

Avaliação da descentralização das práticas de Vigilância Sanitária do município de Olinda, Pernambuco

Evaluation of the decentralization of the sanitary surveillance practices of the municipality of Olinda, Pernambuco

Julieth Merelis Rodrigues da Silva^{1,*} 

Marília Teixeira de Siqueira^{II} 

José Carlos Cazumbá^{II} 

Karine Santos de Almeida^I 

Noêmia Teixeira de Siqueira Filha^{III, IV} 

RESUMO

Introdução: As ações de vigilância sanitária (Visa) devem estar pautadas para manter a sociedade informada sobre os riscos à saúde e as avaliações periódicas são importantes para ampliar o poder de operação e decisão local da gestão. **Objetivo:** Avaliar o grau de implantação (GI) da descentralização das práticas de Visa no município de Olinda, Pernambuco. **Método:** Foi realizada uma avaliação normativa dos componentes estrutura e processo a partir de um modelo lógico que corresponde à imagem-objetivo da descentralização das práticas de Visa. Adotou-se um questionário estruturado e autoaplicável para uma amostra aleatória, estratificada e representativa dos profissionais por divisões e setores. A descentralização das práticas de Visa foi classificada segundo sistema de escores: GI incipiente (até 33,3%), parcial (33,4% a 66,6%) e implantado (66,7% a 100,0%). **Resultados:** O GI da descentralização das práticas de Visa em Olinda foi avaliado como parcial por 62,3% dos profissionais, sendo 55,0% para a estrutura e 84,2% para o processo. Observaram-se diferenças quanto à avaliação do GI entre gerentes e inspetores/agentes sanitários, bem como diferenças quanto à pontuação dos subcomponentes e respectivo GI. **Conclusões:** A descentralização das ações de Visa está parcialmente implantada e o planejamento e avaliação são fundamentais para fortalecer o processo do Sistema Único de Saúde de Olinda.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde; Descentralização; Vigilância Sanitária

ABSTRACT

Introduction: The Sanitary Surveillance Actions (Visa) informs the population about risks to health. Health system evaluations are important to amplify the Visa actions and inform policy makers. **Objective:** Evaluate the level of implementation of decentralized practices in the Visa at the municipality of Olinda, Pernambuco. **Methods:** Normative evaluation of two components, structure and process, adopting a logical model and image-objective approaches. A self-applied questionnaire was adopted to collect information from a stratified and representative random sample including professionals from different sectors. The decentralization was ranked according to scores: incipient (0.0%-33.33%), partial (33.4%-66.6%) and implemented (66.7%-100.0%). **Results:** 62.3% of professionals classified the level of decentralization as partial (62.3%). The structure ranked 55.0% and the process ranked 84.2%. Managers, agents and inspectors gave different scores for the evaluation components. **Conclusions:** The decentralization of the Visa was classified as partially implemented, health system evaluations have the potential to strengthen the public health system in Olinda.

KEYWORDS: Health Evaluation; Decentralization; Sanitary Surveillance

^I Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

^{II} Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

^{III} Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

^{IV} Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM), Liverpool, Reino Unido

* E-mail: merelisjulieth@gmail.com



INTRODUÇÃO

As práticas de vigilância sanitária (Visa) no Brasil datam do século XVI, com o papel de regular a produção, circulação, comercialização de bens, tecnologias e serviços de interesse à saúde com a finalidade de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde de consumidores e produtores^{1,2}.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), segundo a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, está constituído na esfera federal pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz). Nos estados, a Visa está incorporada às Secretarias de Saúde e a seus Laboratórios Centrais (LACEN) e, nos municípios, aos serviços de Visa³.

A descentralização entendida como a diretriz mais importante na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi sendo instalada na Visa dos municípios a partir da transferência de recursos e definição de responsabilidades na execução de ações, através da pactuação entre os entes federados^{4,5}.

A criação do SNVS propiciou repasse de recursos financeiros para estados e municípios se estruturarem e fortalecerem a descentralização das ações de Visa. No entanto, o financiamento foi implantado com a Norma Operacional Básica do SUS nº 01, de 6 de novembro de 1996, sem que tenha havido, de fato, estruturação e funcionamento das ações de Visa⁵. Críticas quanto à magnitude dos recursos financeiros⁶ e à postura centralizadora da Anvisa foram apontadas como limites para a descentralização das ações de Visa⁷.

Outras dificuldades ou fragilidades têm sido identificadas para a descentralização das ações de Visa, como: a complexidade e especificidade do seu objeto; a falta de regulamentação das competências, atribuições e monitoramento de estados e municípios; a escassez de indicadores que expressem a efetividade das ações de Visa; a manutenção de sua forma organizativa cartorial mais próxima do modelo autárquico, mais compatível com políticas públicas de mercado; a ausência de propostas para uma ação mais articulada à vigilância epidemiológica e ao SUS; a desarticulação entre as ações das vigilâncias e destas com as de assistência; o processo de descentralização das ações de Visa mais tardio, irregular quando comparado à vigilância epidemiológica e assistência à saúde com competências padronizadas em cada esfera; e a baixa capacidade de avaliar o processo de descentralização^{4,8,9,10,11}.

A experiência com avaliação no ocidente é muito recente quando comparada à do oriente¹² e, no setor saúde, foi inicialmente aplicada em tratamentos de doenças infecciosas e sistemas de informação nos países desenvolvidos¹³. A avaliação propunha-se a mensurar, descrever e julgar, centrada na gestão e limitada participação da sociedade¹⁴.

No Brasil, a avaliação em saúde é instituída como objeto de investigação no final dos anos 80 do século XX com estudos das políticas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas

Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), articuladas com o movimento da reforma sanitária brasileira¹⁵.

Nas décadas seguintes, setores foram instalados no Ministério da Saúde para formular e conduzir os processos avaliativos da atenção básica¹⁶, mas a institucionalização da avaliação em saúde ainda é um desafio¹⁷. Entende-se que a avaliação é uma estratégia de fortalecimento da aprendizagem organizacional, voltadas para a qualificação do SUS¹⁸.

Estudos de análise de situação e contexto da descentralização, bem como de avaliação em saúde têm sido produzidos para a Visa^{19,20,21,22}.

A Anvisa elaborou uma proposta teórico-metodológica para avaliação de efetividade de sua ação, reconhecendo a escassez e incipiência de processos e projetos de avaliação em todas as esferas de governo. O documento apontou a fragilidade das fontes de dados, essencial para a prática de monitoramento e avaliação, identificou algumas iniciativas do SNVS para o monitoramento de indicadores de desempenho e sugeriu a criação de redes colaborativas de cooperação técnica, formação de competências, articulação intersetorial e fomento à gestão do conhecimento, estudos e pesquisas em Visa¹⁸.

Nesta proposta, adotou-se um modelo lógico com os seguintes componentes e subcomponentes da Visa: gestão (planejamento, formação de competências e gestão do conhecimento), regulação (legislação e marco regulatório, licenciamento sanitário, regularização de produtos e serviços, e regulação de mercado), controle do risco sanitário, monitoramento do risco sanitário (produtos, serviços, resistência aos antimicrobianos, segurança do paciente, emergências em Visa), informação, comunicação e educação para a saúde (relacionamento com a sociedade e parcerias intersetoriais)¹⁸.

Considerando que a municipalização da saúde representa uma conquista e ao mesmo tempo um desafio e constitui-se como a principal ferramenta para concretizar a descentralização²³. Tendo em vista a construção de um sistema de Visa que obedeça os princípios do SUS, para reduzir a escassez de estudos na área de avaliação^{18,24}, bem como o amadorismo ou a falta de consenso quanto aos critérios e parâmetros que comprometem a comparação de experiências de descentralização, é necessário estimular que se realizem avaliações periódicas das práticas em Visa na rotina do serviço²⁵.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de implantação (GI) da descentralização das práticas da Visa no município de Olinda, Pernambuco.

MÉTODO

A seleção de publicações para este artigo foi realizada por meio de busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A opção por essas bases deveu-se



ao fato de contemplarem a produção nacional com indexação em periódicos conceituados na área da saúde. Foram utilizados como descritores os termos: avaliação em saúde; descentralização; vigilância sanitária. Optou-se por focar principalmente o conteúdo das práticas que compõem essas três áreas, devido à importância da saúde pública e às especificidades da Visa.

O estudo foi desenvolvido no município de Olinda, localizado na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco, com população de 377.779 habitantes²⁶, distribuída em 41,68 Km². O Departamento de Vigilância Sanitária (DEVS) integra a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS). O DEVS é constituído pelas seguintes divisões e setores: Controle de Alimentos (DICAL); Controle de Saneamento e Meio Ambiente (DICSAM); Controle de Medicamentos e Correlatos (DICMECO); Controle de Serviços de Saúde (DICOSS); Saúde do Trabalhador (SST), Jurídico, Engenharia/Arquitetura e Protocolo.

Para a realização desse estudo foi utilizada a avaliação normativa, caracterizada por fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo)²⁷.

A presente pesquisa foi de corte transversal, de abordagem quantitativa, cuja trajetória utilizada foi:

1. Aplicação de modelo lógico (Figura) previamente construído, que correspondeu à “imagem-objetivo” da descentralização da Visa no município, visando funcionar como referência para avaliação do GI dos componentes da Visa no tocante às práticas^{25,28}.
2. Aplicação da matriz de análise do GI, construída a partir do modelo lógico, para a avaliação da estrutura e do processo.

A população do estudo foi uma amostra aleatória estratificada das divisões e setores do DEVS composta por seis gerentes, cinco inspetores e nove agentes, que representou 40,0% dos participantes, estatutários ou contratados pela Prefeitura Municipal de Olinda com, no mínimo, cinco anos de atuação na Visa (enfermeiros, farmacêuticos, arquiteta, veterinários e técnicos de enfermagem, de farmácia e de saneamento). A Lei nº 13.077, de 20 de julho de 2006, que criou a Unidade Técnica Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa) e deu outras providências, definiu inspetor sanitário como o profissional de nível superior com formação na área de saúde ou em outra área, com especialização na área de saúde pública; agente sanitário como o profissional técnico de nível médio em enfermagem, em segurança do trabalho, em refrigeração, em química, em laboratório, em farmácia, em saneamento e em meio ambiente²⁹.

Foi adotado um questionário estruturado, autoaplicável com os componentes estrutura e processo na dimensão das práticas de Visa. O momento da coleta de dados foi realizado no ambiente de trabalho do profissional, em sala reservada, para evitar interferência de pessoas.

A análise de dados seguiu o modelo lógico, que corresponde a uma “imagem-objetivo”²⁵ que contém a descrição para cada GI, classificado como: incipiente, parcial e implantado.

O GI da descentralização em saúde é um indicador sintético que foi definido a partir da ponderação das dimensões estrutura e processo. Esse sistema atribui uma pontuação específica para cada aspecto da estrutura e do processo de realização das práticas da Visa, com o objetivo de chegar a uma pontuação máxima final. A seguir, o cálculo para escores da Visa:

- a. Estrutura: escore = somatório da pontuação dos indicadores de estrutura
- b. Processo: escore = somatório da pontuação dos indicadores de processo
- c. Escore final = GI da descentralização das práticas = $(\sum \text{Estrutura} + \sum \text{Processo} \times 100) / (\text{Pontuação total do questionário} \times \text{Número de participantes})$

Para a construção do sistema de escores foi atribuído para cada indicador uma pontuação definida de acordo com sua importância, através de discussão e consenso entre os proponentes do projeto segundo sua experiência na área de Visa. A partir destas pontuações máximas descritas, foi calculado o GI por meio de uma regra de três simples, em que foi considerado implantado (66,7% a 100,0%); parcial (33,4% a 66,6%) e incipiente (até 33,3%) das práticas de Visa implantadas.

Limitações do estudo: durante a aplicação do questionário composto por 19 perguntas, foi identificada uma questão não pertinente no instrumento, referente ao controle da qualidade da água para o consumo humano. Trata-se de uma atribuição da Companhia Pernambucana de Saneamento (Compesa) com o auxílio do Centro de Vigilância Ambiental de Olinda (CEVAO). Logo, a pontuação da questão foi anulada e o instrumento passou a ter 18 questões válidas.

Além disso, ao longo do preenchimento do questionário pelos participantes, alguns relataram dificuldades em algumas questões como: a utilização de termômetro e recipiente para coleta de amostras e de equipamentos de proteção individual. As justificativas para o não preenchimento e/ou dúvida variaram desde a inexistência de alternativa que contemplasse a questão para o profissional até o desconhecimento sobre atribuições de outras divisões e setores. Nesses casos, a pontuação para essas questões foi zerada apenas para os participantes que fizeram essas observações.

No momento da coleta de dados, dois gerentes foram substituídos temporariamente, pois estavam participando de um curso de aperfeiçoamento. Por conseguinte, o instrumento foi aplicado com dois gerentes substitutos, que já tinham vivenciado a função de gerência anteriormente pela DVS. Dessa forma, o fato não ocasionou em prejuízo para o processo avaliativo do estudo.

Por fim, não foi realizada uma análise do contexto da gestão municipal e/ou da Diretoria de Vigilância em Saúde e/ou do Departamento de Vigilância Sanitária que poderia acrescentar elementos para análise dos resultados.



Este estudo ofereceu um risco mínimo aos participantes, pois garantiu sua privacidade e anonimato através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o registro: CAAE 06836918.5.0000.5207.

RESULTADOS

Avaliação do componente estrutura

Dos 20 participantes do DEVS, nove (45,0%) consideraram a estrutura com GI entre 66,7% e 100,0% (implantado). Entre os gerentes, 66,6% classificaram com estrutura implantada. Os inspetores

e agentes das divisões e setores da Visa se dividiram nos três GI: implantado (35,7%, às custas, sobretudo, dos profissionais da Divisão de Controle de Serviços de Saúde); parcial (35,7%, por conta dos profissionais da Divisão de Controle de Medicamentos e Correlatos) e incipiente (28,6%, pela avaliação dos inspetores e agentes da Divisão de Controle de Alimentos e Setor de Saúde do Trabalhador) (Tabela 1).

Em relação à análise dos subcomponentes da estrutura, a utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho e a utilização de equipamentos de proteção individual foram os itens com as menores pontuações e consenso quanto ao GI. O GI para estrutura foi parcial (55,0%) (Tabela 2).

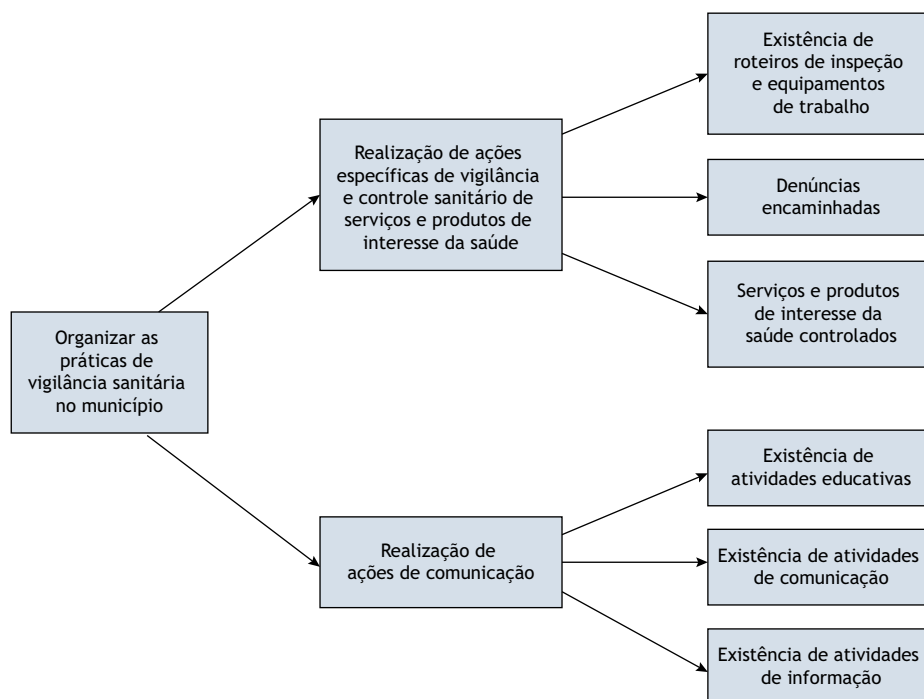


Figura. Modelo lógico²⁵ de avaliação das práticas da Vigilância Sanitária municipal.

Tabela 1. Classificação do grau de implantação da descentralização das práticas do componente estrutura, segundo a função na Vigilância Sanitária. Olinda - PE, 2019.

Função na Vigilância Sanitária	Classificação do grau de implantação		
	Implantado N (%)	Parcial N (%)	Incipiente N (%)
Gerência	4 (66,6)	1 (16,7)	1 (16,7)
Inspeção (Divisão e Setor)	5 (35,7)	5 (35,7)	4 (28,6)
Controle de Alimentos	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)
Controle de Serviços de Saúde	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)
Controle de Saneamento e Meio Ambiente	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Controle de Medicamentos e Correlatos	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0,0)
Saúde do Trabalhador	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
TOTAL	9 (45,0)	6 (30,0)	5 (25,0)

Fonte: Departamento de Vigilância Sanitária de Olinda.



Tabela 2. Pontuação e classificação do grau de implantação (%) da descentralização das práticas da Vigilância Sanitária quanto à estrutura e seus subcomponentes. Olinda - PE, 2019.

Estrutura e seus subcomponentes	Pontuação máxima	Pontuação atingida	Classificação do grau de implantação		
			Implantado	Parcial	Incipiente
Existência de insumos e instrumentos de trabalho para desempenho das rotinas					
1. Utilização de roteiros padronizados de inspeção	20,0	12,0	50,0	20,0	30,0
2. Utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho	20,0	10,5	40,0	25,0	35,0
3. Utilização de equipamentos de proteção individual	20,0	8,0	5,0	60,0	35,0
4. Utilização de equipamentos, tais como termômetro e recipiente para coleta de amostras	20,0	13,5	55,0	25,0	20,0
TOTAL	80,0	44,0	Grau de implantação parcial (55,0%)		

Fonte: Departamento de Vigilância Sanitária de Olinda.

Tabela 3. Classificação do grau de implantação da descentralização das práticas do componente processo, segundo a função na Vigilância Sanitária. Olinda - PE, 2019.

Função na Vigilância Sanitária	Classificação do grau de implantação		
	Implantado N (%)	Parcial N (%)	Incipiente N (%)
Gerência	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Inspeção (Divisão e Setor)	6 (42,8)	4 (28,6)	4 (28,6)
Controle de Alimentos	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)
Controle de Serviços de Saúde	2 (66,6)	0 (0,0)	1 (33,3)
Controle de Saneamento e Meio Ambiente	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Controle de Medicamentos e Correlatos	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0,0)
Saúde do Trabalhador	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
TOTAL	12 (60,0)	4 (20,0)	4 (20,0)

Fonte: Departamento de Vigilância Sanitária de Olinda.

Avaliação do componente processo

Quanto ao processo, 12 participantes (60,0%) classificaram como implantado, seguido de parcial e incipiente com igual frequência quatro (20,0%). Todos os gerentes avaliaram como implantado. Em relação aos servidores/contratados, predominou a avaliação do processo como sendo implantado (6; 42,8%). Quanto às divisões e setores, 50,0% e mais dos profissionais da Divisão de Controle de Serviços de Saúde, Divisão de Controle de Saneamento e Meio Ambiente e Setor de Saúde do Trabalhador classificaram como implantado; 50,0% e mais dos profissionais Divisão de Controle de Alimentos, Divisão de Controle de Saneamento e Meio Ambiente, Divisão de Controle de Medicamentos e Correlatos e Setor de Saúde do Trabalhador avaliaram com GI parcial (Tabela 3).

Em relação à análise dos subcomponentes do processo, foi observado que os itens realização de atividades informativas para os profissionais da saúde e realização de atividades de natureza educativas foram os que obtiveram as pontuações mais baixas, tendo este último item alcançado 70,0% de GI incipiente. Dentre as funções essenciais da Visa, obteve o menor consenso quanto

ao GI a realização de ações de controle sanitário de cosméticos. A classificação do GI foi plena (84,2%) (Tabela 4).

Dessa forma, a avaliação do GI da descentralização das práticas de Visa em Olinda, segundo os componentes estrutura e processo, foi de 62,3%, classificada como parcial.

DISCUSSÃO

A Visa como tema em pesquisa e ensino no Brasil é recente e, no que diz respeito às suas políticas e à sua cultura organizacional, existe uma carência de estudos científicos que privilegiem a Visa como objeto de interesse^{24,30}.

Apesar de ser um componente de suma importância, a Visa possui um certo distanciamento da Política Nacional de Saúde e baixa vinculação ao próprio SUS, evidenciados pela escassez de indicadores que expressem a efetividade de suas ações, que reforçam a noção de Visa como prática centrada apenas no controle³¹.

Apesar dos avanços, muitos obstáculos precisam ser superados, principalmente devido à forte vinculação da Visa ao modelo



Tabela 4. Avaliação do grau de implantação (%) da descentralização das práticas da Vigilância Sanitária quanto ao processo e seus subcomponentes. Olinda - PE, 2019.

Processo e seus subcomponentes	Pontuação máxima	Pontuação atingida	Classificação do grau de implantação		
			Implantado	Parcial	Incipiente
Funções essenciais de VISA					
1. Realização de vigilância e controle sanitário de alimentos	20,0	15,5	70,0	15,0	15,0
2. Realização e controle sanitário de medicamentos	20,0	13,5	55,0	35,0	10,0
3. Realização de ações de controle sanitário de cosméticos	20,0	13,5	45,0	35,0	20,0
4. Realização de ações de controle sanitário de saneantes	20,0	13,5	55,0	35,0	10,0
5. Realização de ações de controle sanitário de produtos médicos	20,0	14,5	55,0	35,0	10,0
6. Realização de ações da VISA nos serviços de saúde	20,0	15,5	75,0	5,0	20,0
7. Realização das ações da VISA nos serviços de apoio diagnóstico	20,0	14,5	65,0	15,0	20,0
8. Realização de vigilância nos estabelecimentos de interesse à saúde	20,0	14,5	70,0	5,0	25,0
9. Realização de vigilância em ambientes de trabalho com vistas à proteção da saúde do trabalhador	20,0	15,5	60,0	35,0	5,0
10. Realização de encaminhamento das queixas que chegam à VISA aos setores responsáveis/competentes	10,0	8,7	85,0	5,0	10,0
11. Realização de atendimento ao público com os profissionais de VISA qualificados	10,0	8,7	70,0	5,0	25,0
Realização de atividades de informação, educação e comunicação					
1. Realização de atividades informativas para os profissionais da saúde	20,0	12,0	50,0	25,0	25,0
2. Realização de atividades de natureza educativas	20,0	5,5	25,0	5,0	70,0
3. Realização de atividades de comunicação de risco para a população	20,0	15,0	25,0	55,0	20,0
TOTAL	260,0	180,5	Grau de Implantação plena (84,2%)		

Fonte: Departamento de Vigilância Sanitária de Olinda.
VISA: Vigilância Sanitária.

médico-assistencial centrado na doença e sua dissociação das demais políticas de saúde. Existem muitas lacunas a respeito do tema que, como foi visto, precisa de avaliação constante de seus fundamentos teóricos e práticos³⁰.

Portanto, é necessário resgatar a Visa e seu importante papel para a estruturação e o fortalecimento do SUS, não só devido à ação normativa e fiscalizatória, como também por se constituir em um importante instrumento de fortalecimento da cidadania e de promoção da saúde e possuir um importante componente comunicativo³².

O modelo lógico proposto pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) contém vários indicadores que avaliam a efetividade e a eficiência da esfera nacional, porém não são aplicáveis à realidade local¹⁸.

Na literatura foram encontrados poucos estudos sobre avaliação da descentralização de Visa e não foram identificados estudos abordando a avaliação normativa (estrutura e processo) das práticas de Visa.

Dentre os estudos revisados, destaca-se o de Brito²⁴, que descreveu e analisou o panorama atual da política de descentralização das ações de Visa no país e recomendou a necessidade de priorizar o trabalho de Visa na agenda do setor saúde.

A descentralização da Visa dos estados para municípios foi analisada por Michaloski²², em São Paulo, e por Fehn²⁰, no Espírito Santo. No primeiro estudo, a descrição da municipalização das ações de Visa é realizada segundo a percepção dos gestores e reforçou a necessidade da integralidade como princípio do SUS, bem como o fortalecimento político e da gestão das ações de Visa. Fehn discutiu que o porte populacional não pode ser fator explicativo de deficiências, nem ser atributo para a classificação e aproximação às capacidades municipais²⁰. No âmbito municipal, a descentralização das ações de Visa em Salvador foi analisada por Leal²¹, que enfatizou a importância dos recursos humanos e sugeriu a priorização da estruturação das ações e serviços da Visa no município.

No presente estudo, os subcomponentes da estrutura utilização de roteiros padronizados de inspeção e uso de equipamentos,



como termômetro e recipiente para coleta de material obtiveram a maior pontuação e melhor classificação do GI. Porém, a pontuação atingida para a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) foi considerada preocupante, visto que apenas um participante registrou seu uso, ainda que cotidianamente estejam expostos a diversos riscos (infecções hospitalares, contaminação com esgoto, vetores e transmissores de doenças, entre outros) e podem ter sido considerados dispensáveis no processo de trabalho^{33,34,35}.

Em relação ao componente processo, as maiores pontuações atingidas podem indicar avanços relevantes para o SUS e para a Visa, tais como a realização de: vigilância e controle de alimentos; ações da Visa nos serviços de saúde; vigilância em ambientes de trabalho com vistas à proteção da saúde do trabalhador; encaminhamento das queixas que chegam à Visa aos setores; atendimento ao público com profissionais de Visa qualificados.

A pontuação elevada dos itens acima pode indicar a adoção de boas práticas de fabricação, de identificação de adequada estrutura física e documentação regularizada dos estabelecimentos, conforme a legislação vigente^{34,35}.

A realização de atividades de natureza educativas obteve a menor pontuação, bem como maior GI incipiente. Tal resultado pode ser traduzido como um problema significativo de difundir informações que poderiam fortalecer as capacidades individuais e coletivas, e, dessa forma, contribuir para o enfrentamento dos

condicionantes da saúde, além de melhorar o nível de educação sanitária de produtores e consumidores. Trata-se de uma condição precípua a aproximação do serviço da sociedade com ações comunicativas na defesa da saúde^{33,34,35}.

CONCLUSÕES

O presente estudo classificou o GI da descentralização das práticas da Visa de Olinda como parcial (62,3%), além de pontuar questões que merecem atenção, pois a Visa de Olinda, assim como em outros municípios, precisa ser planejada sistematicamente, na busca da superação de dificuldades para a consolidação do SUS.

A avaliação em saúde apresenta potencialidades que podem fortalecer a gestão com diversos arcabouços metodológicos.

Práticas centradas em concepções burocráticas e autoritárias e algumas resistências de profissionais dos serviços de Visa precisam ser superadas, de forma a assumir uma proposta voltada para a proteção e a defesa da saúde. Nesse sentido, a avaliação em saúde pode se constituir em forte aliada.

Recomenda-se a realização de oficinas e seminários no município para a elaboração de uma agenda de compromissos entre gestores e servidores para enfrentamento dos fatores restritivos encontrados. Novos projetos necessitam ser desenvolvidos em comunicação permanente com a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União. 20 set 1990.
2. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizador. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. p. 15-40.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Vigilância em saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011[acesso 27 jul 2018]. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf
4. Lucchese G. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl. 3):3318-20. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900003>
5. Covem EM. Descentralização das ações de vigilância sanitária. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl. 3):3324-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900006>
6. Moreira EMM, Costa EA. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de Gestão. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl. 3):3381-91. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900013>
7. Silva JAA. Fala na comissão de assuntos sociais do senado federal durante sabatina para aprovação ao cargo de diretor da Anvisa. Brasília: Senado Federal; 2007.
8. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
9. Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(3):290-301. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300007>
10. Seta MH, Dain S. Construção do sistema brasileiro de vigilância sanitária: argumentos para debate. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl. 3):3307-17. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900002>
11. Souza LEPF. A vigilância sanitária e a mudança do modelo de atenção à saúde. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl. 3):3320-2.
12. Hartz ZMA. Avaliação em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2a ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 50-5.
13. Serapioni M, Lopes CMN, Silva MGC. Avaliação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. Epidemiologia e saúde. 7a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.



14. Furtado JP, Silva LMV. Entre os campos científico e burocrático: a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 17-57.
15. Silva JRS, Barros V. Avaliação de políticas e programas sociais: um destaque ao sentido das variáveis contextuais. Rev Pol Publicas. 2004;8(2):1-14.
16. Ministério da Saúde (BR). Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005[acesso 5 nov 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1521.pdf>
17. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
18. Ministério da Saúde (BR). Avaliação das ações de vigilância sanitária: uma proposta teórico-metodológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
19. Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA. Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Suppl. 3):3587-601. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900034>
20. Fehn LAC. Capacidades municipais e vigilância sanitária: análise do Estado do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
21. Leal COBS. Análise situacional da vigilância sanitária em Salvador [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007.
22. Michaloski LCR. Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do estado de São Paulo [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2008.
23. Silva FS. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec; 2001.
24. Brito RL. Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
25. Ferraro AHA, Costa EA, Silva LMV. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária no município. Cad Saude Publica. 2009;25(10):2201-17. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000011>
26. Secretaria de Saúde de Olinda. Plano municipal de saúde de Olinda: 2018 - 2021: edição com base nas proposições da 13a conferência municipal de saúde de Olinda. Olinda: Prefeitura de Olinda; 2017.
27. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
28. Medina GM, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2005.
29. Pernambuco. Lei Nº 13.077, de 20 de julho de 2006. Cria a unidade técnica Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária, Apevisa, e dá outras providências. Diário Oficial Estadual. 22 jul 2006.
30. Silva JAA, Costa EA, Lucchese G. SUS 30 anos: vigilância sanitária. Cienc Saude Coletiva. 2018;23(6):1953-61. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>
31. Lucena RB. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. Rev Adm Publica. 2015;49(5):1107-20. <https://doi.org/10.1590/0034-7612137128>
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Protocolo das ações de vigilância sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2007[acesso 10 Abr 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/419800/Protocolo%2Bdas%2BAcoes%2Bde%2BVigilancia%2BSanitaria.pdf/222305a0-0821-41a6-81b7-cb87fa07b583?version=1.0>
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Cartilha de Vigilância Sanitária: cidadania e controle social. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002[acesso 24 out 2019]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf
34. Santa Catarina. Guia de detalhamento das ações de Vigilância Sanitária: pactuação 2017/2019. Florianópolis: Núcleo de Descentralização de Vigilância Sanitária; 2016[acesso 23 out 2019]. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/284-pactuacao-visa-2017-2019?download=1461:detalhamentos-de-acoes-2017-2019>
35. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. p. 19-42.

Contribuição dos Autores

Silva JMR, Siqueira MT - Concepção, planejamento (desenho do estudo), análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Cazumbá JC - Concepção e planejamento (desenho do estudo). Almeida KS - Concepção, planejamento (desenho do estudo), interpretação dos dados, e redação do trabalho. Siqueira Filha NT - Revisão do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.