

ARTIGO

Participação social no planejamento das ações e serviços de vigilância sanitária: uma análise crítica

Social Participation in planning of the activities and services of health surveillance : a critical analysis

**Ana Maria Caldeira
Oliveira**

*Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de
São Paulo (FSP/USP), São
Paulo, SP, Brasil*

E-mail: amcoliveira@usp.br

Sueli Gandolfi Dallari

*Faculdade de Saúde
Pública. Universidade de
São Paulo (FSP/USP), São
Paulo, SP, Brasil*

RESUMO

Instigado pelos dados apresentados no informe “Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil” da ANVISA, este artigo se propõe a fazer uma análise crítica do processo de “debate” do planejamento das ações e serviços de vigilância sanitária – VISA. Para tanto, utiliza um estudo de caso realizado no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMSBH. Foram entrevistados 35 dos 36 membros efetivos do CMSBH: 45,71% dos conselheiros desconhecem o Plano de Ação; 17,14% não desconhecem totalmente o Plano de Ação; 17,14% não conhecem o Plano de Ação, mas gostariam de conhecer; 5,71% sabem da existência do Plano de Ação e 14,29% conhecem o Plano de Ação. Decorridos 3 anos da realização do estudo de caso, o presente trabalho recorreu à pesquisa documental para revisitar o processo de planejamento de VISA, analisando documentos da ANVISA, atas das reuniões e resoluções do CMSBH e o Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Parte-se das recomendações do estudo de caso em busca de avanços e desafios desse processo. Evidencia-se a necessidade de fomentar um permanente debate entre a sociedade e a VISA. Esse debate pode-se dar através do exercício da participação e controle social do processo de formulação da Política Municipal de Vigilância Sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social; Planejamento; Vigilância Sanitária; Conselho de Saúde

ABSTRACT

Prompted by the data presented in the ANVISA'S preliminary report “Profile of Municipal Sanitary Surveillance in Brazil”, this article aims to make a critical analysis of the “debate”. About the planning of actions and Health Surveillance – VISA services. To achieve these objectives, it uses a case study conducted at the City Health Council of Belo Horizonte – CMSBH. Thirty five of the thirty six sitting members of CMSBH were interviewed, with the following results: 45.71% of the board members are unaware of the Plan of Action; 17.14% of them did not fully know the Plan of Action; 17.14% did not know the Plan of Action, but would like to know; 5.71% know of the existence of the Plan of Action and 14.29% know the Plan of Action. After three years of the completion of the case study, this paper resorted to documentary research to revisit the planning process of VISA, analyzing ANVISA's documents, minutes of meetings and resolutions of CMSBH and Municipal Health Plan 2010-2013. From the recommendations of the study this paper seeks to find the progress and challenges of the process. It becomes clear the necessity of promoting a constant debate between the VISA and the society. This debate can occur through the exercise of social participation and control of the process of the formulation of Municipal Sanitary Surveillance' policies.

KEYWORDS: Social Participation; Planning; Sanitary Surveillance; Health Council



Introdução

O debate contemporâneo sobre a participação social no processo de planejamento e implementação das políticas públicas está diretamente relacionado à necessidade de fortalecimento do papel dos Conselhos de Políticas. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, também denominados Conselhos Setoriais, emergiram como inovação institucional¹ a partir da Constituição Federal de 1988². Essa constituição prevê diversos mecanismos para a efetivação da participação do povo na gestão pública e, por isso, é também conhecida como a Constituição Cidadã. Ainda que existam vários desafios, não podemos deixar de reconhecer que o Brasil vem se destacando como modelo para outros países por possuir um Sistema de Participação Social tão amplo e capilarizado³. E, dentre os setores da política social, o setor saúde foi o que mais intensa e precocemente incorporou os mecanismos de participação, destacando-se no país por apresentar a mais sólida estrutura de participação⁴.

No campo da vigilância sanitária – VISA, muitos esforços vêm sendo empreendidos, sobretudo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, no sentido de estimular a implementação de mecanismos de participação, seja através de consultas e audiências públicas, do serviço de ouvidoria e, mais recentemente, da agenda regulatória. Nesse contexto de transparência e publicidade é que a ANVISA realizou em Porto Alegre, durante o VI Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária / II Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária – SIMBRAVISA, ocorrido em outubro, sua 14ª /2013 Reunião Pública da Diretoria Colegiada.

Uma das pautas dessa reunião foi a apresentação do informe preliminar “Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil”⁵. Esse relatório foi elaborado a partir de respostas dadas a um questionário contendo 113 questões, disponibilizado no site da ANVISA através de um *link* com o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS⁶, no período compreendido entre dezembro de 2012 a julho de 2013, cujo objetivo era consolidar um levantamento da situação das vigilâncias sanitárias municipais brasileiras. Um total de 3.997 municípios respondeu os questionamentos. O informe ressalta o caráter voluntário da participação dos municípios, sendo os dados apresentados declaratórios⁵.

O tema Planejamento, Programação de Ações e Espaços de Pactuação foi abordado no questionário⁶. Uma das questões referentes ao tema era: “Realiza planejamento anual das ações de

Visa?” (Item 19)⁶ E, no caso de resposta positiva, uma nova questão era levantada: “O planejamento é debatido no Conselho Municipal de Saúde?” (Item 19.1)⁶ Com efeito, o único mecanismo participativo, descentralizado e de caráter permanente, presente nas três esferas de governo, com possibilidade de intervenção no ciclo das políticas públicas, ou seja, no planejamento, gestão, execução, avaliação e controle dessas políticas são os Conselhos de Saúde. Valla⁷ destaca que a participação popular na formulação das políticas de proteção e promoção da saúde precisa constituir-se em um dos elementos de construção da cidadania (Tabela 1).

Tabela 1. Municípios que debatem o planejamento da VISA no Conselho Municipal de Saúde, por região.

Região	O planejamento é debatido no Conselho Municipal de Saúde	Percentual	Municípios que afirmaram fazer planejamento
Centro-oeste	265	77%	345
Nordeste	1.030	86%	1.199
Norte	334	92%	365
Sudeste	894	89%	1.005
Sul	624	85%	735
Total	3.147	86%	3.649

Extraído de: Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil⁵.

De acordo com o informe preliminar “91% dos municípios responderam realizar o planejamento de suas ações. Ressalte-se que apenas 14% dos municípios afirmaram não debater o seu Plano de Ação com o Conselho Municipal (p. 11)”⁵. Além disso, constata-se que os municípios debatem o planejamento da VISA no Conselho Municipal de Saúde independente do seu porte populacional (Tabela 2).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Política de Vigilância Sanitária

A constituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS se dá formalmente com a Lei Federal n° 9.782 de 1999, que dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância

Tabela 2. Municípios que debatem o planejamento da VISA no conselho municipal de saúde, por porte.

Porte populacional	O planejamento é debatido no Conselho Municipal de Saúde	Percentual	Municípios que afirmaram fazer planejamento
Até 10 mil	1.287	87%	1.487
Entre 10 e 20 mil	803	86%	932
Entre 20 e 50 mil	616	84%	732
Entre 50 e 100 mil	213	86%	247
Acima de 100 mil	228	91%	251
Total	3.147	86%	3.649

Extraído de: Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil⁵.



Sanitária⁸. À agência é conferida a natureza de autarquia especial, caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, estando vinculada ao Ministério da Saúde – MS através de um Contrato de Gestão⁸.

Dallari (p. 18)⁹ observa que a instituição do SNVS foi consequência lógica dos mandamentos constitucionais e legais que organizam o sistema de saúde no Brasil:

A lei reservou, assim, para a esfera federal, para a União, exclusivamente, a definição da política e do sistema nacional de vigilância sanitária, as atividades de normatização, controle e fiscalização de produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde e de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras e todas as atividades executivas em situações especiais de risco à saúde. E atribuiu a todos os integrantes do conjunto federativo a manutenção do sistema de vigilância sanitária propriamente dito e de um sistema de informações em vigilância sanitária.

Dessa maneira, a criação da ANVISA modificou profundamente o componente federal e a constituição do controle sanitário existente no país, através da descentralização das ações aos estados e municípios¹⁰. Costa¹¹ ressalta que, até mesmo para honrar com o contrato de gestão, a ANVISA necessita desenvolver estratégias de articulação com os estados e municípios, de modo a possibilitar o cumprimento das metas pactuadas. Desse modo, a definição de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, constituído pelo órgão federal, pelos estados e municípios, obedece aos postulados do Sistema Único de Saúde – SUS, entre eles a diretriz da descentralização, que resulta no deslocamento do poder político e decisório para as esferas subnacionais, tendo como consequência direta a diretriz da participação da comunidade.

Ainda de acordo com essa lei compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, a formulação, o acompanhamento e a avaliação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, bem como das diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária⁸. Todavia, como ressalta Costa¹¹, ao longo da trajetória da vigilância sanitária no país ainda não foi formulada, e nem dada a conhecer, uma Política Nacional de Vigilância Sanitária, seja através de documento emanado pelo Ministério da Saúde ou pela ANVISA. O que se percebe é que “essas políticas vêm sendo implementadas sob forte peso das circunstâncias de cada conjuntura” (p. 208)¹¹, sem uma articulação com as demais políticas de saúde.

Nesse contexto, na lacuna deixada pela ausência de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária, foi construído o Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA¹². É bem verdade que a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária – CONAVISA¹³ já havia recomendado a formulação de um Plano Diretor para a Vigilância Sanitária, conforme consta na Proposição nº 100, que trata da construção do SNVS e da gestão da vigilância sanitária: “b) elaborar um Plano Diretor de Vigilância Sanitária nas três esferas de governo, a partir de discussão ampla, em fóruns

específicos, garantindo a participação de representantes dos setores e segmentos da sociedade interessados [...]” (p. 87)¹³.

O PDVISA tem por objetivo “constituir-se em um instrumento político norteador que possibilite uma gestão estratégica para a transformação positiva do contexto sanitário nacional” (p. 19)¹², conferindo maior materialidade ao SNVS e fortalecendo a integração com o SUS. As diretrizes do PDVISA deverão ser implementadas por meio dos Planos de Ação em Vigilância Sanitária. Entretanto, vale ressaltar que o Plano de Ação na verdade retrata a programação a ser realizada durante o período de um ano, ou seja, a Programação Anual de Vigilância Sanitária. Portanto, a denominação “Programação” parece mais adequada à sua finalidade, até porque Plano só deve existir um – o Plano de Saúde relativo a cada esfera de gestão do SUS.

Dessa maneira, o Plano de Ação é uma ferramenta de planejamento, onde estão descritas as atividades a serem desenvolvidas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados, os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução dessas ações¹². A construção dos Planos de Ação objetiva facilitar a pactuação que ocorrerá entre municípios e Estados, baseada na lógica da responsabilidade sanitária, para a definição das ações a serem realizadas por cada ente federado.

Este artigo, instigado pelos dados apresentados pelo informe preliminar “Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil”⁵, se propõe a fazer uma análise crítica do processo de “debate” do planejamento das ações e serviços de VISA. Para tanto, utiliza um estudo de caso¹⁴ realizado no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMSBH, por meio da visão dos conselheiros, objetivando aprimorar esse processo, assim como fomentar a participação desses agentes públicos no ciclo da Política Municipal de Vigilância Sanitária.

Métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa de representação social, pois aborda o pensamento e o conhecimento de uma comunidade sobre determinado tema¹⁵. Nesse sentido, foram entrevistados 35 dos 36 membros efetivos do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de maio a agosto de 2009, por meio da técnica de entrevista baseada em roteiro semiestruturado. Este estudo¹⁴ foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Parecer nº 0010.0.410.207-08A.

Os dados obtidos foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC¹⁵, que, a partir de uma estratégia discursiva, busca tornar mais clara uma dada representação social. Foram identificadas as expressões-chave, que são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descrevem seu conteúdo. Por sua vez, as ideias centrais são formulações sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) no material e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que tenham sentido semelhante ou



complementar, e a partir daí são construídos os Discursos do Sujeito Coletivo¹⁵.

Tendo em vista os dados apresentados pela ANVISA⁵, o presente estudo recorreu à técnica de pesquisa documental para revisitar o processo de planejamento das ações e serviços de VISA, observando o período pós-realização do estudo de caso¹⁴, ou seja, de 2010 até janeiro de 2013. Parte-se das recomendações do estudo de caso apresentado em busca de avanços e desafios desse processo. Nesse sentido, foram analisados documentos da ANVISA, atas das reuniões plenárias e resoluções do CMSBH, o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013¹⁶, além de informações disponibilizadas no site da Prefeitura de Belo Horizonte – PBH.

Resultados e discussão

O Estudo de Caso

Com a finalidade de conhecer e analisar os pensamentos e as opiniões dos conselheiros de saúde sobre o processo de planejamento da VISA municipal, bem como a participação desses agentes públicos no referido processo, utilizou-se a seguinte questão aberta: *Você conhece o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte? Fale um pouco sobre ele* (Tabela 3) (Figura 1).

Tabela 3. Síntese de ideias centrais.

A	Desconhece o Plano de Ação
B	Não desconhece totalmente o Plano de Ação
C	Não conhece o Plano de Ação, mas gostaria de conhecer
D	Sabe da existência do Plano de Ação
E	Conhece o Plano de Ação

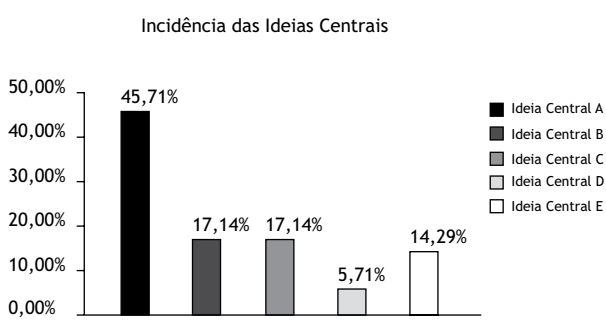


Figura 1. Incidência das ideias centrais.

A. Desconhece o Plano de Ação

“Não... não conheço! Não foi passado para o conselho. A gente fez um curso muito rápido, mas a gente deveria ter outros encontros pra gente discutir mais coisas a respeito da vigilância, pra gente ficar mais inteirado e dar satisfação. Certos colegas, de forma muito superficial, discutem a vigilância sanitária. O conselho tinha que fiscalizar... acompanhar todo o trabalho desenvolvido.”

B. Não Desconhece Totalmente o Plano de Ação conforme consta na tabela

“Bom!... totalmente não. [...] na realidade, pra te ser sincera, não estou recordando. Eu fiz um curso de vigilância sanitária, agora eu não sei se ele está incluído no meio. Particularmente, vejo o quadro profissional da vigilância sanitária muito pequeno pra uma cidade populosa como Belo Horizonte. Acho o quadro muito pequeno para estar em vários locais que necessitaria estar olhando... verificando as condições, enfim... todos os lugares que deveriam estar presentes pelo menos uma vez por mês [...]”.

C. Não conhece o Plano de Ação, mas gostaria de conhecer

“[...] não conheço o plano e gostaria de conhecer. Acho que ele deveria vir para o conselho municipal de saúde pra que a gente pudesse tá estudando... aprendendo com esse plano e, às vezes, pudesse tá contribuindo com alguma proposta. Se ele já veio eu não participei, eu não vi! Não quero com isso desqualificar o plano. Eu trabalho com a comunidade, com o distrito. Eu tô mais perto do problema do usuário... então, eu gostaria de conhecer o plano... porque a vigilância sanitária era tratada como uma delegacia e hoje ela tá aberta. Eu gostaria de saber realmente quais são os planos da vigilância sanitária!”

Importante observar que o discurso do sujeito coletivo apresentado nos grupamentos A, B e C expressa de maneira distinta a mesma referência coletiva de desconhecimento em relação ao Plano de Ação, daí a razão de agrupamentos separados. Fica evidente que a grande maioria dos conselheiros de saúde desconhece o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária, apesar desse plano ter sido apresentado duas vezes na Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização, e uma vez no Plenário do Conselho de Saúde de Belo Horizonte, no início do mês de abril de 2009¹⁷.

Dos trinta e cinco conselheiros efetivos entrevistados, apenas cinco demonstram conhecer o Plano Local de Ação, sendo três do segmento gestor e dois do segmento usuário. A explicação para essa situação estaria no discurso do sujeito coletivo do grupamento D.

D. Sabe da existência do Plano de Ação

“Eu já sei que existe!... É um plano que não conheço detalhadamente... ele foi explicado aqui no conselho, mas tecnicamente. Nós não tivemos acesso a esse plano... a esse tipo de vigilância local.”

Segundo o Discurso do Sujeito Coletivo o Plano Local de Ação foi explicado no conselho, mas “tecnicamente”. De acordo com Van Stralen e col.¹⁸, a utilização de linguagem demasiadamente técnica pode caracterizar um obstáculo à participação. Além disso, esse discurso esclarece também que “nós não tivemos acesso a esse plano, a esse tipo de vigilância local”. Dessa maneira, constata-se que o debate, entendido como a discussão do Plano Local com os conselheiros e com



os representantes da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, não ocorreu.

Entretanto, o Plano Local de Ação esclarece em sua apresentação que para a sua elaboração, a Vigilância Sanitária Municipal “realizou reuniões com a participação dos nove Gerentes Distritais e do Gerente Municipal” (p. 13)¹⁹. Dallari¹⁹ já havia alertado para a necessidade de serem permanentemente asseguradas condições para o exercício da participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de vigilância sanitária. Infelizmente, como observou Costa¹¹, ainda não foi formulada e nem dada a conhecer uma Política Nacional de Vigilância Sanitária.

Uma vez constatada a inexistência de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária e, conseqüentemente, de uma Política Municipal de Vigilância Sanitária, seria então razoável promover a participação da sociedade na elaboração do instrumento de planejamento – o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária –, através de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde. Na verdade, essa preocupação já existia desde a formatação inicial do PDVISA, quando foi ressaltada sua interface com “o planejamento participativo ascendente” (p.3)¹² e as discussões em torno da responsabilidade sanitária.

Dessa maneira, não é admissível que a elaboração do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária seja monopólio dos gestores de vigilância sanitária. Pois é exatamente através da formulação desse Plano Local de Ação que se pretende integrar um maior número de atores, ampliando assim a legitimidade das práticas sanitárias na sociedade¹². Na realidade, o Plano Local de Ação nada mais é do que a Programação Anual da Vigilância Sanitária contemplando as atividades a serem desenvolvidas, as metas e os resultados esperados, seus meios de verificação e os recursos financeiros envolvidos. Teixeira e Costa²⁰ afirmam ser imprescindível a utilização de mecanismos de transparência na atuação da vigilância sanitária. Essa razão, *per se*, já seria suficiente para assegurar a participação dos conselheiros de saúde na elaboração e controle do Plano/Programação Anual da Vigilância Sanitária.

Os discursos apresentados nos grupamentos A e C revelam um interesse legítimo em “discutir, ficar mais inteirado e dar satisfação, acompanhar e fiscalizar todo o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária”. E, ao mesmo tempo, nos grupamentos A e B, revelam também a satisfação de terem participado do curso de capacitação promovido pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, embora também esclareçam que “a vigilância sanitária foi explicada uma vez só pra nós”. Com efeito, a grande maioria dos conselheiros de saúde se recorda da sua participação no curso de capacitação “Vigilância Sanitária e o Conselho Municipal de Saúde” oferecido pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte no final de 2008, mas não se recorda das três apresentações do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária ocorridas em abril de 2009¹⁷. Vale ressaltar que a Resolução do CMSBH que aprova o Plano Local de Ação para 2008, o faz com a seguinte recomendação: “Que os Conselheiros Municipais de Saúde sejam capacitados como consta no plano”²¹.

A I CONAVISA¹³ já havia alertado através da recomendação nº 194, para a necessidade de se promover, através de diversas estratégias e instrumentos, ações de informação e comunicação visando à construção da consciência sanitária. Entretanto, o que se constata é que, decorridos vários anos da realização dessa conferência, apenas agora é que se inicia, “embora debilmente” (p.157)²⁰, a articulação com a população. Ao participarem do curso de capacitação de vigilância sanitária, os conselheiros tiveram a oportunidade de construir o saber prático, combinando essas informações com as informações prévias existentes, suas experiências e seus valores. Assim se daria a construção das representações. Dessa forma, aquele objeto misterioso, após ser devidamente destrinchado e recomposto, torna-se algo efetivamente palpável, passando a lhes parecer natural²².

Por sua vez, o grupamento E se expressa através de um discurso que se revela conhecedor do Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária.

E. Conhece o Plano de Ação

“Conheço, mas ele é enorme! Não sei todos os detalhes. Gosto muito do controle da qualidade do serviço das padarias, do Siságua, que é a análise da água, a operação verão de vistoria nos clubes, e outra que eu acho fundamental é a vistoria nas escolas... que às vezes a gente tem um olhar pra fora e agora também tá começando a ter um olhar pras nossas próprias escolas.”

Interessante observar que no primeiro parágrafo o sujeito coletivo aponta alguns programas realizados pela vigilância sanitária para fazer frente aos problemas elencados pelo plano de ação. São citados o Siságua, que é o programa municipal de monitoramento da qualidade da água de abastecimento para consumo humano, programa esse vinculado ao VIGIÁGUA do Ministério da Saúde. E a Operação Verão, que diz respeito à realização de inspeções nos clubes, para a verificação das não conformidades nas piscinas¹⁹.

No segundo parágrafo é explicitada a metodologia utilizada na elaboração do plano de ação:

“A vigilância sanitária no seu Plano de Ação trata de percentuais, de metas a serem atingidas. Obviamente que existe uma prioridade nas ações que são de maior risco, que impactam maior risco para a população. Outros, de menor impacto, teriam uma supervisão, vamos dizer assim, da vigilância sanitária. Não na sua totalidade, mas em uma parte amostral”.

Entretanto, a utilização dessa metodologia foi questionada pelos conselheiros, na apresentação do Plano de Ação na Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização. Os conselheiros não se satisfizeram com o *modus operandi* da vigilância sanitária, que trabalha com programas e não com práticas permanentes e, também, demonstraram preocupação em relação à questão de se trabalhar com amostragens e não com ação efetiva²³.

Por fim, esse sujeito coletivo expressa uma crítica ao Plano Local de Ação. Um chamamento para a necessidade de se



entrelaçar os objetivos da vigilância sanitária com os objetivos dos demais componentes do Sistema de Saúde.

“Se não tivermos cuidado, é fácil os planos e as rotinas levarem a uma atividade de execução, resumindo-se à questão da inspetoria, e perdemos o caráter estratégico da construção conjunta dos objetivos de uma política pública”.

Esse sujeito coletivo é brilhante ao expressar um discurso capaz de despir a vigilância sanitária, enxergando aquele que talvez seja seu maior desafio contemporâneo: a construção de um novo paradigma através da recomposição de suas práticas de trabalho para além da fiscalização, para além de seu aspecto coercitivo, percebendo também sua importância na intervenção da construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde¹². E, sobretudo, pela execução de ações que sejam balizadas pela integração com as demais ações de saúde.

Frente ao exposto, o estudo de caso¹⁴ propõe algumas recomendações visando qualificar o processo de planejamento das ações e serviços de vigilância sanitária e, consequentemente, da gestão de vigilância sanitária.

Recomendações à ANVISA:

1. Alterar a denominação de Plano Local de Ação de Vigilância Sanitária para Programação Anual de Vigilância Sanitária;
2. Estimular a participação dos trabalhadores de vigilância sanitária na elaboração do plano/programação;
3. Estimular a participação de conselheiros de saúde na elaboração do plano/programação;
4. Estabelecer como obrigatória a publicidade do plano/programação, divulgando-o no respectivo site da prefeitura municipal;
5. Para aqueles municípios que não contarem com sites municipais, a ANVISA assumirá a responsabilidade de dar publicidade a estes planos de ação no seu próprio site, através do Núcleo de Assessoramento de Descentralização de Ações de Vigilância Sanitária – NADAV;
6. Estabelecer que, na oportunidade da aprovação do Plano/Programação Local de Ação pelo Conselho Municipal de Saúde, seja feita também uma avaliação das ações realizadas pela Vigilância Sanitária tendo como base o Plano de Ação do ano anterior. Assim, seria dado um *feedback* aos conselheiros, disseminando o conhecimento e estimulando o interesse pelo Campo da Vigilância Sanitária.

Revisitando o Processo de Planejamento de Vigilância Sanitária

A partir das recomendações apresentadas procurou-se verificar em documentos públicos da ANVISA e do CMSBH avanços e desafios desse processo, embora não se tenha aqui a pretensão de esgotar essa discussão.

O Núcleo de Assessoramento de Descentralização de Ações de Vigilância Sanitária – NADAV, área responsável pela articulação entre a ANVISA e os demais componentes do SNVS, é o *locus* natural do tema Planejamento em Vigilância Sanitária. Dessa maneira, observar-se no Relatório Consolidação Simpli-

ficada do Acompanhamento 2008 a seguinte fala: “[...] foram iniciadas, por meio de oficinas de trabalho em cada Estado, as atividades de acompanhamento das Programações Anuais de Ações de Visa” (p. 4)²⁵. Esse documento de 2009 diz respeito ao acompanhamento realizado pela ANVISA aos Planos de Ação, em seu primeiro ano de existência após o PDVISA de 2008, objetivando verificar a situação de execução das ações. Dessa forma, verifica-se que a própria agência considera mais adequada a utilização do termo “programação”. Ainda que não exista um instrumento normativo oficializando a alteração da denominação de Plano Local de Ação de Vigilância Sanitária para Programação Anual de Vigilância Sanitária, ela está oficializada na prática. Desse modo, consta na Nota Orientativa 01/2013: “Os instrumentos de planejamento do SUS – Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde (PAS) e Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) – e sua articulação com o Plano de Ação/Programação Anual de Vigilância Sanitária (o destaque é nosso) [...]” (p.1)²⁶.

Em relação à recomendação de estimular a participação dos trabalhadores de vigilância sanitária na elaboração do plano/programação, pode-se dizer que nada mudou. Da mesma maneira, os conselheiros de saúde também não foram incorporados à realização do plano/programação. A pesquisa documental localizou três Resoluções do Conselho Municipal de Saúde^{17,21,27} aprovando o Plano de Ação da Vigilância Sanitária para 2008, 2009 e 2010, após a criação do PDVISA em 2007. Prevaleceu o mesmo “rito sumário” de apresentação do Plano nas câmaras técnicas, seguido da apresentação ao plenário do conselho. Assim, constata-se um distanciamento entre a vigilância sanitária e o CMSBH. Não foram encontradas resoluções aprovando os Planos para 2011 e 2012. Entretanto, a Resolução 293 de 2011²⁸ comprova que, quando o CMSBH é provocado, esta instituição se mobiliza prontamente na defesa dos interesses da vigilância sanitária, entendida como componente do SUS.

Qualquer delegação de fiscalização e vigilância sanitária e vigilância em saúde, de atividade, serviço ou atribuição, a ser feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/SUS-BH, no uso de suas funções, a outros órgãos e entidades da Administração Municipal, somente poder-se-á realizar mediante a prévia apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte/CMSBH, respeitada a legislação vigente.²⁸

Essa resolução é a resposta do CMSBH à aprovação da Lei Municipal 10.101/11²⁹, que permite a delegação da fiscalização e vigilância sanitária a outros órgãos e entidades da Administração Municipal.

A recomendação de número 4, que estabelece como obrigatória a publicidade do plano/programação através da divulgação do mesmo no respectivo *site* da prefeitura municipal, não foi acatada pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte. Importante ressaltar que foram localizados no site da PBH³⁰ os seguintes documentos públicos: o Relatório Anual de Gestão – RAG dos anos compreendidos entre 2007 a 2013; a Programação Anual de Saúde – PAS dos anos 2009 a 2013 e o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013. Todavia, não



podemos deixar de destacar o notável avanço ao localizar, na versão digital³¹ do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, compondo a lista de documentos anexos, a “Programação Anual das Ações de Vigilância Sanitária 2012”. Esse fato pode ser atribuído ao esforço da Gerência de Planejamento da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte – SMSA em reunir as programações “temáticas” ao abrigo do Plano Municipal de Saúde. Nesse sentido, essa gerência também propôs que a apresentação das programações temáticas ocorra concomitantemente com a apresentação e análise, por parte dos conselheiros de saúde, do Relatório Anual de Gestão e da Programação Anual de Saúde, qualificando de forma inequívoca o “debate” sobre os instrumentos de planejamento do SUS pela sociedade.

A quinta recomendação diz respeito à ANVISA, no que tange ao oferecimento de apoio institucional, visando à divulgação do plano/programação, para aqueles municípios que não contam com *sites* municipais. O informe preliminar “Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil”³⁵ traz a informação de que 92% (3.659) dos municípios que participaram da pesquisa afirmaram possuir acesso à Internet. Dessa maneira, a recomendação de publicizar o plano/programação através dos respectivos *sites* municipais parece ser uma orientação passível de ser cumprida, mesmo sem a ajuda da ANVISA.

Por último, a recomendação de que, no momento do “debate” do Plano, também seja feita uma avaliação das ações realizadas pela vigilância sanitária, tendo como base o Plano de Ação do ano anterior. Dessa forma, seria dado um *feedback* aos conselheiros, disseminando o conhecimento e estimulando o interesse pelo Campo da Vigilância Sanitária. Essa recomendação está diretamente relacionada com a qualidade do “debate” que está ocorrendo nos Conselhos de Saúde. Mais relevante do que saber quantos municípios debatem seu plano de ação com o Conselho Municipal de Saúde, é saber de que forma ocorre esse debate. A vigilância sanitária, por meio do órgão coordenador do SNVS, precisa definir o real objetivo de se “debater” o Plano de Ação no Conselho de Saúde: a realização do cumprimento de uma exigência legal, de um protocolo que não consegue romper com a lógica anterior, de adoção de arranjos voltados a legitimar o financiamento e o repasse de recursos, ou com a incorporação de novos sujeitos sociais à realização da Política Pública de Vigilância Sanitária, possibilitando a efetivação da democracia sanitária e da proteção ao direito à saúde.

Conclusão

Os conselheiros revelaram um interesse em conhecer, discutir, acompanhar e fiscalizar todo o trabalho desenvolvido pela vigilância sanitária. Desse modo, evidencia-se a necessidade de se fomentar um permanente debate entre os segmentos da sociedade e a vigilância sanitária. Esse debate pode ocorrer mediante o exercício da participação e controle social do processo de formulação da Política Municipal de Vigilância Sanitária, ainda que essa política, ou a sua ausência, se con-

cretize em apenas um instrumento de planejamento – o Plano Local de Ação da Vigilância Sanitária.

A vigilância sanitária, ao não envolver “outros atores” na elaboração da Programação Anual de Vigilância Sanitária, faz com que a participação e o controle social em vigilância sanitária continuem a ser um discurso vazio, perpetuando a “proeminência da política dos técnicos sobre a política dos cidadãos”²³. Nesse contexto, os Conselheiros de Saúde não reconhecem na apresentação do Plano Local de Ação os mecanismos que seriam próprios da participação e do controle social, mas apenas a formalização de uma exigência legal.

Por fim, ao revisarmos o processo de planejamento da Vigilância Sanitária no município de Belo Horizonte constatamos a prevalência dos desafios. O esforço da Gerência de Planejamento da SMSA pode indicar um caminho a ser seguido. A VISA precisa se articular internamente com os demais componentes do sistema, em cada esfera de gestão, para que a Programação Anual de Vigilância Sanitária componha, de fato, a sistemática de planejamento da saúde, ora fornecendo informações, ora se utilizando dos demais instrumentos de planejamento para sua construção. Concluímos reafirmando a necessidade de se assegurar o direito constitucional da participação da sociedade na gestão pública. Somente o exercício pleno da cidadania, realizado através da participação dos cidadãos, não só fiscalizando a aplicação de recursos, mas também formulando as políticas públicas, garantirá a finalidade precípua de que essas políticas atendam ao interesse público.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por permitir a realização dessa pesquisa. Ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por permitir e apoiar a realização da pesquisa.

Colaboradores

AMC Oliveira trabalhou na concepção, coleta e análise de dados e redação do artigo; SG Dallari foi a orientadora, colaborando também na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizadora. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.
2. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988.
3. Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 229-47.



4. Côrtes SMV. Introdução: atores, mecanismos, e dinâmicas participativas. In: Côrtes SMV, organizadora. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19-39.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil. Informe preliminar*. Brasília, DF; 2013.
6. Banco de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus). *Pesquisa Situação Visa - DF - Brasil*. [acessado 2013 Nov 20]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=8853
7. Valla VV. Controle social ou controle público. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira G, organizadoras. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006: p. 49-60.
8. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 27 jan.
9. Dallari SG. O direito sanitário como campo fundamental para a vigilância sanitária. In: Faculdade de Saúde Pública. *Vigilância Sanitária: textos e contextos*. São Paulo: USP; 2004. p. 07-23.
10. Lucchese G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2001.
11. Costa EA. Vigilância sanitária e proteção da saúde. In: Direito Sanitário e Saúde Pública. *Coletânea de Textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. v.1. p.189-217.
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Plano diretor de vigilância sanitária*. Brasília, DF; 2007.
13. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (CONAVISA). *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório Final*. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001.
14. Oliveira AMC. *Vigilância sanitária, participação social e cidadania*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2010.
15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Belo Horizonte; 2010.
17. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH). *Resolução 251- Aprova o Plano Local de Vigilância Sanitária para 2009*. Belo Horizonte: CMSBH; 2009.
18. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho D da F, Saraiva LES, Van Stralen TB de S, Belisário AS. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(3):621-32.
19. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de vigilância em saúde e informação. *Plano local de ação da vigilância sanitária de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA/BH; 2009.
20. Teixeira CF, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizadora. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba; 2008. p. 149-90.
21. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH). *Resolução 222 - Aprova o Plano Local de Vigilância Sanitária para 2008*. Belo Horizonte: CMSBH; 2008.
22. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad Pesqui* 2002;(117):127-47.
23. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH). Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização. *Ata de reunião: plano local de ação da vigilância sanitária*. Belo Horizonte; 2009.
24. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(1):9-18.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Relatório Consolidação Simplificada do Acompanhamento 2008*. Brasília, DF; 2009.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Nota Orientativa 01/2013*. Brasília, DF; 2013.
27. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH). *Resolução 279 - Aprova o Plano Local de Vigilância Sanitária para 2010*. Belo Horizonte: CMSBH; 2010.
28. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH). *Resolução 293*. Belo Horizonte: CMSBH; 2011.
29. Belo Horizonte. Lei Municipal nº 10.101, de 14 de janeiro de 2011. Altera a Lei nº 9.011/05 e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Belo Horizonte* 2011; 15 jan.
30. Prefeitura de Belo Horizonte [homepage na internet]. Belo Horizonte. [acessado 2013 nov 29]; Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portallet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&tax=15393&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&
31. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013* [CD-ROM]. Belo Horizonte; 2010.

Data de recebimento: 4/12/2013

Data de aceite: 13/5/2014