

Descentralização da saúde em Campina Grande, Paraíba, no âmbito da Vigilância Sanitária

*Decentralization of healthcare in Campina Grande,
Paraíba State, in the field of Sanitary Inspection*

Emmanuelle Marie Albuquerque*
Aliana Fernandes Guimarães**
Samara Costa da Nóbrega Medeiros***
Geraldo Medeiros Júnior****

Resumo: Durante o processo de descentralização político-administrativa, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, visando ao fortalecimento das ações descentralizadas do SUS. Este trabalho se pautou na análise da organização do componente municipal de Vigilância Sanitária (VISA) de Campina Grande (PB), tomando como eixo orientador o processo de descentralização da saúde, no período de 1998 a 2005. Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujo recorte espacial foi a Gerência de Vigilância Sanitária, e para operacionalização da proposta hermenêutica-dialética, confrontamos as falas dos sujeitos participantes, com a análise do material documental. Verificamos uma restrição na atuação da VISA que segue veios fiscalizatórios, eximindo-se de suas demais funções, entre elas, a promoção da saúde. Contudo, a VISA tem-se esforçado, objetivando sua adequação a NOB-SUS/1996. No tocante aos recursos financeiros, estes se mostraram insuficientes, e não encontramos detalhamento dos gastos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; vigilância sanitária; descentralização da saúde.

Introdução

O Brasil ao longo de décadas vem se submetendo a processos de não resolução das estruturas de poder político-administrativas, conforme asseveram Fernandes; Maia, (2004) tendo-se o primeiro período, centralizador, retratado no regime militar-autoritário (dos anos de 1960 a 1970); o segundo período, orientado para a descentralização (anos de 1980). O terceiro período é indefinido quanto ao modelo de federação,

* Graduanda em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade Estadual da Paraíba.

** Enfermeira, Doutora em Biologia (Universidade de Córdoba). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

*** Graduanda em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade Estadual da Paraíba.

**** Economista, Mestre em Economia (Universidade federal da Paraíba), Professor do Departamento de Economia e Administração da Universidade Estadual da Paraíba.

mas com traços de recentralização e ausência marcante de mecanismos cooperativos, denominado de federalismo predatório, vigente durante os anos de 1990.

Uma gestão descentralizada impõe mudanças nas estruturas do poder e nos ambientes sociais, visto que, estas deixam de ser coadjuvantes do processo e passam a exercer papéis fundamentais.

O somatório das Leis nº 8.080, nº 8.142 e da Constituição Federal, legitimam a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade

A Constituição Federal de 1988 apresenta no capítulo sobre a Seguridade Social na seção II, os parâmetros fundamentais que irão direcionar as políticas de saúde, modelando o SUS, enfatizando a municipalização e estabelecendo o terreno das discussões políticas e técnicas nas diferentes esferas governamentais.

Com a inserção da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/1993), Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/1996) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001), puderam ser regulamentadas a divisão de responsabilidades entre a União, Estados e Municípios. Definiu-se, outrossim, o processo de habilitação de Estados e Municípios; e os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos.

O processo de descentralização do SUS, com as referidas normas (no presente estudo trataremos mais especificamente da NOB-SUS 01/1996, por contemplar o objeto e o recorte temporal do estudo) possibilitaram a implementação de medidas que fortaleceram a gestão local.

No entanto, Fernandes; Maia, (2004) ressaltam limites iniciais na sua operacionalização, caracterizado por um forte viés municipalista, cabendo às secretarias estaduais um papel secundário no processo. Argumentam ainda, a intensificação dos conflitos de forma horizontal, entre os municípios com o cerceamento de demandas por atendimento à saúde, advindas de municípios vizinhos, com comprometimento da solidariedade e do compartilhamento das responsabilidades de gestão.

Esses limites vêm sendo superados gradativamente, à medida que se ajustam às diferentes responsabilidades da União, Estados e Municípios com critérios e parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, pelas Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde.

A NOB-SUS 01/1996 organiza o processo de gestão em modalidades: as modalidades de gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os Municípios; e as modalidades de gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema para os Estados, com repasse automático de recursos. Essas formas de gestão se diferenciam

em nível de responsabilidade, conferindo autonomia ao gestor municipal na gestão plena do sistema, para gerir tal sistema como um todo, abrangendo as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Maia, (2003, p.77), a NOB/1996 apresenta ações de incentivo à descentralização, tais como o estabelecimento do Piso de Atenção Básica (PAB), sendo necessário para receber este percentual o desdobro de ações de vigilância sanitária, o combate às carências nutricionais, programas de saúde na família (PSF) e de agentes comunitários.

Na construção do processo de descentralização político-administrativa, é criado o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), sob as diretrizes da Portaria 1.565, de 26 de agosto de 1994 (Brasil, 1994). Sua organização buscava a descentralização das execuções dos serviços e ações da União para os Estados e Municípios, e dos Estados para os Municípios e instâncias regionais, estabelecendo as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS.

Atualmente, compete ao órgão federal (Anvisa) as atividades referentes a normatização e controle da produção e circulação de produtos e de força de trabalho, e aos demais níveis, as atividades referentes aos estabelecimentos comerciais, serviços de saúde, a fiscalização no comércio e a pequena produção (Costa, 1999). Tendo-se por base o exposto, se faz basilar o entendimento de que no processo de descentralização das ações de vigilância Sanitária, devem ser consideradas as questões que permeiam essa área, cujas ações devem estar integradas de acordo com as especificidades e competência dos níveis de gestão. Iremos neste trabalho analisar a organização do componente municipal de Vigilância Sanitária de Campina Grande (PB), tomando como eixo orientador o processo de descentralização da saúde, no período de 1998 a 2005, apontando limites e avanços no cenário do sistema local de saúde.

Para análise do processo de gestão descentralizada das ações de vigilância Sanitária no município de Campina Grande, incorporamos a descentralização da saúde como um processo social, determinado pelo contexto histórico e político, marcado, no sentido de compreender o papel protagônico do município no exercício da responsabilidade sanitária.

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).

As ações básicas de vigilância Sanitária anteriormente desenvolvida pela Divisão de Vigilância Sanitária, fundada em 1989, são desenvolvidas atualmente pela Gerência de Vigilância Sanitária

(GEVISA), criada em 2002, entretanto, ainda, sem código sanitário definido e pleno de direito.

Os sujeitos participantes foram os trabalhadores em atividade no componente municipal de VISA, bem como aqueles que ocuparam o cargo de gestor da saúde e/ou da gerência da VISA, profissionais de nível superior em exercício profissional, inspetores e agentes sanitários, funcionários efetivos lotados na GEVISA.

Utilizamos no trabalho de campo as técnicas de entrevista não-estruturada (achamos por conveniente a substituição da entrevista semi-estruturada, pela não-estruturada, como forma de dinamizar a pesquisa) e pesquisa documental, por constituírem-se, ambas, numa valiosa técnica de abordagem de material qualitativo (Turato, 2003).

O roteiro informal da entrevista constou de informações acerca do participante do estudo, aspectos da organização e do processo de descentralização da VISA do município sobre a política local de saúde e a inserção da VISA nessa política, assim como os limites e avanços dessas ações. Foram entrevistadas 15 pessoas, entre gestores, ex-gestores e funcionários da instituição. As entrevistas foram realizadas na segunda etapa da pesquisa servindo como comprovação e/ou comparação com as análises primeiras.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos

No estudo documental (dados secundários) foram utilizados: Plano Municipal, Relatório de Gestão, Ofícios e Portarias (que dizem respeito a VISA) Lei Orgânica do Município, Orçamentos etc.

Ao analisarmos os 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 (p. 233).

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 os conteúdos provenientes dos documentos, no sentido de confrontar as falas dos diversos sujeitos e de complementar as evidências captadas no cenário social investigado.

O Processo de Descentralização e a Formação do SUS

O processo de descentralização da saúde no Brasil, surge com o SUS, sendo, portanto um dos seus princípios norteadores, rumo à construção de um sistema unificado e hierarquizado. Os Estados e

Municípios passam a dispor diretamente de mais recursos fiscais, e com base nos diversos níveis de gestão adquirem também maiores responsabilidades para com a comunidade.

A estrutura jurídico-institucional da Constituição de 1988 para o SUS é complementado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, que tratam, respectivamente, da organização dos serviços e da participação comunitária. A operacionalização desta legislação tem sido feita através de diversas portarias do Ministério da Saúde, destacando-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996.

A Lei nº 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, define os papéis institucionais de cada instância governamental nos planos de gestão, estrutura de financiamento e regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo. Também prevê como atuação do SUS a definição e execução das ações de saúde do trabalhador, assistência terapêutica, corporal e farmacêutica, e as vigilâncias sanitária e epidemiológica (Brasil, 1990).

Estabelece princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde: universalidade de acesso; integralidade e igualdade na assistência; direito à informação, inclusive quanto ao potencial dos serviços a seus usuários; utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades e alocação de recursos.

Orientação programática a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a descentralização para municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico da União, Estados e Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde.

Entende-se como municipalização a efetiva constituição de sistemas municipais de saúde, com modelos de gestão e de atenção à saúde que possam ser efetivamente assumidos dentro de uma perspectiva de um Sistema Único, compartilhado pelas três esferas de governo.

Com relação à organização, direção e gestão do SUS, a Lei estabelece os seguintes princípios: direção única exercida em cada esfera de governo, pelo Ministério da Saúde na União, pelas Secretarias de Saúde nos Estados, Distrito Federal e municípios. Os Municípios, ficam autorizados a constituírem consórcios para desenvolver em conjunto as ações de saúde que lhes sejam correspondentes.

De acordo com Bodstein (2002)

A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade inquestionável.

As Leis nº 8.080 e nº 8.142 se unem para originar a Lei Orgânica da Saúde (LOS), e esta definiu os princípios, diretrizes, espaços, papéis responsabilidades e critérios para o financiamento do SUS (Maia, 2003).

Percebe-se que a construção de um novo sistema de saúde impôs mudanças nos diversos níveis de poder, e estas, são responsáveis direta e indiretamente por modificações sócio-econômicas e culturais. A respeito desse processo, Mendes (1999, p.67) diz que: “[...] impõe-se reiterar o caráter processual do SUS e a necessidade de dar tempo e condições a esse processo social que, por envolver mudança paradigmática, transformação cultural, portanto será por natureza, de maturação lenta”.

A NOB-SUS/1996, parte importante no processo de operacionalização da descentralização e do próprio SUS, traz por objetivos a promoção e consolidação do exercício pleno por parte do poder Municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes. Caracteriza a responsabilidade sanitária de cada gestor explicitando um novo pacto para a saúde. A reorganização do modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde (Mansur, 2001).

Surge com a NOB/1996 o aumento da participação em porcentagem (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e Municípios, reduzindo a transferência de remuneração por serviços prestados. E ocorre conforme assevera Scotti, (1996)

O fortalecimento da gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores. O estabelecimento de vínculo entre o cidadão e o SUS, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela criando o cartão SUS municipal.

Segundo (Medeiros, 1999), é a reforma sanitária, composta por diversas categorias sociais e representada pelos conselhos de saúde, que se vem erguendo o SUS juntamente com os níveis mais elevados de poder, havendo, portanto a possibilidade de atuação da população na construção das políticas públicas de saúde.

Vigilância Sanitária: definição e competências

Designa-se vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de eliminar, prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade; intervir nos problemas sanitários decorrentes desde produção ao uso de bens de capital e consumo; exercer fiscalização, controle sobre o meio ambiente e fatores inerentes à qualidade (Brasil, 1990).

A atuação da vigilância sanitária requer fundamentação epidemiológica voltada para a prevenção de mudanças nos fatores determinantes da saúde individual e coletiva, ou seja, todos os serviços do SUS participam da Vigilância em Saúde, mediante colaboração na

comunicação aos órgãos competentes e situações que exijam medidas corretivas (Brasil, 1994).

Tendo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária à função de primar pela saúde dos indivíduos, estabelece-se que à União e aos Estados cabe legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde e, aos Municípios, legislar sobre interesses locais e que complementem ou suplementem a legislação federal e estadual, (Brasil, 1994).

Sabe-se que cada instância define, administrativamente, os mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; utilização dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde (Brasil, 1990).

Em 1999 cria-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, passando a esta a Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; exercendo atividades desde regulação à fiscalização em vigilância sanitária, devendo a ANVISA definir as políticas nacionais de vigilância sanitária.

As bases de atuação do SNVS incluem a descentralização da execução dos serviços e ações da União para os Estados e Municípios e planejamento de prioridades embasado nas realidades loco-regionais; devendo-se estabelecer uma equipe multidisciplinar para atender à diversidade de funções como defesa e proteção da saúde (Brasil, 1999).

Deverá ocorrer, outrossim, a implantação de um Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária que permita: a coleta, o processamento, a consolidação e análise de informações pertinentes às atividades de fiscalização e controle da produção de serviços; o monitoramento de fatores de risco à saúde e a democratização destas informações.

De acordo com a portaria nº1565/1994 o SNVS atuará concomitantemente com a vigilância epidemiológica, e será orientado por aspectos como a formulação de política de saúde embasada nos fatores econômicos e sociais, determinantes de agravos à saúde e a coleta sistemática, com vistas à formulação de políticas, planos e programas.

A partir desses aspectos se faz claro que a Vigilância Sanitária atuará, quando necessário, conjuntamente com órgãos de defesa do consumidor, a fim de fazer valer os direitos do mesmo e, assim, cumprir seus princípios básicos que são a proteção e promoção da saúde.

Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros, destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal, definindo-o pela multiplicação de um valor *per capita* nacional, cuja transferência dá-se automaticamente ao fundo de saúde dos municípios conforme condições estipuladas na NOB/1996 (Brasil, 2003).

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como, o valor *per capita* nacional único (base de cálculo deste Piso), são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nessa definição, deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS) Bittencourt, (2000).

Resultados e Discussões

A Vigilância Sanitária 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 prestação de serviços de interesse para a saúde, cabendo a ela executar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

A GEVISA 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.

Salienta-se a inexistência de ambiente apropriado para as reuniões e palestras; faltam 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.

Revelam um déficit de equipamentos, a exemplo dos computadores, o que retarda a elaboração de relatórios, ofícios e outros documentos, bem como dificulta o acesso a Internet. Faltam câmeras e termômetros para a coleta de dados, o que limita a quantidade de inspeções.

Não foram encontrados sistemas de informação. Sua implantação estava prevista no Plano Municipal 2002-2004, contudo tal iniciativa não foi realizada. A carência de estações móveis de rádio impossibilita a integração entre as equipes de fiscalização entre si e com as coordenações dos núcleos, restringindo o poder de atuação da GEVISA.

Semelhante à caracterização nacional, a referida VISA, cumpre 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 a emissão de alvarás e resolução de denúncias. Conforme se pode ver no gráfico abaixo:

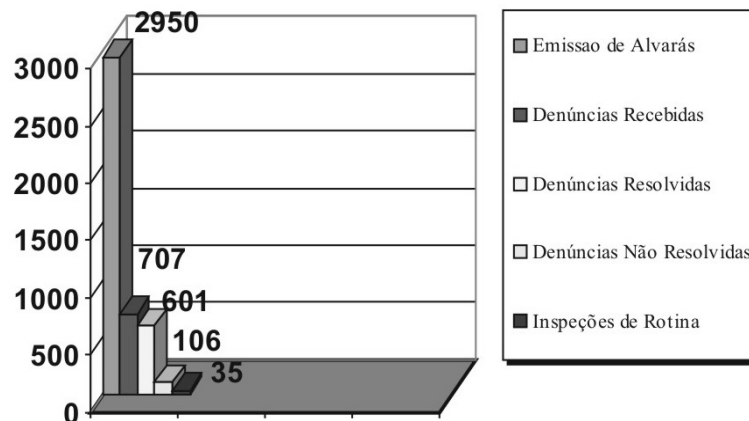


Gráfico 1- Ações desenvolvidas na VISA durante os anos de 2000 a 2004.

As ações desenvolvidas pela VISA, conforme denota o gráfico, 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 inexistiu.

A VISA-CG 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.

A VISA reorganizou-se funcionalmente entre os anos de 2003 e 2004 (atendendo à NOB-SUS/1996), dividindo-se em nível central, formada pelo núcleo de formação e qualificação de recursos humanos; equipe distrital, localizada na sede dos distritos sanitários; equipe básica, formada por agentes comunitários e agentes das equipes de saúde na família.

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

PAB-Ampliado: Ações de Vigilância Sanitária

Após inúmeras investidas junto ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), nos foi possível o vislumbre de alguns balancetes de receita. Consequentemente, a análise de Dotação Orçamentária, Receita Total e as Despesas Empenhadas (onde não incluem os gastos com o funcionalismo), referentes a VISA, que compreendem período de 2000 a 2005.

Neste período tramitaram R\$ 274.473.195,85 reais no FMS-CG, referentes ao PAB-Fixo, a atenção de média e alta complexidade, as ações estratégicas e o PAB-Ampliado, Deste montante orçamentários, 0,18% foi destinado a VISA. A nós interessa neste momento a receita referente à Vigilância Sanitária, que será apresentada na tabela subsequente¹:

¹ FONTE: Balancetes mensais do FMS/CG, 2000 a 2005.

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

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

Considerações

Com base no exposto, podemos avaliar que a GEVISA não vem cumprindo suas funções de forma satisfatória e em consonância com a NOB-SUS/1996, tendo em vista que seguindo uma tendência nacional, a mesma segue veios fiscalizatórios, eximindo-se de suas funções de prevenção e proteção da saúde.

As atuações de fiscalização da GEVISA 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.

Sobre os mecanismos de controle social, estes são precários, pois a própria população desconhece que tem direito a informações da VISA, bem como não devem saber que podem e devem fazer reivindicações à mesma.

No tocante aos balanços e balancetes referentes a VISA, contradições foram encontradas, como a diferença vislumbrada entre receita e despesa, permeando a VISA atuar 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.

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.

Abstract: The National Sanitary Inspection System was created to reinforce the decentralization of Brazil's Single Healthcare System. This paper analyzes the organization of the municipal component of Sanitary Inspection (VISA) in Campina Grande (PB), focusing on the decentralization of healthcare from 1998 to 2005. A qualitative exploratory study was made that focused on the Management of Sanitary Inspection. To conduct the hermeneutic-dialectic proposal, statements from participating subjects were compared with an analysis of associated documents. Limitations were found in the VISA program that

conducted inspections but no other functions, including ones to promote good health. The study did recognize efforts made to adapt VISA to the requirements of NOB-SUS/1996. Financial resources for the project were insufficient, although a detailed budget was not made available.

Keywords: single healthcare system; sanitary inspection; decentralization of healthcare.

Referências

BITTENCOURT, Raquel. *A Descentralização da Vigilância Sanitária*. Santa Catarina, 2000 Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 3 de Julho de 2006.

BODSTEIN, R Atenção Básica na Agenda de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 12 de Agosto de 2005.

BRASIL. Constituição(1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. 1990.

_____.Lei nº8.142. 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. 1990.

_____. Portaria nº 1.565. Define o sistema nacional de vigilância sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização de execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de Agosto de 1994.

_____. NOB-SUS 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de Maio de 1993.

_____. 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.

_____. 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.

_____.Portaria nº 2473. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de Dezembro de 2003.

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

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2002-2004. . Campina Grande, 2002.34p.

_____. Fundo Municipal de Saúde. Balanços e Balancetes: exercício de 2000 a 2005. Campina Grande, 2006.

_____. GEVISA. Relatório anual de atividades: exercício de 2000 a 2005.. Campina Grande, 2006.

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

MAIA, C. L. *A construção da gestão municipalizada em Campina Grande: a saúde e seu processo histórico-social de 1987 a 2000*. 2003. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2003.

MANSUR, Marília Coser. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

MEDEIROS JR, G. *Desafios da Municipalização da Saúde: Evolução do Fundo Municipal de Saúde e Perspectivas de Implantação de um Novo Modelo de Saúde em Campina Grande*. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 1999.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

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

SCOTTI, Ricardo F. *Informações sobre a NOB-96: Um novo modelo de Gestão do SUS*. Ministério da Saúde. Brasília, 1996. Siqueira, S. V. Et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60. Jan/Abr. 2002.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes. 2003.

