturação adequada à integração das ações e exerçam o controle sanitário de serviços, saúde e cadeia de consumo que apresentem potenciais riscos à saúde da população, e contribuam efetivamente com a

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

garantia e proteção da saúde da coletividade, as VISAM precisam realizar um grande esforço para romperem com muitas barreiras consideradas básicas vivenciadas no cotidiano das suas ações. Estes achados são compatíveis com resultados de estudos realizados no âmbito da VISAM de outros municípios brasileiros (COSTA, 2000; MAGALHÃES; FREITAS, 2001; PAIM; TEIXEIRA, 2007).

As VISAM nos municípios participantes deste estudo são supostamente as mais bem estruturadas, em face do critério de inclusão adotado. A realidade desvendada pode não representar aquela existente na VISAM de outros municípios goianos ou brasileiros em que o número de fiscais sanitários é ainda menor. A não inserção de duas Regionais de Saúde goianas no estudo por não contarem com mais de três profissionais atuando na VISAM, evidencia, ainda, a existência de desigualdades regionais no âmbito do Estado e aponta para a necessidade de organização da saúde de forma integral, em seus diversos componentes, o que inclui a VISA, para resultar no equilíbrio entre os critérios políticos, culturais, técnicos e territoriais, articulados ao conceito de redes de atenção à saúde e contemplando as complexas inter-relações entre escala, escopo, qualidade, acesso e geopolítico (BRASIL, 2009b), o que demanda melhores investigações.

Carece, ainda, averiguar as relações entre os resultados encontrados com outras variáveis, tais como os indicadores de saúde e de desenvolvimento econômico municipal. Estudo sobre a capacidade da gestão da vigilância epidemiológica em municípios baianos evidenciou desigualdades nas macrorregiões relacionadas ao grau de desenvolvimento econômico e social (SANTOS *et al.*, 2012). Na área da VISAM, municípios com menor IDESE (Índice de Desenvolvimento Social e Econômico) apresentaram condições de trabalho mais precárias e baixa autoestima dos profissionais (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

A metodologia de investigação aqui adotada dificulta a comparação dos resultados, mas mesmo assim pode-se inferir que as carências existentes na caracterização do trabalho da VISAM em Goiás são compatíveis com aquelas encontradas em outros estudos brasileiros (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; COHEN, 2009; MAGALHÃES; FREITAS, 2001; JULIANO; ASSIS, 2004) e que refletem as dificuldades enfrentadas pelos gestores públicos no processo de descentralização das ações de promoção da saúde definidas pelo SUS. Observa-se uma tendência de desenvolvimento de estudos com foco na construção de instrumentos a partir da identificação de dimensões de análises, como em trabalhos sobre a avaliação da gestão para o planejamento em saúde (BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011; LACERDA *et al.*, 2012), cujas metodologias aproximam-se bastante da adotada neste estudo. Pesquisa mais abrangente que inclua a VISAM de outros estados brasileiros possibilitará tal comparação e subsidiará a tomada de decisões sobre a priorização de ações para o setor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo se tratando de uma avaliação pontual e sabendo que os resultados encontrados podem se tornar difusos no complexo e amplo sistema, no qual se encontra inserida a VISAM, é fundamental ressaltar a importância do processo avaliativo desenvolvido. Alicerçado em conhecimentos científicos, possibilitou a criação de uma ferramenta, sem muita complexidade, capaz de traçar o perfil do trabalho desenvolvido pelas VISAM e identificar os pontos dificultadores na implantação das ações voltadas para o gerenciamento do risco sanitário no âmbito municipal. Pela inexistência de estudos dessa natureza, espera-se que os resultados encontrados e já retornados ao campo da pesquisa, possam instigar os gestores e trabalhadores das VISAM. Permitindo, de maneira geral, utilizarem tais informações em seus processos de tomada de decisão ou que, pelo menos, leve-os a reconhecer a importância das suas decisões e práticas para a melhoria da qualidade da saúde da população.

As carências básicas identificadas e que resultam na não execução pelos municípios estudados de atividades básicas que deveriam integrar o cotidiano das VISAM, reforçam a importância da instituição, pelos gestores públicos do setor, nas três esferas de governo. Ações urgentes, como a realização de concursos públicos, estruturação legal, física e administrativa para possibilitar que as VISAM avancem na implementação do modelo norteador das ações da VISA. Além do planejamento, execução, controle e avaliação adequada de suas políticas e ações, bem como realizar, de forma efetiva, sua principal missão de contribuir com a garantia dos preceitos constitucionais do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; STRALEN, C. Van. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.12, supl., p. 1791-1818, nov. 2007.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 759-768, abr. 2011.

BARBOSA, A. O.; COSTA, E. A. 2010. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p. 3361-3370, nov. 2010.

BATTESSINI, M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária*: uma aplicação em nível municipal. 2008. Tese (Doutorado em Engenharia). Escola

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2008.

BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2011.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-324, abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo I da Portaria nº 1.106 de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação 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. Anexo I – Elenco Norteador das Ações de VISA. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 14 maio 2010(b), n. 91, Seção I, p. 59-144 (republicação).

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 23 dez. 2009(a). Seção 1, p. 65-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p.43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 233 p.:Il–(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009(b).

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010(a). (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.13).

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012.

COHEN, M. M. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 867-901, 2009.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006.

COSTA, E.A. Conceitos e áreas de abrangência. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-48.

DE SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3307-3317, nov. 2010.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, out. 2009.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, maio 2006.

GOIÁS (Estado). Lei nº 16.140 de 02 de outubro de 2007. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, regulamentação, fiscalização e o controle dos serviços correspondentes. *Diário Oficial* [do Estado de Goiás], Goiânia, GO, 5 out. 2007.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Saúde. *Modelo Padronizado do Instrumento de Pactuação da Programação das Ações da VISA 2011/2012 – Instrumento de Monitoramento da Programação Anual das Ações de VISA*. Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, Goiânia, GO, 2010. Arquivo disponibilizado em 18/10/2010.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, Cornell University, USA, v. 28, p. 10-18, Feb. 1999.

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

LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M.; BERRETTA, I. Q.; ORTIGA, A. M. B. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, abr. 2012.

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador-BA, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, n.30, p. 167-179, jul./set. 2009.

LEVIN, J. *Estatística aplicada às ciências humanas*. 2. ed. São Paulo: Harbra, 1987.

MAGALHÃES, M. C. C.; FREITAS, R. M. Apontamentos para a discussão da vigilância sanitária no modelo de vigilância à saúde. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. (Org.). *Vigilância Sanitária (Cadernos de Saúde; 4)*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 29-37.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

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

MELO, M. A. S. *Avaliação de aspectos organizacionais da vigilância sanitária em uma amostra de municípios goianos na perspectiva de seus trabalhadores*. Goiânia, 2012. Tese (Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública). Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás.

MICHALOSKI, L. C. R. *Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do estado de São Paulo*. Botucatu, 2008. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L. B.; CAVALCANTE, C. G. C. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 913-920, abr. 2012.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.3, p. 3351-3360, nov. 2010.

OLIVEIRA NETO, F. S. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasil: Ministério da Saúde/ANVISA. Resenha. *@INTERFACEHS-Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, Brasília, v. 3, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.interfacehs.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/123/139>>. Acesso em: 13 dez. 2010.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007.

PIOVESAN, M. F.; PADRÃO, M. V. V.; DUMONT, U. M.; GONDIM, G. M.; FLORES, O.; PEDROSA, J. I.; LIMA, L. F. M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.1, p. 83-95, mar. 2005.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M.; COSTA, H. O. G.; TANAKA, O. U.; RAMOS, F. M.; SANTANA, M. C. C.; TRINDADE, B. G. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no Estado da Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 873-882, abr. 2012.

SANTOS, T. M. M. G.; SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T.; VILARINHO, L. M.; NUNES, G. B. L. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. *Revista Rene: revista da rede de enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n.3, p. 171-179, jul./set. 2010.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SINAVISA – Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária. *Manual para gestores e usuários*. Disponível em http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/manual_sinavisa_0.pdf, acesso em 16/09/2013.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p. 3329-3340, nov. 2010.

SOUZA, J. S.; STEIN, A. T. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 2225-2238, dez. 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, jun. 2005.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul./set. 2004.