

Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações

Health surveillance in a city in the south of Brazil: implantation of the decentralization and effectiveness of the actions

Jorcen Simon de Souza¹
Airton Tetelbom Stein¹

Abstract *This study evaluated the effectiveness of the health surveillance actions in Canoas/RS during the implantation of the local health management system and characterized the profile of the health agents by means of a cross-sectional descriptive study. The target population consisted of all the 12 health agents of the team. The data were collected using a self-applicable questionnaire (Essential Public Health Function nº6) with performance classifications ranging from 0 to 1; interview with the direction of the department; and survey of the service reports. The main results obtained through statistical analysis and interpretation showed that the management model together with the technical commitment of the health agents allowed for an effective implantation of the decentralized, local management; most agents were females; 66.7% had a mean age of 46 years (± 7.5); and 58.31% of them had higher education and an income of more than five minimum wages; the Essential Public Health Function nº6 measured 0.7 as final average. It is concluded that the health surveillance actions during the decentralization process were effective, showing a performance above the average in relation to the used instrument. The structure of the service and the profile of the health agents are similar to those found in other health surveillance departments.*
Key words *Health surveillance, Health services evaluation, Public health, Decentralization*

Resumo *Neste estudo, avaliou-se a efetividade das ações do departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, na implantação da gestão plena do sistema municipal, caracterizando-se o perfil desses agentes por delineamento transversal descritivo. Todos os fiscais (12) formaram a população-alvo. Os dados foram coletados por questionário auto-aplicável (Função Essencial de Saúde Pública nº 6) com classificação de performance de 0 a 1, entrevista com a direção do departamento e levantamento dos registros do serviço. Obtiveram-se como principais resultados, por estatística e interpretação, que o modelo de gestão do serviço, associado ao comprometimento técnico dos fiscais, proporcionou efetiva implantação da gestão plena; os fiscais apresentavam maioria feminina (66,7%), idade média de 46 anos ($\pm 7,5$) e 58,31% possuíam nível superior e renda maior que cinco salários mínimos; a Função Essencial de Saúde Pública nº 6 mediu 0,7 como média final. Conclui-se que o departamento apresentou efetividade nas ações de vigilância sanitária durante a descentralização, apresentando desempenho acima da média frente ao instrumento utilizado, além do serviço constar de estrutura e grupo de fiscais com perfil semelhante a outras equipes de vigilância sanitária.*
Palavras-chave *Vigilância sanitária, Avaliação de serviços de saúde, Saúde coletiva, Descentralização*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. Av. Farroupilha 8001/Prédio 14/227, Bairro São José. 92425-900 Canoas RS. jorcemss@yahoo.com.br

Introdução

Em 1988, a Constituição Federal¹ afirmou ser a saúde um direito de todos e destacou as atribuições da vigilância sanitária como obrigação do Estado, produzindo intensa atividade regulatória². Desde então, as ações de vigilância sanitária são consideradas as atividades preventivas mais eficientes para a concretização do direito à saúde da população no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS)³, a ponto de ser possível afirmar que as competências do SUS, como um todo, apontam praticamente todas as atividades do encargo da vigilância sanitária⁴. Neste âmbito, esse setor representa um influente mecanismo para articular níveis de poderes governamentais e para impulsionar ações e movimentos de participação social principalmente em razão do papel que exerce na regulamentação e fiscalização das relações entre produção e comercialização⁵. Com efeito, a abrangente e complexa atividade de vigilância sanitária é conceituada atualmente na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990⁶, como ***um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde da população.***

Observa-se, então, que o campo de atuação da vigilância sanitária é complexo em razão do constante modo de produção capitalista de mercadorias e serviços, respondendo à lógica do sistema produtivo. E, por outro lado, delicado, do ponto de vista dos interesses envolvidos, pois a defesa e a proteção da saúde coletiva na maioria das vezes significam clara oposição a interesses hegemônicos que detêm grande parcela de poder na sociedade⁷. Desta forma, a plena estruturação da vigilância sanitária torna-se requisito fundamental para a efetiva implantação do SUS, principalmente em virtude de seu poder normativo e fiscalizatório aplicado aos serviços e na qualidade dos insumos terapêuticos que estes consomem⁸.

Todavia, a qualidade da gestão dos serviços do SUS pode ser amplamente aperfeiçoada por meio do uso adequado dos instrumentos de que a vigilância sanitária dispõe⁹. Além disso, a qualidade das relações entre os prestadores desses serviços e a população que os recebe é impulsionada pela ação da fiscalização sanitária. Estas ações têm

o propósito de implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços de saúde¹⁰. Entendendo-se que a efetiva gestão das ações de vigilância sanitária apresenta potencial importantíssimo tanto para a reversão do antigo modelo assistencial de saúde quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção e garantia da qualidade de vida dos cidadãos¹¹ e ser, de fato, assumida como uma atividade importante do planejamento e programação de saúde no município¹².

Descentralização municipal da saúde e as ações de vigilância sanitária

No limiar do processo de descentralização das ações em saúde, com ênfase para os municípios, a definição de competências entre as três esferas do poder alcança também os serviços de vigilância sanitária¹³, por onde a gestão municipal deve fazer executar as atribuições previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas pelo poder executivo, através de repasses financeiros instituídos pelo Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). As NOB introduzem condições estabelecidas segundo responsabilidades, prerrogativas e mecanismos de financiamento, que o gestor se dispõe a assumir, segundo sua vontade política e suas condições técnicas e materiais, com a aprovação do respectivo Conselho de Saúde¹⁴.

Atualmente, a NOB SUS 01/96¹⁵ regula a descentralização das ações de vigilância sanitária, prevendo duas condições de gestão para os municípios: plena da atenção básica e plena do sistema municipal. Todavia, municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) detêm responsabilidade pela execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária.

Nesta lógica, a implantação da GPSM, como uma etapa do processo de descentralização das ações de saúde, representa a concretização da municipalização da saúde e constitui subsídio importante para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos serviços de assistência médica, e para o controle de qualidade de produtos e serviços de saúde, todos inerentes à vida da população¹⁶.

Atualmente, as alternativas de descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem propor, em última análise, menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos¹⁷.

Avaliação de serviços de saúde

Outrossim, a avaliação em saúde produz informações quanto à adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias e tipos de gestão¹⁸. Donabedian¹⁹ propõe um conceito de grande importância, o de padrão ou categoria, salientando-se que a descentralização e o acesso são categorias universalmente utilizadas em análises de qualidade de serviços de saúde, aparecendo como promissoras na construção de um modelo ideal de avaliação, considerando que um serviço descentralizado possibilita o equilíbrio entre possibilidade, obrigações e poderes do nível central e local²⁰.

As avaliações de serviços de saúde mais conhecidas, utilizando o modelo de Donabedian²¹, possuem ênfase na tríade “eficácia, efetividade e eficiência”, objetivando a otimização dos procedimentos e serviços. A medida de efetividade tem, no seu termo, significado aproximado ao de eficácia, mas com a diferença de que não se refere às situações “ideais” de avaliação, mas sim a condições “normais” de uso do serviço a ser avaliado, assim como verificado na fiscalização sanitária. No que tange a esta realidade, a efetividade diz respeito à utilidade ou ao benefício, de um produto ou serviço de saúde, quando usado pela população²². Outrora, Jam²³ propõe que a efetividade de um serviço de saúde é o grau no qual os desfechos desejados são atingidos. Assim, tem-se a efetividade como medida indicada por referencial teórico para avaliar serviços de saúde, incluindo o de vigilância sanitária, contemplando suas especiais características de execução e ação.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no serviço de vigilância sanitária do município de Canoas, Rio Grande do Sul, durante o processo de implantação da GPSM, pela ótica dos seus próprios profissionais fiscais, bem como conhecer o perfil e características destes agentes.

Metodologia

O objeto deste estudo foi o departamento de vigilância sanitária do município de Canoas, Rio Grande do Sul, órgão departamental da Secretaria Municipal de Saúde. Canoas é o município mais populoso da Região Metropolitana, com 324.994 habitantes²⁴, área de 131,10 km² e população 100% urbana²⁵. O serviço de vigilância sanitária de Canoas foi instituído como departamento em junho de 2000 pela Lei Municipal nº 4.458.

A criação do departamento foi motivada em virtude da readequação das funções de vigilância sanitária, até então executadas pelo Estado. Dentro do organograma de gestão municipal, o departamento de vigilância sanitária é vinculado diretamente à Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto com outros quatro departamentos. A população-alvo do estudo foi composta pelo diretor do departamento e servidores do setor de fiscalização, que formavam uma equipe de doze profissionais, em todo o seu grupo. No período da pesquisa, durante implantação da GPSM, a fiscalização era realizada totalmente por demanda interna do departamento, que constava de servidores municipais e estaduais ali lotados.

Os aspectos éticos para a pesquisa foram considerados através da aplicação de termo de consentimento livre esclarecido em toda população-alvo, bem como submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil.

Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2005, em visitas ao ambiente de trabalho dos sujeitos do estudo. A coleta de dados ocorreu em duas fases, sendo a primeira com coleta de dados primários através da aplicação de instrumento de pesquisa auto-aplicável distribuído aos fiscais sanitários, e a partir de entrevista com a direção do departamento para obtenção das informações a respeito do processo de descentralização. A segunda fase, com coleta de dados de fontes secundárias, ocorreu por levantamento documental de registros e informações concedidas pelo próprio serviço, referente aos procedimentos realizados pelo departamento durante a implantação da GPSM.

Para a avaliação da efetividade do serviço, foi realizado um estudo com delineamento transversal, utilizando abordagem quantitativa descritiva. O instrumento de pesquisa auto-aplicável foi utilizado em toda a população-alvo do estudo e composto de dois segmentos, um segmento voltado a coletar dados para a caracterização dos recursos humanos, que incluía as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, satisfação quanto à renda, função exercida, regime de trabalho, tempo que trabalha na fiscalização, satisfação quanto à formação e satisfação quanto a disponibilização de treinamentos na área que atua. O outro segmento foi formado pelo instrumento denominado Função Essencial de Saúde Pública – FESP – nº 6, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e que visa medir o desempenho do fortalecimento da capacidade institucional de

regulamentação e fiscalização em saúde pública. O questionário FESP foi validado pela OPAS durante os meses de abril e maio de 1999 em três países: Bolívia, Colômbia e Jamaica²⁶.

A FESP nº 6 avalia o fortalecimento da capacidade institucional do gestor de regulamentar e fiscalizar a saúde pública no local de atuação. Seu foco principal baseia-se em avaliar a execução de todas as atividades de regulamentação do serviço de fiscalização da vigilância sanitária de forma oportuna, correta, consistente e completa²⁷. Possui quatro indicadores, que avaliam a infra-estrutura, as capacidades, os processos e os resultados envolvidos no desempenho da função. Cada um deles apresenta um padrão que descreve o “ótimo aceitável” de cumprimento para o indicador respectivo e um conjunto de medições e submedições que admitem respostas afirmativas ou negativas, sendo inaceitável uma resposta parcial²⁸. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados três indicadores dos quatro existentes no instrumento para melhor responder à questão de pesquisa (Quadro 1). Os resultados obtidos pela medição do instrumento FESP nº 6 foram construídos a partir do cálculo das médias resultantes das 53 variáveis totais que cada questionário possui. A média foi calculada, correspondendo à soma dos valores respectivos às respostas “sim”, divididos pelo número total de questões que cada indicador compunha. O Quadro 1 identifica os indicadores FESP utilizados e descreve o objetivo direto da medição de cada

indicador, demonstrando o número total de questões que os compõem.

A FESP nº 6 apresenta como característica metodológica o consenso da população aplicada, em que a “opinião especializada” de quem responde ao instrumento evidencia no final de sua aplicação um valor de medida que identifica o desempenho obtido. Para esta interpretação, considerou-se 0,50 (50%) como ponto médio e classificação de performances conforme escala de resultados, em que a pontuação de 0,0 a 0,25 representa desempenho mínimo; 0,26 a 0,50, desempenho médio inferior; 0,51 a 0,75, desempenho médio superior e 0,76 a 1,0, desempenho ótimo²⁹.

Os dados foram analisados através de programas estatísticos na seguinte seqüência: Epidata 3.1^{®30}, Epidata Analysis^{®31} e SPSS^{®32}, obtendo-se assim a estatística descritiva. A apresentação dos dados deu-se de forma tabular através de frequências e medidas de tendência central. Foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis que visavam à caracterização dos recursos humanos, considerando-se estatisticamente significativos onde $p > 0,05$. Utilizou-se cálculo de médias e desvio padrão para as variáveis contínuas e proporção para as variáveis categóricas. Procedeu-se à organização do conjunto de material de pesquisa obtido através das entrevistas e da análise documental, buscando-se confrontar os resultados encontrados com o referencial teórico afeto à área de vigilância sanitária e a adesão ao processo de descentralização.

Quadro 1. Indicadores do instrumento FESP nº 6, seus objetivos de medição e respectivo número de variáveis.

Indicadores FESP nº 6	Objetivo da medição	Número de variáveis
FESP 6.2	Avaliar o serviço de vigilância sanitária quanto ao cumprimento das normas em saúde	18
FESP 6.3	Analisar os conhecimentos, habilidades e mecanismos do serviço de vigilância sanitária para revisar e fazer cumprir o marco regulatório	23
FESP 6.4	Avaliar a disposição de assessoria e apoio técnico do nível subnacional direto ao serviço de vigilância sanitária para fiscalização de leis e regulamentações	12
	TOTAL	53

Fonte: OPAS²⁷.

Resultados

Os dados obtidos como resultados estão relacionados à descrição do serviço de vigilância sanitária durante o processo de implantação da GPSM e sua estrutura administrativa organizacional; quanto à descrição da população-alvo referente à caracterização do perfil dos trabalhadores do serviço; e considerando as médias finais obtidas através da medição do instrumento FESP nº 6.

Descrição do serviço de vigilância sanitária

O departamento foi incorporado à GPSM através da Portaria nº 1.513/GM, de 02 de setembro de 2005, passando a exercer todas as atribuições e competências de baixa e média complexidade, e algumas de alta complexidade. Em setembro de 2006, conforme pactuação regida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), passou a realizar as ações de alta complexidade com a inclusão da atividade de aprovação de projetos arquitetônicos de indústrias e de estabelecimentos hospitalares, sem o intermédio total da respectiva Coordenadoria Regional de Saúde. A Tabela 1 apresenta algumas das principais atividades desenvolvidas pelo departamento, durante o processo de implantação da GPSM.

Observou-se que o serviço apresenta gestão própria e independente, com poder de decisão em suas ações, desenvolvendo internamente seu orçamento e plano de aplicação. No período de pesquisa, o departamento era composto por servidores de nível fundamental, médio e superior, perfazendo um total de cento e cinquenta (150) profissionais das mais diversas áreas de formação, sendo a equipe técnica de fiscalização composta por doze (12) fiscais de nível médio e superior. Deste grupo, aponta-se um (01) profissional como chefe de fiscalização e outro (01) sendo o diretor do departamento, ambos constando como equipe técnica e de gestão. Para a pesquisa, os fiscais foram classificados em dois grandes grupos: fiscais de alimentos e fiscais de estabelecimentos de saúde. Destaca-se que todos os profissionais classificados como fiscais de estabelecimentos de saúde também realizavam inspeções relacionadas a alimentos à medida que se faziam necessárias. Entretanto, os fiscais de alimentos não executavam ações em estabelecimentos de saúde.

Todos profissionais realizavam fiscalizações programadas conforme planejamento anual baseado em Termo de Ajuste de Conduta (TAC),

bem como as derivadas das necessidades de atendimento aos processos encaminhados. Tinham como conduta padrão e norma interna do departamento realizar as inspeções somente em duplas, dispondo de postura baseada na educação e exigência das competências legais específicas em cada tipo de vistoria.

No que tange ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, passando da gestão de atenção básica para a GPSM, segundo a direção do departamento, as principais dificuldades encontradas foram: (1) montagem do processo administrativo para solicitação da descentralização para a gestão plena; (2) contratação de pessoal especializado, frente ao pouco número de profissionais com formação técnica em vigilância sanitária; (3) utilização dos recursos disponíveis para contratação destes profissionais em decorrência do período eleitoral que abrangeu este momento; (4) realização de concurso público para efetivação de pessoal para trabalhar no respectivo departamento.

Tabela 1. Procedimentos realizados pelo departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, no período anual de 2005.

Procedimentos realizados	Quantidade
Estabelecimentos vistoriados	3.517
Notificações contra estabelecimentos	520
Alvarás de saúde requeridos	508
Alvarás de saúde expedidos	459
Termos de apreensão aplicados	12
Produtos apreendidos	474 unidades de ovos 210 unidades de pães crus 109 unidades de pães cozidos 142 kg de carne bovina 3.100 g de confeito 15 kg de maionese caseira
Autos de infração aplicados	387
Interdições	11
Denúncias recebidas/ Denúncias atendidas	240

Fonte: Departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, 2005.

Como facilitadores no processo de descentralização, cita-se o interesse do gestor de saúde do município e do departamento para o desenvolvimento deste processo; a disponibilidade de uma equipe já capacitada para realizar as atividades deste tipo de gestão; e o apoio do Conselho Municipal de Saúde.

Caracterização do perfil da população-alvo

Dos doze profissionais entrevistados, 41,69% foram classificados como fiscais de alimentos e 58,31%, como fiscais de estabelecimentos de saúde, sendo que, destes, 16,6% desenvolviam suas funções como chefe de fiscalização (8,33%) e diretor de departamento (8,33). Os profissionais com nível superior representavam 58,31% da população estudada (Tabela 2).

Destes profissionais, 91,7% relataram ser estatutários e todos realizavam um regime de trabalho de seis horas diárias, em função do horário de funcionamento do departamento durante a pesquisa. O tempo médio de trabalho destes profissionais como fiscais foi de 8,67 anos ($\pm 8,6$). A média de idade foi de 46 anos ($\pm 7,5$), sendo predominante o sexo feminino, apresentando percentual de 66,7% da amostra. Quanto ao estado civil, 58,3% dos fiscais entrevistados se classificaram como solteiros, separados ou viúvos.

No que se refere à escolaridade, 66,6% possuíam formação no ensino superior entre graduação e pós-graduação. Referente à renda,

58,3% obtinham renda mensal de mais de cinco salários mínimos, sendo que 66,7% consideravam que tinham renda adequada em vista das atividades que desenvolviam. Ao utilizar análise bivariada para avaliar a satisfação dos profissionais quanto a sua renda frente às atividades que desenvolviam, verificou-se que 57,1% ($p = 0,36$) dos profissionais que recebiam maior renda (mais que cinco salários mínimos) estavam satisfeitos. Entretanto, todos os indivíduos que obtinham renda menor que cinco salários mínimos apresentavam insatisfação.

Quanto à escolaridade e renda, observou-se que todos os profissionais que possuíam ensino superior incompleto ou completo, bem como pós-graduação completa, apresentavam renda de no mínimo quatro, chegando a mais de cinco salários mínimos. Contudo, os profissionais com escolaridade até o ensino médio completo tinham renda máxima de quatro salários mínimos. Verificou-se que os profissionais com maior escolaridade são os que apresentavam maior renda.

Quando questionados se possuíam formação adequada para realizar a função que desenvolviam, 75% dos entrevistados responderam afirmativamente. Em análise bivariada a esta questão relacionada à escolaridade, todos os profissionais que apresentavam graduação (incompleta ou completa) e pós-graduação completa consideravam que possuíam formação adequada para as atividades que desenvolviam. E, dentre os profissionais que possuíam escolaridade

Tabela 2. Quadro profissional dos fiscais do departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, durante o período da pesquisa.

Profissionais fiscais do Departamento de Vigilância Sanitária de Canoas			
	Formação profissional	Quantidade	%
Escolaridade de nível superior Fiscais de estabelecimentos de saúde	Médico	1	8,33
	Enfermeiro	1	8,33
	Fisioterapeuta	1	8,33
	Dentista	1	8,33
	Engenheiro sanitário	1	8,33
	Assistente social	1	8,33
	Pedagogo	1	8,33
	Total	7	58,31
Escolaridade de nível médio Fiscais de alimentos	Fiscal sanitário	5	41,69
	Total	5	41,69
	Total de fiscais	12	100

Fonte: Departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, 2005.

até o nível médio, apenas um (8,3%) do total de quatro profissionais (33,3% da amostra) que apresentava ensino médio incompleto considerou que possuía formação adequada para o pleno exercício de suas funções ($p = 0,01$).

Com relação a capacitações e treinamentos para a função exercida, também em análise bivariada, apenas 50% da amostra consideraram que realizavam capacitação suficiente para o pleno desenvolvimento da função, embora 66,7% compreendessem que existe disponibilização de treinamento nas respectivas áreas de trabalho ($p = 0,01$).

Medição do desempenho da Função Essencial de Saúde Pública (FESP) nº 6

As médias obtidas referentes aos principais indicadores, quando calculadas separadamente, foram de 0,7 ($\pm 0,21$) para o indicador FESP 6.2 e 0,63 ($\pm 0,27$) para o indicador FESP 6.3, ambos se enquadrando na faixa percentual de desempenho acima da média, e 0,76 ($\pm 0,28$) para o indicador FESP 6.4, apresentando resultado de ótimo desempenho. A Tabela 3 apresenta as médias obtidas por cada questionário, correspondentes

a cada indicador e suas respectivas médias finais, considerando todas as variáveis (53) do instrumento FESP nº 6.

A média final obtida pela medição do instrumento, quando considerados todos os indicadores no cálculo, foi de 0,7 ($\pm 0,26$), classificando-se num resultado de desempenho acima da média (Tabela 3).

Dentre cada um dos três indicadores utilizados para compor o instrumento de avaliação, algumas de suas variáveis apresentam maior relevância do ponto de vista dos objetivos do estudo e da medição de cada indicador, as quais foram selecionadas devido ao desempenho obtido na edição do instrumento. A Tabela 4 apresenta estas variáveis com descrição das frequências de respostas afirmativas para cada uma, respectivamente.

Pode-se observar que, referente ao indicador FESP 6.2, a variável que apresenta maior percentual, com 83,3% de respostas positivas, é a que faz referência à agilidade da gestão do serviço para corrigir o abuso de poder dos fiscais. Referente ao indicador FESP 6.3, verifica-se o mesmo percentual de aceitação para a variável que questiona se o departamento dispõe de conhecimentos e recursos para exercer a função fiscalizadora. Quanto ao indicador FESP 6.4, observa-se

Tabela 3. Médias de medição de desempenho do instrumento FESP nº 6 compilando todos os doze fiscais entrevistados.

Profissionais fiscais do Departamento de Vigilância Sanitária de Canoas

Fiscais entrevistados	Médias indicador FESP 6.2	Médias indicador FESP 6.3	Médias indicador FESP 6.4
1	0,88	0,86	0,66
2	0,72	0,95	0,75
3	1,00	0,86	1,00
4	0,72	0,60	1,00
5	0,94	0,86	1,00
6	0,61	0,08	0,75
7	0,77	0,47	1,00
8	0,94	1,00	1,00
9	0,38	0,43	0,58
10	0,61	0,60	0,66
11	0,33	0,34	0
12	0,61	0,56	0,75
Total de variáveis por indicador	18	23	12
Médias totais dos indicadores	0,7	0,63	0,76
Desvio padrão	0,21	0,27	0,28
Média final	0,7		
Desvio padrão	0,26		

Tabela 4. Principais variáveis de cada indicador do instrumento FESP nº 6 e respectivas frequências de respostas afirmativas.

Principais variáveis dos indicadores FESP nº 6			
Indicador FESP 6.2 – Avaliar o cumprimento das normas em saúde			
Nº variável		n*	%**
6.2.1.4	A gestão do serviço é ágil para corrigir o abuso de poder dos fiscais	10	83,3
6.2.1.6	A gestão do serviço monitora a oportunidade e a eficiência da fiscalização	8	66,7
6.2.2	A gestão do serviço instrui sobre as normas de saúde pública e estimula seu cumprimento	9	75
6.2.3	A gestão do serviço desenvolve e usa política e planos para prevenir a corrupção no sistema	8	66,7
6.2.3.3	A gestão do serviço contempla medidas para evitar manipulações de grupos de pressão externos	6	50
Indicador FESP 6.3 – Analisar conhecimentos, habilidades e mecanismos para cumprir o marco regulatório			
6.3.1.2	Departamento dispõe de conhecimentos, habilidades e recursos para exercer a função fiscalizadora	10	83,3
6.3.1.2.1	Departamento dispõe de recursos humanos suficientes para fiscalização	2	16,7
6.3.1.2.3	Departamento dispõe de recursos financeiros suficientes	9	75
6.3.2	Departamento dispõe de mecanismos e recursos para fazer cumprir as normas de saúde	9	75
6.3.3.2	Cursos e treinamentos são disponíveis atualmente	6	50
Indicador FESP 6.4 – Avaliar a assessoria do Estado no processo de descentralização			
6.4.1.1	Autoridade Sanitária Estadual apresenta protocolos para o desenvolvimento descentralizado de normas	10	83,3
6.4.1.3	Autoridade Sanitária Estadual apóia com treinamentos em processos de regulamentação descentralizada	10	83,3
6.4.2	Autoridade Sanitária Estadual orienta e apóia na fiscalização no âmbito de sua competência	11	91,7
6.4.2.3	Autoridade Sanitária Estadual apóia com treinamentos em procedimentos de fiscalização.	11	91,7
6.4.2.4	Autoridade Sanitária Estadual presta assistência com pessoal especializado.	10	83,3

* número de questionários que continham respostas afirmativas, de um total (n) de doze questionários;

** percentuais de respostas à opção afirmativa de cada variável.

duas variáveis com percentuais de aceitação de 91,7%, a primeira verifica se a Autoridade Sanitária Estadual orienta e apóia na fiscalização, e a segunda indica se a Autoridade Sanitária Estadual apóia com treinamentos em procedimentos de fiscalização.

Discussão

Gestão do serviço e implantação da GPSM durante o processo de descentralização

Pode-se observar no presente estudo, frente aos resultados obtidos, que o modelo de gestão do departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, com livre interação com

o Estado e sintonizado com as premissas da descentralização, somado ao comprometimento técnico de toda a equipe de trabalho em suas ações, proporcionou sustentação para um efetivo processo de implantação da GPSM das ações de vigilância sanitária. Evidentemente que a gestão dessas ações, tendo a descentralização como eixo orientador, depende essencialmente, dentre outros aspectos, da clareza e definição de papéis e atribuições dos principais atores sociais envolvidos neste processo, os gestores, bem como o reconhecimento de que é necessária a incorporação de uma atitude de co-responsabilidade na construção de um sistema de saúde integral que visa, acima de tudo, à garantia do direito à saúde dos usuários.

Quanto a administração dos recursos financeiros destinados às ações de vigilância sanitária, verificou-se no departamento-alvo desta pesquisa que algumas ações ligadas à plena implantação da GPSM já estavam sendo realizadas anteriormente ao efetivo repasse financeiro originado pelo processo de descentralização, visto o poder de decisão do departamento a respeito de seu orçamento e plano de aplicação. Contudo, Juliano *et al.*³³ afirmam que, na prática, a descentralização das ações de vigilância sanitária, ainda que incipiente e de forma desarticulada com a instância regional, começa a delinear somente a partir do pleno recebimento dos recursos financeiros veiculados a este processo. Cohen *et al.*³⁴ ainda apontam que o desconhecimento da maioria dos coordenadores dos departamentos de vigilância sanitária sobre o tipo de gestão municipal e o montante do PBVS resulta em dificuldades no exercício das atribuições recebidas pela descentralização.

E ambos os autores em estudo de seus respectivos Estados, Juliano *et al.*³³ na Bahia, e Cohen *et al.*³⁴ no Rio de Janeiro, apontam que, na prática, encontram-se serviços de vigilância sanitária municipais em GPSM sem condições mínimas para o desempenho de suas ações, apesar de todos os repasses advindos das esferas superiores do poder público, situação esta decorrente de vários motivos, sejam eles resultantes da má aplicação do recurso financeiro, de ineficiência na gestão do serviço ou ausência de um projeto político para uma efetiva gestão descentralizada das ações de vigilância sanitária no município.

Referente à discussão do modo de gestão do departamento objeto deste estudo, porém sob a ótica das ações intersetoriais, ressalta-se a conjugação de esforços deste com outros atores sociais de grande relevância para a efetividade de suas ações, considerando a complexidade que envol-

ve o campo da vigilância sanitária, as suas interconexões e o caráter transdisciplinar dos seus objetos de controle. Assim, destaca-se a parceria do departamento de vigilância sanitária em ações conjuntas realizadas com a Brigada Militar e o Conselho Municipal de Saúde. Ressaltando-se a reflexão teórica de Augusto¹² quando afirma que a interdisciplinaridade nos aponta claramente um caminho no qual poderemos encontrar as possibilidades criativas de solução para os problemas de saúde das populações.

Ainda sobre os aspectos do modo de gestão e atuação do departamento, verificou-se parecer ocorrer articulada integração com a mídia referente à divulgação de suas ações, e isso, segundo a direção do departamento, construiu credibilidade do serviço junto à comunidade e isenção de articulações provindas do meio político sobre estas ações, fortalecendo a idéia de que o trabalho realizado pelo departamento é muito importante no município, pois resulta na proteção da saúde e melhora da qualidade de vida das pessoas.

Quando comparada à produtividade do departamento em relação ao estudo de Juliano *et al.*³³, utilizando-se um período anual para esta comparação, percebeu-se que, frente a um serviço de vigilância sanitária que já está em GPSM, o departamento de Canoas apresenta expressivo número de procedimentos realizados, visto o especial momento de análise, sob o foco da implantação da GPSM neste serviço.

Referente ao citado pela gestão do departamento objeto do estudo, em alusão às principais dificuldades encontradas durante o processo de descentralização, Lucchese³⁵ reitera que a falta de equipe mínima é um dos grandes entraves ao avanço do processo de descentralização, tornando-se prioritária a admissão de profissionais por concurso público, para evitar a alta rotatividade e problemas de legitimidade no exercício da função da fiscalização sanitária, que exige fé pública. Já segundo a interpretação de Cohen *et al.*³⁴, as ações de vigilância sanitária têm sido prejudicadas em função da rotatividade dos profissionais lotados no referido órgão, sendo que grande parte destes não são do quadro efetivo, ocasionando a demissão de profissionais já capacitados por ocasião de mudanças na gestão municipal. Frente a isto, faz-se importante ressaltar os resultados encontrados no presente estudo que apontam a quase totalidade dos profissionais do departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, com regime de trabalho como estatutários (concursados), bem como apresentarem elevada média de anos de traba-

lho no referido setor. Nesta lógica, podemos afirmar que tais resultados podem configurar um diferencial para o alcance da efetividade nas ações no serviço estudado, durante o processo de implantação da GPSM.

Perfil e características da equipe de fiscais

No que se refere à caracterização do perfil da população-alvo, se constatou a maioria feminina nos sujeitos da pesquisa e escolaridade dos profissionais com predominância de nível superior, verificando-se semelhança de resultados com o estudo de Araújo *et al*³⁶, no qual destacam que a grande maioria dos profissionais da equipe de vigilância sanitária que analisaram é do sexo feminino, sendo que grande parte dessa equipe possuía formação de nível superior. No entanto, tal similaridade de resultados já não é encontrada quando nos referimos à média de idade dos fiscais e renda, visto que no departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, os profissionais pesquisados perfazem média de idade mais elevada e apresentam renda mensal superior ao detectado pelo estudo dos autores citados. Todavia, em referência à escolaridade e renda, tem-se a continuidade dos resultados de que os profissionais fiscais com maior escolaridade têm maior renda.

Acerca da satisfação da atividade profissional, no presente estudo percebeu-se que a satisfação quanto à realização das atividades profissionais é diretamente ligada à renda. Enquanto que no estudo de Araújo *et al*³⁶ a satisfação profissional foi associada ao desgaste do trabalho, que muitas vezes resulta em confronto e até risco pessoal, sendo que os profissionais que não consideram a atividade desgastante justificavam com o argumento de que gostam do tipo de trabalho que desenvolvem. Porém, a baixa remuneração salarial também é citada como motivo de insatisfação e desmotivação para o desenvolvimento do trabalho.

Verifica-se ainda que, apesar da metade dos profissionais do departamento de vigilância sanitária de Canoas compreenderem que não realizam capacitação suficiente para o pleno desempenho de suas atividades, ainda assim, em sua maioria, os mesmos profissionais entendem que é disponibilizada tal capacitação pelos órgãos competentes. De forma análoga, mas não semelhante, Araújo *et al*³⁶ obtiveram que a maioria dos profissionais pesquisados já participaram de processos de capacitação na área de vigilância sanitária; no entanto, todos estes afirmavam terem necessidade de aprimorar seus conhecimentos na

área. Este impasse pode ser discutido pela premissa de que profissionais com perfis adequados são aqueles que têm a formação profissional compatível com as especialidades a serem desempenhadas e capacitação apropriada, sendo as equipes de trabalho em vigilância sanitária multiprofissionais, pois os campos de abrangência se inter-relacionam³⁷.

Por outro lado, a direção do departamento de vigilância sanitária de Canoas afirma que a capacitação de seus técnicos para exercerem as atribuições provindas da implantação da GPSM já vinha sendo contemplada anteriormente ao referido processo de descentralização, de forma gradual, com a equipe de técnicos do município acompanhando os técnicos da esfera estadual durante a efetivação destas atividades.

Função essencial de saúde pública nº 6

Aplicando-se a FESP nº 6 na concretização dos objetivos desta pesquisa, obteve-se como resultado para os indicadores FESP 6.2 e FESP 6.3, um desempenho de medição acima da média. Frente ao indicador FESP 6.4, os resultados apontam ótimo desempenho. Por sua vez, a média final obtida pela medição do instrumento, considerando todos os indicadores, aponta um desempenho acima da média.

Tais resultados, quando comparados ao exercício de medição da OPAS, do mesmo instrumento nos países da América Latina, inclusive no Brasil, que demonstram mínimo desempenho para o indicador FESP 6.2 (0,27), baixo desempenho para os indicadores FESP 6.3 (0,53) e 6.4 (0,38), e desempenho mediano (0,47) para a média final²⁹, acabam por representar a comprovação da efetividade das ações de vigilância sanitária no departamento foco deste estudo, principalmente no que tange a avaliação de aspectos do cumprimento das normas, mecanismos de fiscalização e assessoria técnica oferecida pela esfera estadual durante o processo de descentralização.

Confirmando esta situação, também se verifica o efetivo desempenho de medição obtido pelo departamento de Canoas, quando em análise aos resultados de medição realizada pela OPAS nos países da América Central de língua espanhola, considerando também Caribe e Haiti. Neste exercício de aplicação da FESP nº 6, teve-se como resultado para todos os indicadores (FESP 6.2 = 0,36; FESP 6.3 = 0,45; FESP 6.4 = 0,30), bem como para a média geral da medição (0,48), um desempenho considerado mediano²⁹.

Desta forma, comparando-se os resultados

da medição FESP obtida no presente estudo com os exercícios de medição em países da América Latina, incluindo o Brasil, e da América Central, o desempenho apresentado de efetividade das ações de vigilância sanitária no departamento de Canoas foi acima da média.

Também pôde-se verificar outros relevantes resultados pelo intermédio da FESP nº 6, quando analisadas isoladamente as variáveis de cada indicador, consideradas mais importantes para caracterizar o objetivo específico de medição. Por exemplo, em observação ao indicador FESP 6.2, verificou-se que metade dos fiscais entrevistados compreendem que a gestão do serviço não contempla medidas para evitar manipulações de grupos de pressão externos, mas que, no entanto, a mesma gestão é ágil para corrigir o abuso de poder do grupo de fiscalização, possuindo políticas e planos para prevenir este tipo de corrupção, conforme respostas de grande parcela dos entrevistados. Frente a isso, ressalta-se que a vigilância sanitária, por suas características e inserção em campo de conflito, é a prática de saúde que mais sofre as conseqüências de intervenções clientelistas ou de interesses políticos escusos³⁵.

Seguindo esta análise das principais variáveis, observou-se quanto ao indicador FESP 6.3, que grande parte dos entrevistados entendem que o departamento não dispõe de recursos humanos suficientes para a fiscalização; entretanto, a maioria deles afirma que o departamento dispõe de recursos financeiros suficientes. Não obstante, Eduardo³⁸ afirma que historicamente as ações de vigilância sanitária não têm merecido a mesma importância que aquelas referentes à saúde individual no Brasil. E nas práticas coletivas, talvez elas sejam as mais marginalizadas pelas políticas de saúde, passando ao longo dos governos, salvo algumas exceções, com equipes insuficientes em recursos humanos, sem acesso a treinamentos e atualizações, sem veículos para realizar as inspeções em locais mais distantes, submetidas a salários irrisórios, dentre tantos outros problemas.

Por fim, em referência ao indicador FESP 6.4, de acordo com a avaliação dos fiscais do departamento, o Estado prestou plena assessoria no processo de descentralização, apoiando com treinamentos e orientando nos procedimentos de fiscalização. Assessoria esta respaldada em regulamentação específica que atribui ao Estado a responsabilidade pela execução destas ações de suporte técnico³⁹.

Contudo, a utilização do instrumento FESP nº 6 apresentou algumas limitações, em virtude de ter sido desenvolvido pela OPAS para avaliar

a prática das FESP em nível nacional, sendo que, para esta pesquisa, seu foco foi avaliar um serviço de âmbito municipal, não tendo sido encontrado outros estudos nestes moldes, o que acabou por limitar maior discussão e comparação dos resultados obtidos. Por outro lado, não se encontrou outro instrumento validado tão específico e tecnicamente formulado como a FESP nº 6 para se avaliar as práticas de vigilância sanitária, ao passo que se apresentou de forma adequada à utilização proposta, correspondendo satisfatoriamente ao alcance dos objetivos da pesquisa. Outrossim, a identificação específica das variáveis mais importantes dentre as diversas que constituem cada indicador também pode ser considerada outra limitação do instrumento.

Outra possível limitação do estudo seria o inerente risco de viés de aferição dos resultados, visto a pesquisa ser baseada em coleta de informações subjetivas, somado ao fato dos sujeitos do estudo estarem avaliando o serviço no qual os próprios estão inseridos, o que poderia ocasionar uma visão não tão real dos resultados, estando o viés de pesquisa sendo produzido pela própria fonte de dados. Porém, todo o sigilo frente à identificação dos respondentes foi providenciado, não tendo sido permitido a identificação das respostas aos entrevistados, inclusive frente à direção do departamento. Considerando-se também que o trabalho apresenta somente a visão do profissional da vigilância sanitária, prestador do serviço, visto não ser o objetivo deste trabalho apresentar a perspectiva do usuário, o qual sabidamente poderia disponibilizar uma dimensão mais completa a respeito da efetividade do serviço avaliado.

Entretanto, de forma gradual, a idéia da utilização das FESP para o fortalecimento da saúde pública vem sendo construída e implantada por outros pesquisadores com os mais diversos objetivos de pesquisa, todos contemplados pelo intermédio da FESP. Como exemplo, referenciamos Witt⁴⁰, que pesquisou sobre o trabalho do profissional de enfermagem na atenção básica em saúde tendo como questão central as competências gerais e específicas do enfermeiro e sua contribuição para a construção do SUS, e para a constituição das FESP. Por sua vez, Santos⁴¹, utilizou a FESP nº 4 para conhecer a participação dos cidadãos de um município através do conselho municipal de saúde, na gestão do SUS. Já em âmbito nacional, podemos citar projeto do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) que promoveu medição das FESP adaptadas à gestão estadual do SUS, identifican-

do em nível estadual as áreas de baixo desempenho na gestão do serviço, para posterior fortalecimento, superando as fragilidades apontadas com vistas à consolidação das ações de vigilância sanitária no âmbito da descentralização do SUS⁴².

Conclusões

Após avaliação do departamento de vigilância sanitária de Canoas, Rio Grande do Sul, durante o processo de implantação da GPSM, pode-se concluir que o serviço é efetivo baseado no instrumento de pesquisa utilizado (FESP), frente o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária e que consta de estrutura e de equipe de fiscais, que respondem plenamente às demandas necessárias de suas atribuições segundo avaliação do gestor do serviço, bem como apresentam perfil semelhante às outras equipes de serviços de vigilância sanitária^{33,34,36}.

Portanto, pode-se concluir que um serviço de vigilância sanitária que não possui regulamentos claros e efetivos, sem administração racional e ágil, deficiente de canais bem delimitados de participação social, que não dispõe de corpo suficiente de funcionários qualificados e sem estrutura condizente com a demanda que atende, certamente será

incapaz de sinalizar claramente as regras nesta área sanitária e de garantir a sua efetiva ação por todos os agentes envolvidos, por maior que seja o montante de recursos destinados, bem como indiferente à forma de gestão relacionada à descentralização em que se encontra.

Entende-se que o processo de descentralização pode ser adequadamente construído, se proceder à lógica de atribuir os devidos modelos de gestão somente a projetos municipais organizados e comprovadamente capazes de gerenciar e aplicar os recursos recebidos, de forma a ressaltar a efetividade nas ações desenvolvidas através de um instrumento de avaliação. Contudo, frente a sua importância de existência e de ação, considera-se essencial a definição de um modelo ideal de gestão descentralizada e municipalizada, formulado a partir de perfis de serviços de vigilância sanitária já estruturados e com comprovados resultados de efetividade em suas ações.

Não obstante, destaca-se a necessidade de proporcionar aos trabalhadores de vigilância sanitária a possibilidade de reflexão sobre seu conhecimento a respeito de suas práticas profissionais, considerando as diferenças de grau de instrução, de conhecimento e de capacitação, visto que são responsáveis diretos pela atual caracterização do perfil dos serviços nos quais atuam⁴³.

Colaboradores

J S Souza trabalhou na concepção, pesquisa e redação final e AT Stein trabalhou na metodologia, orientação e revisão final.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
2. Costa EA. *Vigilância sanitária, proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.
3. Hirsch GJ. *Fiscalização e processo administrativo sanitário à luz da Constituição da República*. Rio de Janeiro: Editora Aide; 2003.
4. Costa EA. Conceitos e área de abrangência. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos de vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 41-47.
5. Costa EA. *Vigilância sanitária, proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. Brasília: Sobravime; 2004.
6. Brasil. Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
7. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos de vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.15-40.
8. Souto AN. *Saúde e política. A vigilância sanitária no Brasil*. São Paulo: Sobravime; 2004.
9. Silva ZP, Coroa ML. Health surveillance: discursive historical. *REVISA* 2005; 1(1):3-15.
10. Quitério LAD. Health surveillance, productive process and health risks: the promotion of health in the concrete practice of a case of environment contamination. *REVISA* 2005; 1(1):79-83.
11. Augusto LGS. The challenge of the integration of the surveillances in Brazil. *REVISA* 2005; 1(1):75-78.
12. Novaes HMD. Evaluation of health programs, services and technologies. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(5):559-547.
13. Scatena JHG, Tanaka OY. A descentralização da saúde no estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4):249-242.
14. Lucchese PTR. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do ministério da saúde. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos de vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.99-111.
15. Brasil. Portaria nº 2.203. Norma Operacional Básica do SUS - NOB SUS 01/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
16. Arretche M, Marques E. La municipalización de la salud en Brasil: Diferencias regionales, poder de voto y estrategias del gobierno. Serie de Informes Técnicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
17. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidades e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):331-345.
18. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos de vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 259-269.
19. Donabedian A. Continuity and change in the quest for quality. *Clin Perform Qual Health Care* 1996;1:9-16.
20. Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. Challenges for developing a comparative analytical model for health services. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(1):79-88.
21. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-1118.
22. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
23. Gray JAM. *Evidence-based healthcare – How to make health policy and management decision*. New York: Churchill Livingstone; 1997.
24. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas das cidades; 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
25. Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul. Informações Municipais; 2006. Disponível em: <http://ww2.famurs.com.br>
26. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. 126ª Sessão do comitê executivo. Funções Essenciais de saúde pública. Tema 4.10 da agenda provisória. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2000.
27. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. A saúde pública nas Américas. Instrumento para a medição do desempenho das funções essenciais de saúde pública. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
28. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Medição do desempenho das funções essenciais de saúde pública. Guia para a aplicação do instrumento de desempenho das funções essenciais de saúde pública. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
29. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: Organización Pan-Americana da Saúde; 2002.
30. Epidata Software Versão 3.1 [programa de computador]; 2006. Disponível em: <http://www.epiinfo.it/EpiData.htm>
31. Epidata Software Analysis [programa de computador]; 2006. Disponível em: <http://www.epidata.dk>
32. SPSS Software [programa de computador]; 2006. Disponível em: <http://www.spss.com.br>
33. Juliano IA, Assis MMA. The sanitary surveillance in Feira de Santana in the health decentralization process (1998-2000). *Cien Saude Colet* 2004; 9(2):493-505.
34. Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Decentralization of health surveillance actions in cities with local health management in the state of Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3): 290-300.
35. Lucchese G. *Globalização e regulação sanitária. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
36. Araújo LUA, Guerra MSA. Pesquisa – perfil dos profissionais de vigilância sanitária da secretaria municipal de saúde de Natal / RN. NESC/UFRN, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde [periódico na internet]. [acessado 2006 Jun 17]. [cerca de 24 p.]. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br

37. Lefèvre F, Marques MCC, Lefèvre AMC, Latorre MRDO, Balbinot R, Medeiros IY, Oliveira NGS, Seragi L. Social representation of health surveillance by the population of Águas de Lindóia: analysis of the perception of some considerable risks. **REVISA** 2005; 1(1):22-30.
38. Eduardo MBP. **Vigilância sanitária. Para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1998.
39. Heimann SL, organizadora. **Descentralização do sistema único de saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sobravime; 2000.
40. Witt RR. **Competências da enfermeira na atenção básica: Contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
41. Santos CL. **Participação popular na gestão do sistema único de saúde no município de Tramandaí-RS** [dissertação]. Canoas (RS): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil; 2005.
42. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Notícias do CONASS. Funções Essenciais de Saúde Pública; 2006. [texto na Internet]. [acessado 2007 jan 03]. [cerca de 13p.]. Disponível em: <http://www.conass.com.br>
43. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Cien Saude Colet** 2002; 7(3):1-14.

Artigo apresentado em 02/02/2007

Aprovado em 30/07/2007

Versão final apresentada em 18/10/2007