

Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal

A framework for health surveillance decentralization

Andréa Helena Argolo Ferraro ¹
Ediná Alves Costa ²
Lígia Maria Vieira-da-Silva ²

Abstract

No consensus has been reached concerning the definition of criteria and standards for evaluating the decentralization of actions by municipal health surveillance systems. With the aim of developing and validating an objective image for municipal health surveillance that would correspond to an appropriate system for the population's health care needs, a logical framework was elaborated, from which a matrix containing dimensions and criteria for management and practices was obtained. The framework was submitted to an expert group for validation at a consensus conference. Of the 54 criteria, there was consensus for 59.3%, while 53 items (98%) were considered important, thus validating the matrix. In view of the provisory nature of the consensuses, the resulting instrument, which can be used either in its entirety or in part, enables modification and adaptation. The authors discuss the potential of the evaluation strategy adopted here, which allows various possibilities for redefining the criteria and renewing the consensus.

Decentralization; Health Surveillance; Health Policy

Introdução

A vigilância sanitária compreende um conjunto de instituições do setor saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos processos produtivos; no seu leque de atuação incluem-se ações como normalização, regulação e fiscalização de produtos e serviços relacionados à saúde ¹ e definidos, no processo social, sob vigilância sanitária. Tendo em vista a amplitude de sua área de abrangência e de atuação, bem como a complexidade da determinação dos processos saúde-doença e das relações sociais produção-consumo ², as intervenções nesse espaço tendem a ter um caráter multidisciplinar e intersetorial.

Historicamente, os componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) têm atuado de forma centralizada, restando aos municípios a execução de ações de forma desarticulada. Esse sistema, recém-formulado na legislação ³, é composto pelas instâncias de vigilância sanitária nos níveis federal, estadual e municipal ligadas tanto ao Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais quanto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além da rede de laboratórios de saúde pública, que inclui o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS).

No Brasil, a descentralização das ações e serviços de vigilância sanitária teve início na década de 1970, na área de alimentos, nas capitais de alguns estados do país ⁴. Foi, contudo, imple-

¹ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

A. H. A. Ferraro
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
Rua Padre Daniel Lisboa 31,
bloco 1C, apto. 002, Salvador, BA
40283-560, Brasil.
deaferraro@yahoo.com.br

mentada de forma abrangente após a edição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOBs/SUS) de 1993 e 1996⁵, especialmente a última, que estabeleceu algumas bases para a gestão descentralizada da vigilância sanitária⁶, determinou os critérios gerais para habilitação e criou mecanismos de financiamento específicos. Os compromissos em vigilância sanitária variavam de acordo com a forma de gestão, grau de desenvolvimento e interesses municipais e se referiam à execução de atividades que exigiam estruturas de regulação e fiscalização organizadas.

O Termo de Ajuste e Metas de Vigilância Sanitária, criado pela ANVISA em 2000, subsidiou esse processo por meio da descentralização de recursos em troca do compromisso dos gestores no cumprimento de metas. Para efetivar tal adesão, os municípios deveriam comprovar capacidade gerencial e técnica para executar ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária⁷. Os recursos financeiros provenientes do termo de ajustes e metas, embora escassos, possuíam grande flexibilidade de aplicação, tornando-se um incentivo para que os gestores municipais passassem a assumir e estruturar as ações de vigilância sanitária⁸. Antes disso, os recursos eram insuficientes para cobrir as despesas do serviço⁵, sobretudo em municípios de pequeno porte populacional⁴. Em 2007, os recursos da vigilância sanitária integraram os recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde⁹.

Estudos de caso, exploratórios descritivos e inquéritos realizados no país entre 2002 e 2006, utilizando entrevistas com gestores, coordenadores e trabalhadores das vigilâncias municipais, descreveram problemas relacionados ao SNVS, como: a ausência de projeto político que levasse em conta a estrutura organizacional dos municípios e favorecesse o controle social^{4,10}; falta de clareza das competências, por esferas de governo; pouca articulação intra e interinstitucional^{4,10,11}; desarticulação com o nível regional¹²; interferência político-partidária, falta de apoio político^{4,10,11}, além da desmobilização e desinformação da sociedade⁴.

Quanto aos recursos humanos, alguns autores apontaram como principais problemas: dificuldades técnico-operacionais no desenvolvimento das ações descentralizadas, capacitações limitadas ou inexistentes, ausência de política de recursos humanos, contratos e condições de trabalho precários, alta rotatividade e número reduzido de profissionais^{8,10,13,14,15}; as principais dificuldades enfrentadas pelas vigilâncias sanitárias municipais relacionadas ao financiamento foram: falta de autonomia na gestão e insuficiência dos recursos financeiros, desconhecimen-

to e dificuldades na utilização do incentivo para a execução das ações de vigilância sanitária^{4,10,11,14,15}. Os problemas da organização dos serviços dizem respeito à precariedade da gestão; falta de autonomia na gestão do trabalho; abordagem fragmentada do campo de atuação¹⁵; priorização de ações voltadas ao controle e fiscalização de produtos e serviços e deficiente articulação dos serviços com o território sobre o qual atuam¹¹.

Ressalta-se que a avaliação de resultados é uma função nova para o SNVS⁸, que vem sendo desenvolvida pelas instâncias estaduais por meio de pactuações com os municípios, mediada pelas Comissões Intergestores Bipartites. Há, contudo, variação nos critérios e padrões definidos e utilizados pelos estados nas resoluções e deliberações das Comissões Intergestores Bipartites¹⁶ para a avaliação das vigilâncias sanitárias municipais descentralizadas, o que dificulta a comparação entre as experiências locais¹⁷.

Diante da mencionada escassez de estudos avaliativos a esse respeito, ao lado da variedade de padrões, critérios e objetivos utilizados pelos órgãos de vigilância sanitária estaduais torna-se relevante a criação de consenso sobre os objetivos e atividades centrais para a descentralização da vigilância sanitária, no nível municipal, capaz de permitir a realização de estudos avaliativos comparativos entre municípios das diversas regiões do país. Assim, o presente estudo pretende contribuir nessa direção, por meio da formulação e validação preliminar de uma proposta de imagem-objetivo para a vigilância sanitária no âmbito municipal.

Metodologia

Foi realizado um estudo de desenvolvimento que, segundo Contandriopoulos et al.¹⁸ objetiva, pela sistematização do conhecimento existente, desenvolver ou melhorar uma intervenção ou um instrumento de medição. Constatou-se a formulação de uma imagem-objetivo da descentralização¹⁹ da vigilância sanitária e de sua posterior validação pelo consenso de especialistas. Para tanto, elaborou-se um modelo lógico²⁰ da intervenção (Figura 1). Deste modelo, derivou-se uma matriz contendo níveis, dimensões e critérios para avaliação de sistemas locais de vigilância sanitária. A matriz resultante (Tabela 1) foi elaborada com base na revisão bibliográfica e documental, e foi submetida a um grupo de nove especialistas para validação mediante a técnica denominada “conferência de consenso”²¹, composta de três momentos: dois à distância, utilizando a técnica Delphi, e um presencial, do tipo grupo nominal.

Figura 1

Modelo para a avaliação de vigilância sanitária municipal.

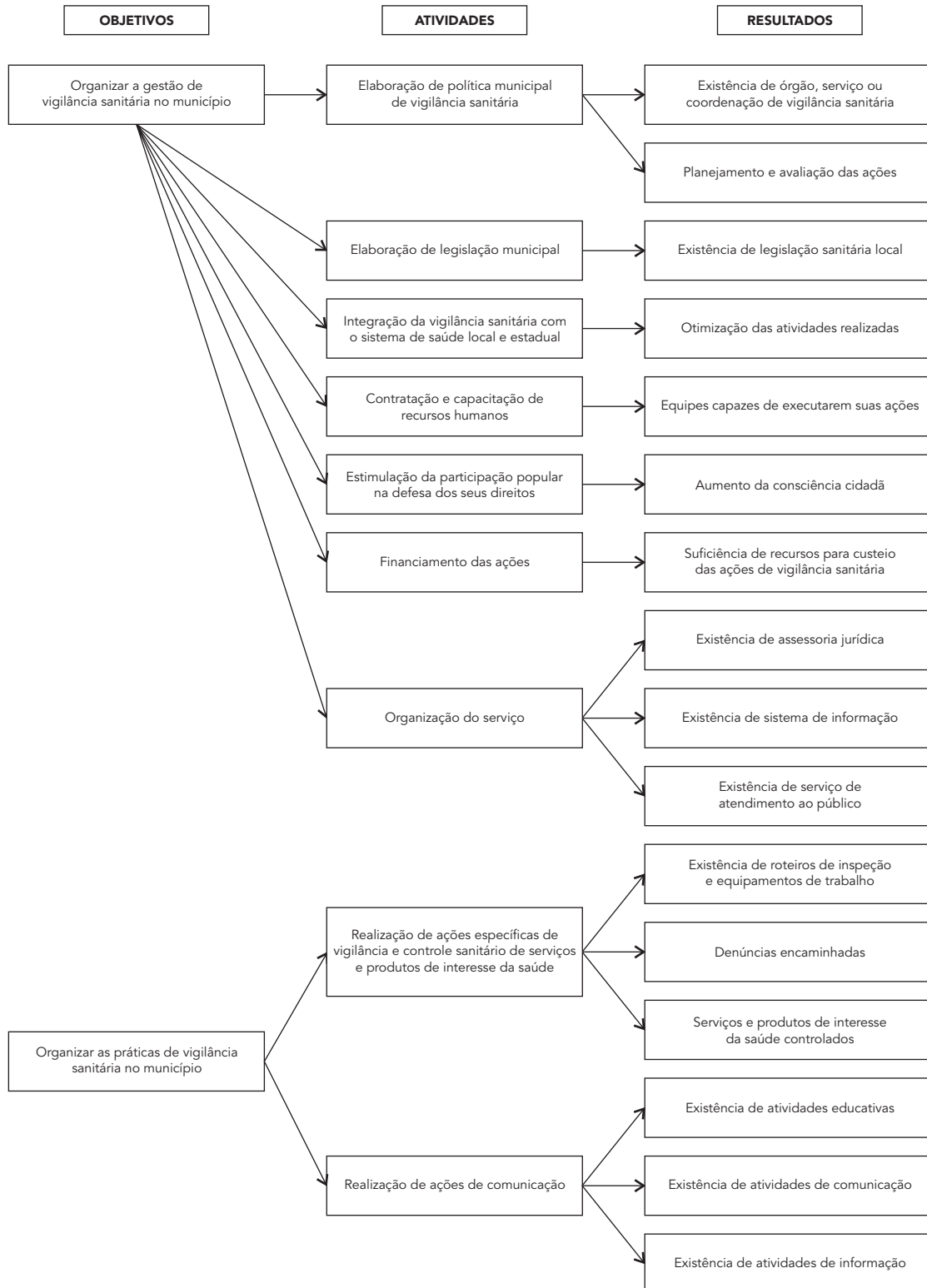


Tabela 1

Proposta de imagem-objetivo para avaliação da descentralização da vigilância sanitária em nível municipal.

Dimensão	Nível da gestão		Classificação do grau de implantação	
	Critério	Incipiente	Parcialmente implantado	Implantado
Política e legislação municipal	Existência de instrumento legal que cria taxas de vigilância sanitária	Não existe	Em estudo ou em tramitação	Existe
	Existência de componente relacionado com a vigilância sanitária no plano municipal de saúde	Não existe	-	Existe
	Existência de Plano de Ação de Vigilância Sanitária	Existe mas não reflete as necessidades da vigilância sanitária	Existe e está em processo de adequação	Existe e apresenta, inclusive, orçamento financeiro
	Existência de política de qualificação profissional para os recursos humanos da vigilância sanitária	Não existe	Em estudo ou em elaboração	Existe
Recursos humanos	Existência de equipe técnica que atenda às necessidades do município	Existe apenas um profissional (nível superior ou médio)	A equipe não atende as necessidades do município	Existe equipe técnica que atende às necessidades do município
Participação popular	Componente de vigilância sanitária na capacitação dos conselheiros e gestores de saúde	Não existe	Esporadicamente a vigilância sanitária é convidada a participar das capacitações	Nas capacitações dos conselheiros de saúde trabalhados temas de vigilância sanitária
	Existência de serviço de acolhimento de denúncias	Não existe	Existe serviço que atende às denúncias	Existe serviço organizado para acolhimento de denúncias que oferece respostas à população
Infra-estrutura	Existência de órgão/serviço (departamento, coordenação, divisão) de vigilância sanitária	Não existe	Existe, porém não está formalizado no organograma da SMS	Existe e está formalizado no organograma da SMS
	Existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver as suas atividades	Não existe	Existe, entretanto o espaço é inadequado	Existe espaço físico adequado para a equipe desenvolver suas atividades

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Dimensão	Nível da gestão		Classificação do grau de implantação		
	Critério	Incipiente	Parcialmente implantado	Implantado	
Autonomia financeira	Existência de fonte financeira regular de recurso exclusivo para custeio das ações/despesas da vigilância sanitária	Não existe	-	Existe regularidade de recursos federais e do Tesouro Municipal, exclusivo para custeio das ações/despesas da vigilância sanitária	
	Acompanhamento/controle dos recursos financeiros pelo coordenador de vigilância sanitária	Não existe	O coordenador acompanha e controla os recursos financeiros da vigilância sanitária	O coordenador acompanha e controla os recursos financeiros de vigilância sanitária, além de participar na definição da alocação desses recursos	
	Existência de autonomia na gestão financeira dos recursos da vigilância sanitária	Não existe	A vigilância sanitária define as prioridades para a alocação financeira dos seus recursos	Existe e a vigilância sanitária não depende de autorizações superiores para utilizar os recursos previstos no plano de ação	
Organização do serviço	Existência de práticas de planejamento e avaliação sistemáticas, integradas como rotina, nos serviços de vigilância sanitária	Não existem	Existem práticas de planejamento e avaliação, porém não incorporadas ao cotidiano	Existem práticas de planejamento e avaliação, incorporadas ao cotidiano	
	Acesso à assessoria jurídica de um dos níveis do sistema	Não existe	O nível estadual possibilita acesso	Existe assessoria jurídica no município	
	Existência de sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde	Existe cadastro desatualizado em formato manual	Existe sistema informatizado de cadastro desatualizado	Existe sistema informatizado de cadastro, atualizado	
Integração da vigilância sanitária no SUS	Ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador	Não existe	Existe apenas com a vigilância epidemiológica	Existem ações integradas com as vigilâncias: epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador	
	Articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública	Não existe	- Existe pouca articulação, apenas com a regulação e/ou auditoria	Existe articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública	
	Articulação com os serviços de auditoria e regulação	Não existe	Fluxo de informação definido, porém demorado	Existe articulação com os serviços de auditoria e regulação	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Dimensão	Nível da gestão	Classificação do grau de implantação		
	Critério	Incipiente	Parcialmente implantado	Implantado
Integração da vigilância sanitária no SUS	Fluxo interno de circulação da informação nas relações entre gestor municipal e a vigilância sanitária	A informação chega sempre atrasada	Fluxo de informação definido, porém demorado	Fluxo de informação ágil bem definido e em tempo hábil
	Articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do sistema de vigilância sanitária	Não existe	-	Existe articulação, necessária ao desenvolvimento de ações
	Realização de ações conjuntas/intersetoriais com as secretarias da agricultura; meio ambiente; infraestrutura; uso, ocupação e ordenamento do solo; Defesa Civil, Polícia Militar e Ministério Público	Não são realizadas ações conjuntas	São realizadas ações conjuntas com uma ou duas diferentes secretarias	São realizadas ações conjuntas com mais de duas diferentes secretarias
Insumos e instrumentos de trabalho	Utilização de roteiros padronizados de inspeção	Não utiliza	Utiliza esporadicamente os roteiros elaborados por outros serviços	Utiliza e elabora roteiros para os estabelecimentos de interesse do município
	Utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária	Não utiliza	Utiliza esporadicamente	Utiliza protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária
	Utilização de equipamentos de proteção individual	Não utiliza	Utiliza esporadicamente o jaleco	Utiliza equipamentos de proteção individual
	Utilização de termômetro e recipiente para coleta	Não utiliza	Utiliza apenas recipiente para coleta de água	Utiliza termômetro e recipiente para coleta de amostra
Ações essenciais de vigilância sanitária	Realização de controle sanitário de alimentos no âmbito de sua competência	Não realiza ou realiza ação apenas em comércio varejista	Realiza ação apenas em comércio varejista e distribuidor de alimentos	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam alimentos além de monitorar a qualidade de produtos alimentícios
	Realização de controle sanitário de medicamentos no âmbito de sua competência	Não realiza	Realiza ação apenas em comércio varejista e distribuidor de medicamentos	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam medicamentos além de monitorar a qualidade de produtos

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Dimensão	Nível da gestão		Classificação do grau de implantação	
	Critério	Incipiente	Parcialmente implantado	Implantado
Ações essenciais de vigilância sanitária	Realização de controle sanitário de cosméticos no âmbito de sua competência	Não realiza	Não realiza ou realiza apenas no comércio varejista	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam cosméticos além de monitorar a qualidade de produtos
	Realização de controle sanitário de saneantes no âmbito de sua competência	Não realiza	Não realiza ou realiza apenas no comércio varejista	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que produzem, distribuem e comercializam saneantes além de monitorar a qualidade de produtos
	Realização de controle sanitário de produtos médicos no âmbito de sua competência	Não realiza	Não realiza ou realiza apenas no comércio varejista	Realiza controle sanitário dos estabelecimentos que distribuem e comercializam produtos médicos além de monitorar a sua qualidade
	Realização de vigilância sanitária nos serviços de saúde no âmbito de sua competência	Não realiza	Realiza em até 50% dos consultórios e unidades sem internação	Realiza em mais de 80% dos serviços de saúde, inclusive unidades com internação, urgências e emergências.
	Realização de controle sanitário nos serviços de apoio diagnóstico no âmbito de sua competência	Não realiza	Realiza em até 50% dos laboratórios clínicos	Realiza em mais de 80% dos laboratórios incluindo os de histologia e citopatologia, além dos serviços de imagem
	Realização de controle sanitário nos serviços de interesse à saúde no âmbito de sua competência	Não realiza ou realiza apenas em unidades escolares infantis	Realiza em até 80% das unidades escolares infantis ou em outro tipo de serviço sem responsável técnico	Realiza em mais de 80% dos serviços de interesse a saúde com ou sem responsável técnico
	Realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano	Não realiza	Realiza o cadastramento de 50% das fontes alternativas e sistemas de fornecimento de água para o consumo humano	Realiza o cadastramento de mais de 80% das fontes alternativas e sistemas de fornecimento de água para consumo humano, assim como 100% do controle da qualidade dessas águas
	Realização de vigilância e controle sanitário de ambientes de trabalho com vistas a proteção da saúde do trabalhador no âmbito de sua competência	Não realiza	Realiza esporadicamente de forma conjunta com outra esfera de governo	Realiza e mantém parceria com o centro regional de saúde do trabalhador

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Dimensão	Nível da gestão	Classificação do grau de implantação		
	Critério	Incipiente	Parcialmente implantado	Implantado
Ações essenciais de vigilância sanitária	Encaminhamento das queixas que chegam à vigilância sanitária aos setores responsáveis/competentes	Realiza investigação ou encaminhamento em até 20% das queixas recebidas	Realiza investigação ou encaminhamento em até 50% das queixas recebidas	Realiza investigação ou encaminhamento em 80% a 100% das queixas recebidas
	Atendimento ao público com profissionais de vigilância sanitária qualificados	Atendimento realizado de forma desorganizada sem definição do profissional específico	Atendimento ao público realizado por profissional não definido	Atendimento ao público realizado por profissional de vigilância sanitária qualificado
Atividades de comunicação	Realização de atividades informativas para os profissionais da saúde	Não realiza	Realiza atividade informativa em feiras de saúde ou eventos externos	Realiza atividades informativas para profissionais de saúde, dos serviços da vigilância sanitária e para a população em geral.
	Realização de atividades de natureza educativas	Não realiza	Realiza atividade de educação sanitária junto às equipes do PACS e PSF	Realiza atividade de educação sanitária em escolas e junto às equipes do PACS e PSF
	Realização de atividades de comunicação de risco para a população	Não realiza	Realiza utilizando-se apenas dos meios formais de comunicação	Realiza, utilizando-se dos diversos meios formais para a comunicação de risco como: rádio, jornal, carro de som e auto-falante local

PACS: Programa Agente Comunitário de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde.

No primeiro momento Delphi, os participantes receberam por correio eletrônico uma matriz contendo critérios para se atribuir notas de 0 a 10. Zero corresponderia à discordância completa, devendo o critério ser eliminado e 10 corresponderia à máxima concordância. Destinou-se espaço para comentários, caso a nota fosse 0, e para inclusão de novos critérios. Ao final de cada momento foram calculadas médias, para aferir a importância atribuída, e desvios-padrão (DP), para verificar o grau de consenso entre as opiniões dos especialistas sobre os critérios apresentados.

No momento do grupo nominal, foram apresentadas aos participantes reunidos as notas, médias e os DP calculados, bem como os novos critérios sugeridos. Em seguida, iniciou-se a discussão sobre cada um dos critérios que apresentaram os maiores DP. Após o debate, foi solicitado aos participantes que atribuísem notas aos critérios originais e aos novos com justificativas, caso necessário. As falas deste momento foram

gravadas e posteriormente transcritas, os argumentos foram analisados em relação aos critérios apresentados. As respostas foram consolidadas, e calculadas médias e DP. Algumas sugestões, surgidas no segundo momento, foram incorporadas aos critérios originais da matriz, como também foram suprimidos, acrescidos ou complementados os critérios com base nos argumentos das discussões e justificativas.

Num terceiro momento, a matriz proveniente da etapa anterior, foi encaminhada, novamente, por correio eletrônico e solicitada resposta individual aos critérios reformulados, e apostos na matriz. Depois de recebidas as respostas, foram calculadas as médias e os DP da pontuação atribuída para a consolidação final e análise.

Os critérios foram analisados quanto à importância atribuída pelos especialistas valendo-se da seguinte classificação da média de pontos obtidos: (a) média < 7 = critério pouco importante; (b) média ≥ 7 e < 9 = critério importante; (c) média ≥ 9 = critério muito importante. Quan-

to ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ = critério em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; (c) $DP \geq 3$ = grande dissenso.

Composição do grupo

O grupo de especialistas foi formado por gestores e técnicos de vigilância sanitária e pesquisadores, buscando-se uma representatividade de ambos os setores. A escolha dos gestores e técnicos foi feita por consulta à ANVISA. Foram convidados profissionais coordenadores de serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo. Os pesquisadores foram selecionados em razão de sua produção intelectual relacionada à temática da descentralização da vigilância sanitária.

Dos 15 convidados, seis não participaram, ficando o grupo com nove especialistas. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido sobre a utilização das informações obtidas no painel, assegurando-se o anonimato das falas.

O modelo lógico e os referenciais teóricos

Considerando a imagem-objetivo²² como uma situação para um tempo futuro e que marca a direção das estratégias a serem implementadas, optou-se por desenvolvê-la na perspectiva de um município em gestão plena do seu sistema de saúde, cujo modelo assistencial estivesse voltado para o controle de causas, riscos e danos; que tivesse como objeto os problemas de saúde identificados em seu território e que desenvolvesse ações articuladas com intuito de superar a dicotomia entre as práticas coletivas e as práticas individuais^{23,24}.

Essas definições relacionam-se com as escolhas teóricas feitas. A descentralização foi compreendida, no presente estudo, como transferência de recursos financeiros, poder decisório e controle social sobre a aplicação de recursos, com aumento de responsabilidades e das competências locais^{25,26}. O conceito de vigilância da saúde utilizado foi aquele desenvolvido por Paim²³. Suas relações com os demais conceitos de vigilância foram discutidos por Silva²¹, que identificou na literatura três formas de organização das práticas de vigilância no âmbito municipal: a vigilância em saúde pública como um componente do sistema nacional de vigilância em saúde que, como tal, agruparia as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e a saúde do trabalhador; a vigilância epidemiológica tradicional que não desenvolve ações da vigilância sanitária. A vigilância da saúde corresponderia a um modelo assistencial de reorganização das

práticas de saúde, cuja finalidade seria o controle de causas, riscos e danos à saúde²³. Seu objeto de atuação corresponde aos problemas de saúde referidos a um determinado território e determinada população. As principais ferramentas dessa vigilância se apóiam no tripé dos conhecimentos da epidemiologia, planejamento e das ciências sociais. No diagrama proposto por Paim²⁷, a vigilância sanitária seria um conjunto de ações focadas no controle de riscos sanitários, objetivando a proteção da saúde pela implementação de políticas inter e transetoriais relacionadas à promoção da saúde; o autor ressalta a importância do “como” combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver os problemas e promover a saúde. A vigilância da saúde corresponderia a uma imagem-objetivo mais geral, para a qual as ações específicas de vigilância sanitária poderiam contribuir.

Por sua vez, a vigilância sanitária se sedimenta em três pilares: o tecnológico, que diz respeito ao conhecimento científico, métodos e técnicas de várias áreas para a sua realização; o jurídico, que se refere às implicações legais advindas do exercício de normalizar, fiscalizar e punir, e no dever-poder de proteger a saúde, com base no direito sanitário e no direito administrativo; o ideológico permeia os outros e determina a maneira pela qual a vigilância sanitária se propõe ao enfrentamento dos diferentes projetos e interesses presentes na sociedade, a fim de satisfazer as necessidades da população^{2,11}. Salienta-se, também, a transversalidade do risco na transposição de fronteiras e na circulação de produtos; e, assim, a importância de ações coordenadas capazes de dar respostas para a concretização da integralidade das ações de vigilância sanitária realizadas por esferas locais, regionais, estaduais e ou federais²⁸. Ademais, a territorialidade em que o risco pode estar circunscrito e a definição dos responsáveis por controlar e avaliar a necessidade de cooperação técnica e financeira, para as ações de controle demonstra os desafios ao fortalecimento do SNVS, para completar a cadeia do controle de riscos à saúde relacionados a serviços e produtos²⁸.

O modelo elaborado considerou objetivos, atividades e resultados esperados em um sistema de vigilância sanitária de um município de porte médio, em plena gestão do seu sistema de saúde (Figura 1). A formulação do modelo apoiou-se em revisão da literatura especializada, relatórios técnicos e legislação nacional que tratavam da descentralização do SNVS.

Por intermédio do modelo lógico, foram selecionados níveis, dimensões e critérios dispostos numa matriz que contém a descrição da situação esperada para cada critério, aos possíveis graus

de implantação, a saber: incipiente, parcialmente implantado e implantado (Tabela 1).

Foram selecionados dois níveis de análise: o da gestão e o das práticas. No nível da gestão foram eleitas dimensões cujos critérios expressassem o grau de institucionalização das ações, financiamento e autonomia na gestão financeira, organização e capacidade gerencial da vigilância sanitária, além da participação social e relações com outras áreas da saúde. E, para além da organização local, foram incorporados critérios referentes às inter-relações entre as partes do SNVS.

No nível das práticas, foram identificados dimensões e critérios essenciais que possibilitassem a avaliação da estrutura do processo de trabalho da vigilância sanitária. Critérios que expressassem os insumos e instrumentos de trabalho, as ações relacionadas à vigilância de risco sanitário, além das atividades de educação e comunicação, destacadas como relevantes.

Considerando as diferenças regionais do Brasil, os critérios identificados como ações essenciais seriam aqueles associados ao controle dos riscos relacionados aos serviços de interesse da saúde, a alimentos, medicamentos, água para consumo humano, cosméticos e produtos médicos, dentre outros, necessários em praticamente todos os municípios.

Resultados e discussão

Dos 54 critérios selecionados, segundo a opinião dos especialistas, 53 foram considerados importantes, 32 obtiveram consenso e 22, dissenso; apenas um foi considerado de pouca importância. O maior consenso ocorreu no nível das práticas de vigilância sanitária (Tabela 2). Os 22 critérios apresentados foram todos considerados com algum grau de importância (média > 7 e ≤ 10), sendo 18 com consensos.

A realização da consulta aos especialistas em três rodadas propiciou uma redução no número de critérios considerados como pouco importantes (média < 7) que foi reduzido de 16 para 1. Essa modificação provavelmente relaciona-se com uma melhor explicitação do significado de cada critério ocorrido durante os debates. Já em relação ao grau de consenso, observou-se uma ampliação, de 10 para 14, no número de critérios considerados como de grande dissenso (DP > 3) (Tabela 3). As divergências, porém, na maioria dos casos, não se referiam ao conteúdo propriamente dito dos critérios, mas à maneira pelo qual os mesmos estavam formulados ou a problemas na sua mensuração. Por exemplo, o grande dissenso (DP ≥ 3,9) existente em relação às práticas de avaliação em vigilância sanitária (Tabela 3) resultou de divergências na formulação do critério e não no conteúdo do mesmo.

Tabela 2

Número e percentual de critérios analisados por especialistas sobre a imagem-objetivo da descentralização da vigilância sanitária municipal, segundo desvio-padrão (DP) e média dos escores atribuídos na conferência de consenso. Salvador, Bahia, Brasil, 2006 (3ª consulta).

DP dos escores	Gestão *		Práticas **		Total ***	
	n	%	n	%	n	%
≤ 1 (Consenso)						
Muito importante (média > 9)	13	41,0	18	82,0	31	57,0
Importante (média > 7)	1	3,1	-	-	1	1,9
Pouco importante (média < 7)	-	-	-	-	-	-
> 1 e ≤ 3 (Dissenso)						
Muito importante (média > 9)	2	6,3	1	4,5	3	5,5
Importante (média > 7)	4	13,0	1	4,5	5	9,3
Pouco importante (média < 7)	-	-	-	-	-	-
> 3e ≤ 4 (Grande dissenso)						
Muito importante (média > 9)	-	-	-	-	-	-
Importante (média > 7)	11	34,0	2	9,2	13	24,0
Pouco importante (média < 7)	1	3,1	-	-	1	1,9

* Número total de critérios da dimensão = 32;

** Número total de critérios da dimensão = 22;

*** Número total de critérios analisados = 54.

Tabela 3

Valores das médias e desvios-padrão (DP) conferidos por especialistas em vigilância sanitária que participaram da conferência de consenso sobre critérios de identificação da imagem-objetivo para avaliação da descentralização da vigilância sanitária. Salvador, Bahia, Brasil, 2006.

Critérios	1º momento		2º momento		3º momento	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Existência de componente relacionado com a vigilância sanitária no plano municipal de saúde	7,4	0,8	9,1	1,4	9,5	0,8
Existência de Plano de Ação de Vigilância Sanitária	7,7	0,4	9,6	1,0	9,7	0,8
Existência de práticas de avaliação que incorporem resultados do monitoramento de indicadores utilizados pela gestão da vigilância sanitária	6,3	3,6	7,2	3,3	7,8	3,9
Utilização de produtos do monitoramento e indicadores de avaliação na gestão	6	3,5	7,4	3,5	7,0	3,8
Existência de instrumento legal que cria taxas da vigilância sanitária	5,6	3,4	1,8	3,7	7,7	2,6
Existência de Código Sanitário Municipal	7,1	1,2	-	-	-	-
Existência de equipe técnica que atenda as necessidades do município	7,6	0,8	7,3	1,5	9,7	0,5
Existência de profissionais para a vigilância sanitária no Plano de Cargos, Carreira e Salários da Secretaria Municipal de Saúde	4,9	4,4	3,7	3,8	7,2	4,0
Tipo de contrato de trabalho, carga horária, e tempo de serviço dos profissionais (...) equipe	7,2	1	8,6	3,3	7,5	3,8
Existência de apoio de pessoal capacitado para execução de ação de maior complexidade	7,1	0,9	7,3	3,2	9,0	0,9
Existência de política de qualificação profissional para os recursos humanos da vigilância sanitária	7,2	1,3	8,8	3,3	9,5	0,8
Aprovação do plano de ação de vigilância sanitária pelo Conselho Municipal de Saúde	6,7	1,5	-	-	7,2	4,0
Monitoramento do Plano de Ação de Vigilância Sanitária pelo Conselho Municipal de Saúde	-	-	7,7	3,2	7,7	3,8
Temas de vigilância sanitária nas Conferências Municipais de Saúde	5,7	3,5	4,3	4,3	6,7	3,4
Componente de vigilância sanitária na capacitação dos conselheiros e gestores de saúde	6,1	1,7	-	-	7,3	3,7
Temas de vigilância sanitária no Conselho Municipal de Saúde	-	-	6,2	3,7	7,3	3,7
Existência de serviço de acolhimento de denúncias	5,4	2,3	6,2	4,1	9,2	1,0
Utilização de roteiros padronizados de inspeção	7,7	0,4	8,7	1,6	9,2	1,0
Utilização de protocolos operacionais padronizados para o trabalho em vigilância sanitária	-	-	-	-	9,0	1,5
Utilização de equipamentos de proteção individual	7,4	0,8	8,2	3,3	9,2	1,0
Utilização de computador com acesso a internet e veículo adequado as ações de vigilância sanitária	7,4	0,8	8,2	3,3	9,2	1,0
Realização de controle sanitário de alimentos de sua competência	7,3	1,5	9,6	1,0	10,0	0,0
Realização de controle sanitário de medicamentos de sua competência	7,6	0,8	9,4	1,1	10,0	0,0
Realização de controle sanitário de cosméticos de sua competência	7,2	1,3	9,4	1,1	9,7	0,8
Realização de controle sanitário de saneantes de sua competência	-	-	-	-	9,7	0,8
Realização de controle sanitário de produtos médicos de sua competência	-	-	-	-	9,7	0,8
Realização de controle sanitário de produtos saneantes, cosméticos, produtos médicos de sua competência	-	-	-	-	8,0	4,0
Realização de controle sanitário nos serviços de saúde de sua competência	7,6	0,8	9,3	1,1	9,7	0,8
Realização de controle sanitário nos serviços de apoio diagnóstico de sua competência	7,2	1,3	8,3	3,3	10,0	0,0
Realização de controle sanitário nos serviços de interesse à saúde de sua competência	7,1	1,6	9,2	1,2	9,7	0,8
Realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano	6,8	1,9	9,3	1,1	9,3	1,0
Realização da vigilância da qualidade da água dos serviços de saúde	7,1	1,1	6,1	4,7	8,7	2,2

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Critérios	1º momento		2º momento		3º momento	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Realização de vigilância e controle sanitário de ambientes de trabalho com vistas à proteção da saúde do trabalhador de sua competência	7,4	0,8	9,2	1,3	9,3	1,0
Participação na equipe de investigação de agravos com o nível regional/ estadual e/ou nacional	-	-	-	-	7,0	3,9
Encaminhamento das queixas que chegam à vigilância sanitária aos setores responsáveis/competentes	7,7	0,4	8,4	3,3	9,5	0,8
Atendimento ao público com profissionais de visa qualificados	6,1	3,6	8,3	1,1	9,3	0,8
Realização de atividades informativas para os profissionais da saúde	7,4	0,8	7,7	3,0	9,5	0,8
Realização de atividades de educação	7,4	0,8	7,8	1,2	9,3	1,0
Realização de atividades de comunicação e informação de risco para a população	7,3	0,8	7,9	1,2	9,5	0,8
Oferta de ações programáticas	7,3	1,0	-	-	-	-
Existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver as suas atividades de vigilância sanitária	6,8	1,1	9,1	1,2	9,3	0,8
Ações integradas com as vigilâncias epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador	5,8	3,6	7,4	3,1	7,7	1,9
Articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública	-	-	-	-	9,3	1,2
Articulação com os serviços de auditoria e regulação	6	3,7	7,7	1,7	7,8	1,5
Fluxo interno de circulação da informação nas relações entre gestor municipal e a vigilância sanitária	7,4	0,8	7,3	3,2	8,8	1,0
Articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do sistema	7,1	1,2	7,6	3,1	9,0	1,3
Realização de ações conjuntas/intersetoriais com as secretarias da agricultura (...), Defesa Civil, Polícia e Ministério Público	6	3,6	7,4	3,0	8,7	1,5
Existência de práticas de planejamento sistemático, integrado como rotina, nos serviços de vigilância sanitária	5,2	4,6	8,4	2,1	9,3	1,0
Existência de sistema informatizado de cadastro de estabelecimentos de interesse da saúde	7,6	0,8	8,9	0,7	10,0	0,0
Existência de fonte financeira regular de recurso exclusivo para custeio das despesas da vigilância sanitária	7,2	1,0	6,8	4,0	9,2	1,0
Existência de conta bancária exclusiva para a vigilância sanitária	7,2	1,1	6,6	4,0	7,8	3,9
Acompanhamento/controlado dos recursos financeiros pelo coordenador da vigilância sanitária	-	-	-	-	9,5	0,8
Existência de autonomia na gestão financeira dos recursos da vigilância sanitária	-	-	-	-	9,2	1,0
Abertura e condução de processo administrativo-sanitário	-	-	-	-	7,8	3,9
Acesso à assessoria jurídica de um dos níveis do sistema: municipal, regional, estadual ou nacional	6,8	1,8	8	3,3	7,8	3,9

Nota: média < 7 = critério pouco importante; média ≥ 7 e < 9 = critério importante; média ≥ 9 = critério muito importante; DP ≤ 1 = critério em consenso; DP > 1 e < 3 = dissenso; DP ≥ 3 = grande dissenso.

A utilização da técnica Delphi, em duas rodadas, articulada com a técnica do grupo nominal possibilitou a verificação desta progressiva redução dos dissensos bem como a ampliação do consenso. Tal fato é previsto na metodologia usada quando se permite aos especialistas modificarem suas opiniões iniciais mediante reflexão sobre a argumentação de outros participantes do painel^{29,30,31,32}.

Quando da análise dos consensos em relação à importância, verificou-se que, no nível das práticas, 19 critérios foram muito importantes; dentre eles, três apresentaram maior coesão de consenso e tratavam das ações consideradas essenciais à vigilância sanitária.

No nível da gestão, observou-se que dos 32 critérios propostos, 14 obtiveram consenso, 18 critérios foram objetos de dissenso (DP > 1 e ≤ 3)

entre as opiniões, sendo oito delas, de grande dissenso ($DP \geq 3$ e ≤ 4). Quanto à importância, esse nível apresentou 31 critérios importantes (média ≥ 7 e ≤ 9), sendo 15 considerados muito importantes (média > 9) e um único como pouco importante; tratava de *temas de vigilância sanitária nas conferências municipais de saúde* (média < 7).

Ao observar o consenso em relação à importância atribuída, constatou-se que, no nível da gestão, dos 18 critérios em dissenso ($DP > 1$ e ≤ 3), o único que obteve pouca importância foi *temas de vigilância sanitária nas conferências municipais de saúde*.

Dos que apresentaram divergências de opiniões, sete obtiveram grande grau de dissenso ($DP > 3$ e ≤ 4), dois critérios muito importantes apresentaram $DP > 1$ e ≤ 3 ; ambos referiam-se à *articulação no desenvolvimento de ações conjuntas e integração com os níveis regional, estadual e nacional do sistema de vigilância sanitária e à articulação em tempo hábil com o laboratório de saúde pública*.

Consensos e dissensos no nível da gestão

Houve elevado consenso a respeito da necessidade da vigilância sanitária fazer planejamento sistemático, com recursos garantidos, ter suas prioridades no Plano Pluri-Anual do município, aprovado pela Câmara de Vereadores e existir Plano de Ação de Vigilância Sanitária, como desdobramento das prioridades de saúde do município, asseguradas no Plano Pluri-Anual.

Na discussão dos critérios relacionados ao tema planejamento e avaliação, a discordância possivelmente se deu pelo distanciamento da vigilância sanitária em relação ao campo da avaliação em saúde, visto que “...parece não ocorrer a articulação entre o subsistema de vigilância... e as áreas de planejamento e avaliação de programa...”³³ (p. 28); desse modo, essas questões merecem cuidados para possibilitar maior interlocução das áreas de planejamento e de vigilância sanitária.

Assim, critérios como *existência de práticas de avaliação que incorporem resultados do monitoramento de indicadores utilizados pela gestão da vigilância sanitária* apresentou forte dissenso ($DP = 3,9$), embora tenha sido considerado importante. Os painelistas sugeriram que o critério *aprovação do plano de ação de vigilância sanitária pelo Conselho Municipal de Saúde* seria suficiente, uma vez que conteria o planejamento e a avaliação. Revelava, portanto, uma concepção de planejamento/avaliação como uma programação cotidiana e não como prática estruturada da gestão que planeja, avalia e os seus resultados

possam subsidiar o gestor na tomada de decisão. Embora esta proposição esteja tecnicamente correta, a recusa ao detalhamento dificulta a aferição do componente específico da utilização dos resultados da avaliação na gestão.

O porte populacional dos municípios foi considerado importante na definição da equipe, porque quanto maior o número de habitantes maiores seriam as possibilidades de existência de riscos para a sua saúde, seja pelo desenvolvimento tecnológico, seja pela produção de produtos e serviços para o sustento dessa população. A regionalização solidária da saúde foi apontada como uma possibilidade para resolver a dificuldade de se assegurar recursos humanos especializados para todos os municípios.

Foi considerada consensualmente muito importante a *existência de serviço de acolhimento de denúncia*, também denominado serviço de acolhimento das denúncias e canal com a população, por ser “a forma pela qual a população se comunica com a vigilância sanitária”.

Diante da natureza fiscalizadora e da gestão financeira da vigilância sanitária, os especialistas identificaram, como possibilidade de solução, a mudança de unidade demandante de gastos, para unidade gestora ou orçamentária, o que provavelmente resolveria alguns problemas da vigilância sanitária. Os critérios referentes ao financiamento foram considerados consensualmente importantes.

Nos debates relacionados aos recursos humanos, foram destacadas a alta rotatividade dos profissionais da saúde e a forma precária de contratação, que são, na opinião dos participantes, problemas dificultadores do exercício das funções da vigilância sanitária, as quais deveriam ser executadas por servidor público estável.

Houve certo entendimento quanto à necessidade de maior conhecimento, por parte dos conselheiros de saúde, acerca do serviço de vigilância sanitária, suas funções e ações, reconhecendo-se que mesmo no setor saúde, os profissionais desconhecem a área. Os critérios relacionados à dimensão *participação popular* obtiveram elevado dissenso e foram considerados de menor importância, uma vez que o foco estava nos conselheiros, e, tal fato, na opinião dos participantes, não resolveria a falta de informação em vigilância sanitária; por isso, não merecia destaque.

Diante dos questionamentos sobre as limitadas articulações da vigilância sanitária com as outras vigilâncias e com os demais setores do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se evidente que, embora todos os critérios deste nível tenham sido considerados importantes, ainda não havia consenso entre as opiniões dos especialistas da área; e revelava o distanciamento do

debate mais amplo sobre a vigilância à saúde, o que corresponderia dizer que do ponto de vista do modelo assistencial a imagem-objetivo é ainda incipiente.

Consensos e dissensos no nível das práticas

Nesta dimensão, o debate ocorreu em torno de idéias, em sua maioria convergentes e, assim, apresentou elevado número de critérios consensuais, todos considerados importantes; apenas quatro apresentaram dissensos entre as opiniões.

O critério *utilização de roteiros padronizados de inspeção*, consensualmente considerado como muito importante, teve seu uso defendido com o argumento da necessidade de garantia de padrões mínimos de qualidade e minimização da subjetividade individual dos agentes fiscalizadores; também asseguraria maior objetividade à fiscalização, permitindo o seguimento e comparação ao longo do tempo. Considerou-se que os roteiros utilizados deveriam ser os relacionados aos objetos de cuidado da vigilância sanitária existentes no território. Por outro lado, sinalizou-se que apenas o instrumento não determinaria a melhoria da qualidade da ação do técnico e sua aplicação, sem reflexão, poderia ocasionar dificuldades na avaliação crítica dos resultados encontrados. Outro ponto discutido foi o direito à informação, garantido pela Constituição, logo, os roteiros deveriam ser públicos.

Na dimensão dos *insumos e instrumentos de trabalho*, a constatação da escassez de veículos e computadores, quando da apreciação dos seus critérios que demonstravam a utilização de equipamentos auxiliares para o desempenho das rotinas de vigilância sanitária, foi reveladora da situação precária das condições materiais e instrumentos de trabalho da vigilância sanitária.

Na discussão do critério *atendimento ao público com profissionais de vigilância sanitária qualificados*, observou-se que foi compreendido, sobretudo pelos especialistas que pertenciam aos serviços, como um setor que deveria ser mais valorizado, por constituir a porta de entrada da vigilância sanitária, para oferecer informações, orientações de encaminhamentos, discussão de questões relacionadas ao processo inicial de licenciamento, requerendo para tal um profissional capacitado, fato que ao final foi consensual.

O *encaminhamento das queixas que chegam à Vigilância Sanitária aos setores responsáveis/competentes* foi entendido pelos especialistas como um critério que trataria das questões de emergências e urgências sanitárias e das queixas ou denúncias feitas pela população. Argumentou-se que a vigilância sanitária deveria buscar

articulação com outros órgãos para aumentar a sua capacidade de resolução.

A *existência de espaço físico adequado para a equipe desenvolver suas atividades* obteve esperado consenso. Os especialistas propuseram acrescentar a exigência da garantia de privacidade no atendimento aos usuários, tendo em vista que algumas ações de vigilância sanitária, tais como: arquivamento, reuniões, elaboração de relatórios, planejamento, recepção e acolhimento do público deveriam ser desenvolvidas com os mesmos padrões de qualidade e humanização propostos para as ações de assistência médica.

Os critérios relacionados às atividades de educação, comunicação e informação da dimensão *atividades de comunicação* foram considerados consensualmente importantes. A incorporação de atividades de comunicação nas ações de vigilância sanitária seria também importante no seu mais amplo espectro, para qualquer setor da sociedade ou dentro do próprio sistema; possibilitaria melhor integração e articulação com os demais setores internos e externos ao sistema de vigilância sanitária.

Considerações finais

Os nove especialistas, componentes da conferência de consenso que apreciou uma proposição de imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária, validaram a maioria dos 44 critérios inicialmente apresentados e sugeriram a inclusão de dez novos, resultando num total de 54. Destes, 32 (59,3%) resultaram consensuais, enquanto 22 (40,8%) foram objeto de dissenso; apenas um foi considerado de pouca importância, enquanto os 53 restantes considerados importantes.

As ações essenciais de vigilância sanitária representam a dimensão de maior importância e maior grau de consenso no nível das práticas; na dimensão da gestão foram a infra-estrutura e a organização do serviço. Os critérios que pareceram obter menor importância e maior divergência foram os referentes à participação social e integração com o SUS.

A importância percebida no debate sobre a legislação e o poder de polícia revelou a presença de uma concepção de saúde pública controlista e coercitiva. Ao mesmo tempo, a importância atribuída à necessidade do desenvolvimento e expansão das práticas de comunicação social e de educação em saúde revela preocupações voltadas para o projeto democrático da Reforma Sanitária, contemporânea ao século XXI.

Transpareceu uma contradição existente no discurso dos participantes no que se refere à

utilização de roteiros, um dos mais tradicionais instrumentos de trabalho no âmbito da vigilância sanitária. A adoção desse instrumento, nas práticas, buscaria uniformizar as ações visando proporcionar padrões mínimos de qualidade e evitaria variação de critérios de julgamento dos profissionais, no processo de inspeção, que conduziriam a adequar os serviços para a certificação da qualidade.

Segundo o consenso dos especialistas, a vigilância sanitária bem implantada deveria atender aos seguintes critérios: corresponder a uma instância administrativa da Secretaria Municipal de Saúde; desenvolver ações de controle de produtos e vigilância de prestadores de serviços de saúde; acolher as queixas e/ou denúncias, encaminhando-as aos órgãos competentes; realizar ações de comunicação e atividades informativas; possuir instalações com espaço físico adequado às suas atividades, autonomia financeira, política de capacitação de recursos humanos, equipamentos de proteção individual; desenvolver ações integradas com as demais vigilâncias; articular-se com o laboratório de saúde pública de

maneira ágil e buscar, na intersectorialidade, os parceiros para atuação conjunta na resolução dos problemas e redução dos riscos sanitários; trabalhar em equipe com profissionais em quantidade e variedade suficientes para que participem de todas as atividades de vigilância sanitária em seu território; promover educação sanitária; utilizar o instrumental dos roteiros de inspeção; realizar planejamento e avaliação como instrumentos rotineiros na prática dos profissionais, viabilizando a existência de plano de ação.

Ressalta-se que esta imagem-objetivo, validada pelo consenso de especialistas, é necessariamente provisória e representa somente um ponto de partida e de referência para um processo que poderá incluir outros momentos e estratégias de redefinição de critérios e de renovação do consenso. Poderá ser experimentada, na íntegra ou parcialmente, bem como modificada, a depender das realidades estaduais e municipais. A utilização, em pesquisas avaliativas, poderá auxiliar no processo de validação externa de resultados, por meio da comparação possível entre municípios.

Resumo

A descentralização das ações de vigilância sanitária não dispõe de critérios e padrões consensuais para sua avaliação. Objetivando formular e validar uma imagem-objetivo da vigilância sanitária municipal que corresponda à definição de um sistema municipal de vigilância sanitária adequado às necessidades da população, elaborou-se um modelo lógico do qual derivou uma matriz que contém dimensões e critérios para avaliar a gestão e as práticas. A matriz foi submetida a um grupo de especialistas, para validação, mediante conferência de consenso. Dos 54 critérios propostos, 59,3% foram consensuais e 53 (98%) importantes, o que correspondeu a validação da matriz. Considerando a provisoriedade de consensos assim obtidos, o instrumento produzido poderá ser modificado e adaptado. As autoras discutem o potencial da estratégia avaliativa aqui adotada que permite diversas possibilidades de redefinição de critérios e de renovação do consenso.

Descentralização; Vigilância Sanitária; Política de Saúde

Colaboradores

A. H. A. Ferraro participou do desenvolvimento da pesquisa e da elaboração do artigo. E. A. Costa contribuiu na concepção metodológica e revisão do artigo. L. M. Vieira-da-Silva colaborou na orientação da concepção metodológica e na execução de todas as etapas da pesquisa e participou da redação do artigo.

Agradecimentos

Esse trabalho foi financiado pelo projeto do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Agência Nacional de Vigilância Sanitária com o propósito de contribuir com subsídios às discussões do Seminário Nacional de Vigilância Sanitária realizado em junho de 2007.

Referências

- Lucchesi G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, organizador. Cadernos de textos da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001. p. 53-69.
- Costa EA. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Costa EA, Rozenfeld S, organizadoras. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-48.
- Brasil. Lei Federal nº. 9.782, de 27 de janeiro de 1999. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 1999; 27 jun.
- Lima M, Reis L. Levantamento da situação dos serviços de vigilância sanitária no país. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002.
- Levcovitz E, Lima DL, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6:269-91.
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Vigilância sanitária: organização e descentralização. Jornal do CONASEMS 2000; ano V:15.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2.473, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 2 jan.
- Lucchese G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Diário Oficial da União 2007; 31 jan.
- Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9:493-505.
- Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev Bras Epidemiol 2005; 8:83-95.
- Cunha ICA, Solla JJSP. Implantação da vigilância sanitária em Vitória da Conquista, Bahia. Divulg Saúde Debate 2001; (25):28-36.
- 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; 7:290-301.
- Costa JSC, Barreto LR, Barros RM. Situação atual da vigilância sanitária nos municípios baianos em gestão plena do sistema. In: Alves MGH, organizador. Vigilância sanitária: principais tecnologias de intervenção. Salvador: Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário; 2005. p. 87-123.
- Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad Saúde Pública 2006; 22:1043-51.
- Ferraro AHA. Parâmetros e critérios de avaliação da descentralização da vigilância sanitária. In: 11º Congresso Mundial de Saúde Pública/8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [CD-ROM]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
- Vieira-da-Silva LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4:331-9.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
- Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23:355-70.
- Medina MG, Silva GP, Rosana A, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-63.
- Souza LEPEF, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.
- Matus C. Política, planejamento e governo. 3ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1983.
- Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizadora. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 161-74.
- Paim JS. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1993. p. 455-66.
- Guimarães MCL. As controvérsias conceituais e o debate sobre a descentralização na literatura. In: Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração (CD-ROM). Foz do Iguaçu: Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração; 1999.
- Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. Rev Bras Ciênc Soc 1999; 14:111-41.
- Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim JS, organizador. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 367-82.
- Lucchesi G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

29. Donabedian A. Criteria, norms and standards: what do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71:409-12.
30. McDougal JA, Brooks CM, Albanese M. Achieving consensus on leadership competencies and outcome measures: The Pediatric Pulmonary Centers' experience. *Eval Health Prof* 2005; 28:428-46.
31. Swing SR, Schneider S, Bizovi K, Chapman D, Graff LG, Hobgood C, et al. Using patient care quality measures to assess educational outcomes. *Acad Emerg Med* 2007; 14:463-73.
32. Minkman M, Ahaus K, Fabbricotti I, Nabitz U, Huijsman R. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:66-75.
33. Silva GAP. A vigilância e a reorganização das práticas de saúde [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2006.

Recebido em 14/Jan/2009

Versão final reapresentada em 16/Mai/2009

Aprovado em 15/Jun/2009