

ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM CAMPINA GRANDE/PB: LIMITES E AVANÇOS NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

Emmanuelle Marie Albuquerque¹, Geraldo Medeiros Junior², Samara Costa da Nóbrega Medeiros¹, Aluska Mirtes Araujo Souza¹, Aliana Fernandes¹

¹Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Enfermagem, Rua Juvêncio Arruda s/n, emmanuelle.marie@ibest.com.br

²Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Economia e Administração, Rua Juvêncio Arruda s/n,

Resumo- O atual conceito de Vigilância Sanitária (VS) abarca um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários. Este trabalho se pautou na análise da organização do componente municipal de VS de Campina Grande (PB), tomando como eixo orientador o processo de descentralização da saúde, no período de 98 a 2005, apontando limites e avanços no cenário do sistema local de saúde. Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Como sujeitos participantes, tivemos trabalhadores em atividade no componente municipal de VS, e os que outrora trabalharam. Utilizamos-nos de entrevistas e de análise documental como instrumentos de coleta de dados. Verificamos uma restrição na atuação da VS de Campina Grande, que segue veios fiscalizatórios, eximindo-se de suas demais funções, entre elas, a promoção da saúde. No tocante aos recursos financeiros, estes se mostraram insuficientes, e não encontramos detalhamento dos gastos. Podemos concluir que a VS não vem cumprindo suas funções de forma satisfatória e em consonância com a NOB-SUS/96.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, NOB-SUS/96, Vigilância Sanitária; Descentralização da Saúde.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15º a 18º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado pelas três instâncias governamentais, União, Estados e Municípios, desde que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária (BRASIL, 1999).

Segundo Costa (1999), a vigilância sanitária conforma um “campo singular de articulações complexas entre o domínio econômico, o jurídico e o médico sanitário”, responsável pelo controle de riscos e prevenção de danos à saúde relacionados com o consumo de produtos, tecnologias e serviços de interesse sanitário, que podem ser decorrentes de defeitos ou falhas de fabricação, falhas de diagnóstico, inadequação da prescrição, dentre outras, e de atitudes ilícitas de fabricantes, comerciantes ou prestadores de serviços.

O município de Campina Grande, espaço de realização do presente estudo, integra o Sistema Único de Saúde (SUS) com o Estado e a União de acordo com as diretrizes estabelecidas na sua Lei Orgânica Municipal (CAMPINA GRANDE, 1990), e encontra-se habilitado na Gestão Plena de Sistema, nos termos na NOB/SUS 96 (1996). Sabemos que o processo de municipalização deste município vem se firmando, com atuação cada vez mais marcante da sociedade, com avanços e entraves, na dependência do poder

político, porém existindo, e conquistando seu espaço paulatinamente (FERNANDES; MAIA, 2004).

É nesse contexto que se situa o campo da vigilância sanitária municipal, uma arena de conflitos e contradições, permeadas por implicações econômicas, jurídicas, políticas, éticas e sociais, onde penetramos para desvendar os elementos que conformam a sua organização, como parte do processo de descentralização da saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, numa perspectiva histórico-social, cujo recorte espacial foi a Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Campina Grande (PB). Tivemos como sujeitos participantes trabalhadores em atividade no componente municipal de VS, bem como aqueles que ocuparam o cargo de gestor da saúde e/ou da gerência da VS no município, profissionais de nível superior em exercício profissional, inspetores e agentes sanitários, funcionários efetivos lotados na instituição, com nível elementar e fundamental de escolaridade.

Utilizamos no trabalho de campo as técnicas de entrevista não-estruturada e pesquisa documental, por constituírem-se, ambas, numa valiosa técnica de abordagem de material qualitativo (BAUER; GASKELL, 2002).

O roteiro informal da entrevista constou de informações acerca do participante do estudo, aspectos da organização e do processo de descentralização da VS, do município sobre a política local de saúde e a inserção da VS nessa política, assim como os limites e avanços dessas ações. As entrevistas foram realizadas na segunda etapa da pesquisa servindo como comprovação e/ou comparação com as análises primeiras. No estudo documental (dados secundários) foram utilizados: Plano Municipal, Relatório de Gestão, Ofícios e Portarias (que dizem respeito à VS) Lei Orgânica do Município, Orçamentos etc.

Na análise dos dados, tomamos como referência a proposta hermenêutico-dialética, sistematizada por Minayo (1998) “como um caminho do pensamento”. A união destas duas concepções, segundo a autora, busca: “O texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significados específicos”.

Para operacionalização da proposta procedemos à organização do conjunto de material obtido através das entrevistas e da análise documental: organizamos o material selecionando aqueles referentes aos depoimentos dos sujeitos entrevistados e aos conteúdos provenientes dos documentos, no sentido de confrontar as falas dos diversos sujeitos e de complementar as evidências captadas no cenário social investigado.

Resultados

Ao término da pesquisa encontramos uma quantidade significativa de dados e, sobretudo de questionamentos, os quais nos fizemos ao longo do estudo. Deparamos-nos ao longo do processo com entraves e barreiras na nossa constante indagação acerca do que nos era exposto, incluindo a falta dos relatórios de gestão da VS dos anos de 1998 a 2001, ou: cuja ausência era inexplicável.

A Vigilância Sanitária de Campina Grande ocupa três salas de um edifício, contudo estas salas não possuem uma estrutura adequada à dinâmica da instituição, as mesmas são muito pequenas, não possuem interligação, o que dificulta a comunicação entre os funcionários. Não existe um ambiente apropriado para as reuniões e/ou palestras, não há instalações para o armazenamento dos materiais apreendidos durante as inspeções. O arquivo morto está confinado em um espaço mínimo e pouco acessível, o que dificulta o trabalho da equipe, fazendo com que este seja lento e pouco resolutivo, o que coloca o serviço em igualdade com os resultados apresentados por Cohen;

Moura e Tomazelli (2004), onde estes destacam a precariedade em que se encontram as infra-estruturas organizacional e operacional das VS's, com ênfase ao espaço físico e sistemas de informação, ausentes em sua maioria.

Da mesma forma, como se caracteriza de forma nacional, a VS Campina Grande, tende a cumprir apenas suas funções de fiscalização, fato que se torna bastante visível com a leitura dos relatórios de gestão, onde a maioria das ações desenvolvidas se referia à emissão de alvarás e resolução de denúncias. Conforme se pode ver no Gráfico 1 abaixo:

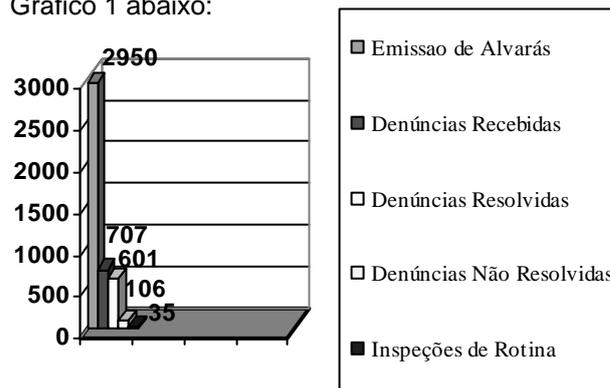


Gráfico 1 - Ações desenvolvidas na VISA durante os anos de 2000 a 2004.

Em estudo realizado por Piovesan et al (2005) em oito municípios do estado da Paraíba pode-se perceber que as atividades das VS em análise independentemente do porte do município circunscrevem-se ao recebimento de denúncias e cadastramento de estabelecimentos, em boa parte desatualizado (62,5%) e em sua totalidade (100%) não informatizado. Além disso, a pesquisa constatou que 100% destes serviços não possuíam infra-estrutura de suporte para a fiscalização.

Para a adequação à NOB-SUS/96, ocorreu entre os anos de 2003 e 2004 uma reorganização funcional da VISA, esta foi dividida em:

Nível central: formada pelo núcleo de formação e qualificação de recursos humanos, o arquivo geral, o setor de protocolo e a gerência responsabilizam-se pela coordenação de ações gerais, práticas educativas e pela integração dos distritos sanitários.

Equipe distrital: localizada na sede dos distritos sanitários, tem como função planejar e executar as atividades da VISA (fiscalização, coleta de dados, elaboração e execução de projetos) nos distritos.

Equipe básica: formada por agentes comunitários (PEVA) e agentes das equipes de Saúde na Família, capacitados previamente para a identificação de riscos sanitários, compõe o centro de diagnóstico para as equipes distritais.

No tocante a Programação Pactuada Integrada (PPI), que também define ações base da

Vigilância Sanitária, sendo algumas destas ações ainda em fase de implantação, (a exemplo da ação educativa para as equipes de PACS e PSF), a VS alcançou uma média de 66,8% em inspeções de alimentos; 80% em inspeções de creches; 58,45% em inspeções de estabelecimentos de ensino fundamental e 75% de inspeções em estações rodoviárias.

Neste período tramitaram R\$ 274.473.195,85 reais no Fundo Municipal de Saúde (FMS-CG), referentes ao PAB-Fixo, a atenção de média e alta complexidade, as ações estratégicas e o PAB-Ampliado, sendo este último constituído pelo programa de Vigilância Sanitária, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Farmácia Básica, Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Epidemiologia e Controle de Doenças. Deste montante orçamentário, em média, 0,18% foi destinado a VS. Conforme ratifica Lima e Reis (2002), onde afirmam que os recursos financeiros destinados a VS são escassos e não corroboram para o bom funcionamento das mesmas, já que a escassez de recursos gera por si, a falta de materiais para o trabalho bem como causa a desestimulação do funcionalismo. A nós interessa neste momento a receita referente à Vigilância Sanitária, que será apresentada na tabela subsequente.

Tabela 1: Balanços e balancetes do FMS de 2000 a 2005.

PAB-Ampliado: Ações de Vigilância Sanitária	Dotação Orçamentária	Receitas Totais	Despesas Empenhadas
2000	R\$96.000,00	R\$73.436,90	Dados não Encontrados
2001	R\$96.800,00	R\$81.671,79	R\$138.117,18
2002	Dados não Encontrados	R\$89.631,48	R\$132.445,83
2003	Dados não Encontrados	R\$82.715,05	R\$91.668,23
2004	R\$391.000,00	R\$90.916,94	R\$305.446,06
2005	R\$416.489,00	R\$99.005,53	R\$233.851,81
Total	R\$1.000.289,00	R\$517.377,69	R\$901.529,17

Como se pode perceber as despesas em relação às receitas, aumentaram gradativamente durante os anos trabalhados, e culminaram no ano de 2005 com 135% de acréscimo em cima do valor de receita, o que nos leva a pensar quais os procedimentos estão fazendo estas despesas aumentarem. Sabemos que a soma para toldar este déficit é oriunda de transferências feitas da Secretaria de Finanças ao FMS, contudo nos indagamos quanto desse “déficit” é saldado e se o Tesouro Municipal dispõe confortavelmente desse montante que se amplia a cada ano.

Discussão

A Vigilância Sanitária, como definição da Lei Orgânica de Saúde, existe para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse para a saúde, cabendo a ela executar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

As ações desenvolvidas pela VS, conforme denota o anteriormente mencionado Gráfico 01, deixam claro que esta não cumpriu sua principal meta, que é a promoção da saúde, tendo em vista que, as inspeções que deveriam ter ocorrido para verificação da qualidade do trabalho de diversas categorias não se desenvolveu a contento, praticamente não existiu. Outro impasse apresentado foi a não resolução de algumas denúncias sem motivo aparente.

A Vigilância Sanitária integra o SUS com o Estado e a União, de acordo com as diretrizes estabelecidas na sua Lei Orgânica Municipal (Campina Grande, 1990). O Município encontra-se habilitado na Gestão Plena de Sistema nos termos na NOB/SUS 96, esta mesma NOB estabelece mecanismos para se efetivar a descentralização das ações da Vigilância Sanitária, mas qual a efetiva função da Vigilância neste contexto? A VS desenvolve ações eminentemente fiscalizatórias, com déficit em suas funções de proteção e promoção da saúde, bem como de intervenção nos problemas sanitários em decorrência de produção, distribuição e uso de bens e serviços.

No tocante aos recursos financeiros, batendo despesas que superam sua receita, a Vigilância Sanitária opera em déficit, este é suprido por transferências Municipais ao FMS/CG. Destacamos que não encontramos documentos que detalhem as despesas, e se este repasse municipal supre realmente as necessidades da VS. Quanto às despesas superarem sempre a receita, a falta de planejamento orçamentário é provavelmente a responsável pelos transtornos que a VS sofreu e sofre cotidianamente em termos financeiros, afinal, durante a pesquisa ficou-nos

claro que não existe planejamento nesse componente.

Conclusão

Com base no exposto, podemos avaliar que a VS não vem cumprindo suas funções de forma satisfatória e em consonância com a NOB-SUS/96, tendo em vista que seguindo uma tendência nacional, a mesma segue veios fiscalizatórios, eximindo-se de suas funções de prevenção e proteção da saúde. Outrossim, suas atuações de fiscalização não correspondem ao esperado, visto que, acontecem em número abaixo do necessário. Não foram encontrados sistemas de informação instalados, e a mesma sequer funciona em rede de computadores, demonstrando que não foi cumprida a meta do Plano Municipal de Saúde em desenvolver o sistema de informação. Os mecanismos de controle social são precários, pois a própria população desconhece que tem direito a informações da VS, bem como não devem saber que podem e devem fazer reivindicações à mesma, inclusive, Fernandes; Maia (2004), afirmam que, o controle social é indispensável para a consolidação da descentralização de um sistema único no país, atuando como forma de impedir desvios orçamentários, em todas as instâncias do poder, devido ao seu caráter governamental próprio, e sua autonomia política.

No tocante aos balanços e balancetes referentes a VS, contradições foram encontradas, a citar, a diferença sempre presente entre receita e despesa, o que faz com que a VS atue sempre com um déficit orçamentário, déficit este que contribui para a falta de materiais, estrutura física deficitária, enfim, para uma morosidade na resolução dos casos. E sabemos que estes “problemas” atingem, sobretudo, o usuário do sistema que conseqüentemente terá suas necessidades atendidas em longo prazo, quando conseguem que sejam atendidas.

É sabido que desde a municipalização da saúde em Campina Grande, muito se tem avançado no quesito Vigilância Sanitária, e que muito se tem ainda a avançar, mas são através desses avanços e entraves, que se vão construindo o processo de consolidação do SUS e das ações descentralizadas de saúde.

Referências

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes. 2002.

BRASIL. **NOB-SUS 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário

Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. **Lei nº 9.782**. Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de janeiro de 1999.

CAMPINA GRANDE. Câmara Municipal. **Lei Orgânica do Município**. Campina Grande. 1990.

COHEN, M.; MOURA, M. L.; TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em gestão plena, Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol 7, n.3, 2003.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FERNANDES, A; MAIA, C. L. **Dos autores e dos cenários: municipalização da saúde em Campina Grande (PB)**. Campina Grande: Eduerp, 2004 p 95

LIMA L. C., REIS L. G. **Levantamento da situação dos serviços de Vigilância Sanitária no país**. Rio de Janeiro: mimeo, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1998.

PIOVESAN et al. **Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol 8, 2005.