

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 17 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Emílio Prado da Fonseca

Dentista, Especialista em Gestão Pública de Serviços de Saúde, Mestre em Odontologia e Doutorando do PPG em Odontologia da FOP UNICAMP.

Marcelo de Castro Meneghim

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP.

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

A intenção deste capítulo é apresentar um conjunto de conceitos técnicos sobre o que representa modernamente, no Brasil, o serviço de vigilância sanitária. Além de desenvolver os conhecimentos sobre a atual estrutura do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. É um estímulo para os trabalhadores que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o campo de atuação e dos aspectos de inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e do entendimento da vigilância sanitária como instrumento de defesa e proteção da saúde e da qualidade de vida da população.

Conteúdo Programático

- Introdução
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS
- Descentralização da Gestão das Ações de Vigilância sanitária: o papel do município
- Financiamento em Vigilância Sanitária
- Recursos Humanos em Vigilância Sanitária
- Vigilância Sanitária e a Responsabilidade de Proteção à Saúde
- A Promoção da Saúde como Ferramenta para a Construção da Consciência Sanitária
- Considerações Finais

Leitura Obrigatória

- 1) Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999 [acesso 2015 mar 10]. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782compilado.htm
- 1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 [acesso 2015 mar 18]. Regula as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.
- 2) Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: temas para debate [internet]. Salvador: EDUFBA; 2009 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
- 3) Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(Suppl 3): 3329-40.

Leitura complementar

- 1) Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(3): 290-301.
- 2) Colpo JC, Nunes RN, Araújo WN. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde do trabalhador na coordenação de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados do Pará, Brasil, 2008. Vigil Sanit Debate. 2013; 1(2): 44-52.
- 3) Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MV, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(1): 83-95.
- 4) Covem EM. Descentralização das ações de vigilância sanitária. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(Suppl 3): 3318-28.
- 5) Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad Saúde Pública. 2006; 22(5): 1043-51.

Atividades

- 1) A vigilância sanitária tem como principal característica a proteção da saúde da população. Faça uma discussão crítica.
- 2) A partir do serviço de vigilância sanitária do seu município, faça um levantamento dos principais documentos necessários para o funcionamento de um estabelecimento de saúde.

1- INTRODUÇÃO

Como prática em saúde, a vigilância sanitária insere-se no espaço social abrangendo sua atuação sobre o setor público e privado na defesa da população com referência ao preceito institucional da equidade e ao princípio da igualdade.

O conceito de Vigilância Sanitária muitas vezes está vinculado a ideia de “polícia sanitária”, ou seja, fiscalização e punição. Este fato se deve a origem da vigilância sanitária que tinha como função regulamentar o exercício profissional, combater falsificações, vigiar a cidade para evitar a propagação de doenças e executar o saneamento da cidade.

Atualmente, segundo o inciso 1, do artigo 6, da seção XI, do capítulo I da Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 define a vigilância sanitária como:

[...] um conjunto de ações capaz 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:

- I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II – o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde (Brasil, 1990).

Assim, o conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado, representado pela vigilância sanitária, visam a segurança de serviços e produtos para eliminar, minimizar ou prevenir uma variedade de riscos à saúde da população. Neste sentido, o conceito de risco em vigilância sanitária assume o significado de ocorrência de um evento que poderá ser danoso, direta ou indiretamente, à saúde. Consequentemente, a atuação dos serviços de vigilância sanitária é pautada no gerenciamento e mediação dos interesses da saúde com os interesses econômicos. Isto fica claro na própria definição de vigilância sanitária presente na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e que devem ser incorporado no gerenciamento do risco sanitário desenvolvidos como processos de trabalho da vigilância sanitária (Costa, 2009).



Figura 1: Notícia sobre atuação fiscalizatória da vigilância sanitária
Fonte: Chapola, 2015.

Apesar da ampliação do campo de atuação, a vigilância sanitária ainda mantém suas atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, licenciamento de estabelecimentos, julgamento de irregularidades e aplicação de penalidades. As atividades relacionadas à educação representam uma importante ferramenta para a evolução da consciência sanitária. Nesse sentido, o usuário, objeto de proteção da vigilância sanitária, passa a ter um papel ativo na transformação das condições de saúde da população e cria uma nova relação entre estado, sociedade e vigilância sanitária (Piovesan et al., 2005; Colpo et al., 2013).

A atuação da vigilância sanitária está arranjada em três grupos de bens, produtos e serviços:

- Produtos: medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes, entre outros;
- Serviços de saúde e interesse à saúde;
- Ambientes, incluindo o do trabalho (Brasil, 2011).



Figura 2: Divulgação em mídia de ação educativa promovida por equipe da vigilância sanitária do Paraná
Fonte: Vigilância..., 2015.

2. CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada com a Lei nº. 9782, de 26 de janeiro de 1999, autarquia sob regime especial caracterizada pela sua independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira; vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Distrito Federal (Brasil, 1999).

Com a criação da ANVISA surge o Regulamento de Diretoria Colegiada (RDC) para substituir as Portarias Ministeriais da Saúde no campo da vigilância sanitária e que tem o poder de alterar as portarias em um mesmo nível hierárquico.

A ANVISA tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da população e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária e que envolvam risco à saúde pública de acordo com o artigo 6 da Lei nº. 9782/99. Para isso, o Estado responsável por esta tarefa, buscou uma estrutura planejada para atuar nos seus devidos níveis: federal, estadual e municipal (Brasil, 1999).

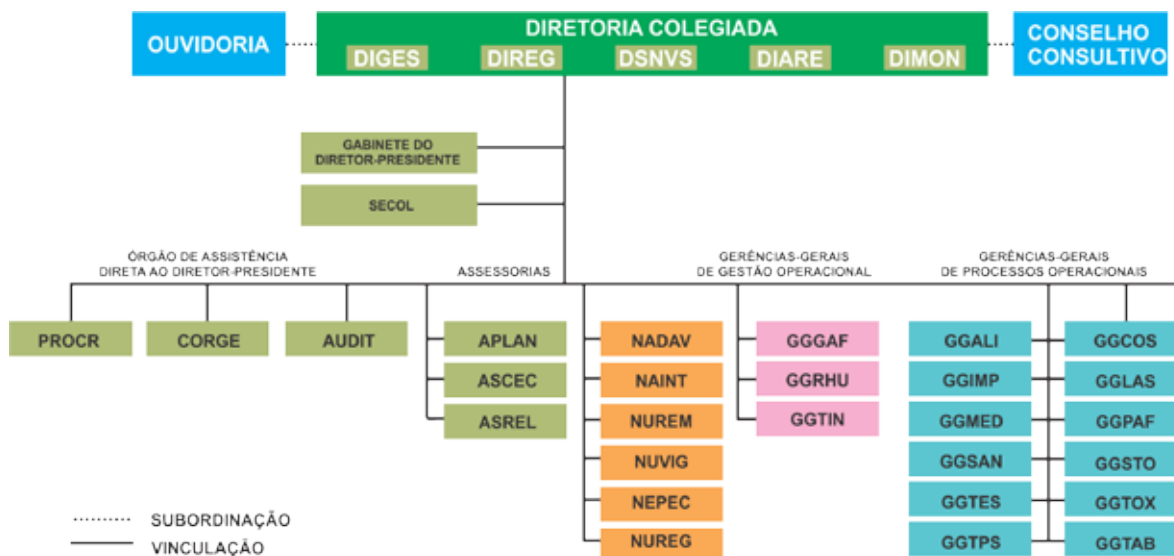


Figura 3: Organograma ANVISA
Fonte: Adaptado de Brasil, 2006b.

Coordenar o sistema nacional de vigilância sanitária é de incumbência federal, enquanto o Estado-membro coordena em caráter complementar e executa as atividades de vigilância sanitária em âmbito estadual e o município executa os serviços de vigilância sanitária.

Contudo, os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento progressivo do paradigma biomédico e a mudança nas últimas décadas têm ensejado o surgimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários (Taglietta et al., 2009).



Figura 4: Sede da ANVISA em Brasília
Fonte: Sede..., 2008.

3. SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SNVS

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) em seu artigo 18, afirma que é do município a competência para execução das ações de vigilância sanitária, embasadas em leis federais e municipais, mas o município também pode legislar de forma complementar, enquanto um dos aspectos mais relevantes na construção do Sistema Único de Saúde no Brasil é a descentralização das ações de saúde. Desde sua criação, a ANVISA vem implementando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) em parceria com estados e municípios, por meio de políticas e estratégias que ampliam e consolidam o papel dos estados e municípios nas ações da vigilância sanitária.

O SNVS, regulamentado pela Portaria MS 1565 de 1994, estabeleceu as bases para a descentralização das ações de VISA no âmbito do SUS. A criação da ANVISA em 1999 promoveu a intensificação das relações entre as esferas de governo e a formalização de compromissos visando à obtenção de resultados específicos na área sanitária. Compete a ANVISA a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2013). Com o objetivo de organizar e implementar o SNVS, foi criado e pactuado em 2000 o Termo de Ajuste e Metas (TAM) e o termo de adesão ao TAM, através da descentralização das ações da VISA por meio da realização de parcerias entre as partes. As políticas de incentivo à descentralização fomentada pelos níveis federal e estadual e os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação da utilização dos recursos trouxeram avanços importantes para a consolidação do SNVS.

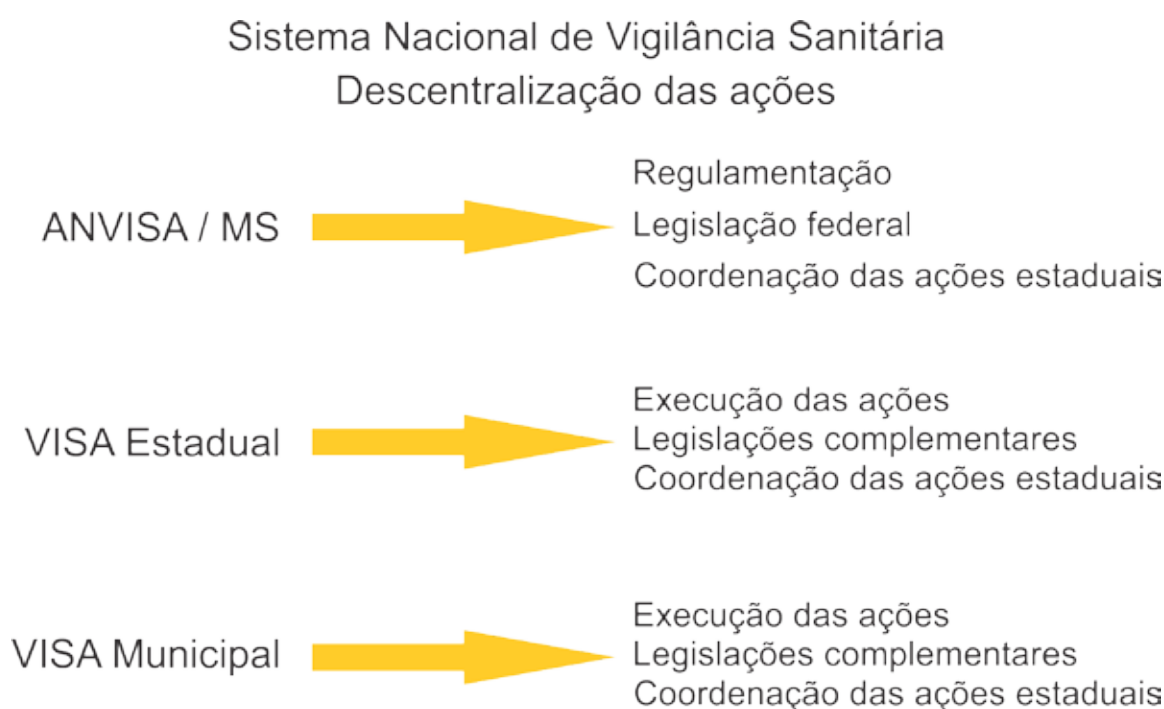


Figura 5: Descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil a partir da Portaria/GM nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013.

Fonte: Brasil, 2013.

Segundo a Portaria nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013, em seu artigo 7º, é de competência da ANVISA, entre outras ações: I – participação na formulação de políticas e diretrizes em Vigilância Sanitária no âmbito nacional; II – regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde; III – execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e

fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante pactuação na CIT; IV – proposição de critérios, parâmetros e métodos para a execução das ações estaduais, distritais e municipais de vigilância sanitária; V – monitoramento da execução das ações descentralizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; VI – promoção da harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; entre outros (Brasil, 2013).

Assim, cabe ao nível federal a organização e implementação de uma política nacional de Vigilância Sanitária; legislar sobre normas e padrões técnicos para todo o território nacional; validar tecnologias médicas; exercer o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras; entre outros. Estas funções em alguns casos são exercidas com a participação de estados e municípios (Marangon et al., 2010).

Segundo a Portaria nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013, em seu artigo 9º, é de competência das Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual do Sistema Nacional Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo além das ações de promoção em saúde, o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde:

- I – implementação das políticas, diretrizes e prioridades na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais;
- II – coordenação das ações com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;
- III – apoio e cooperação técnica junto aos Municípios no fortalecimento da gestão das ações de Vigilância;
- IV – execução das ações de Vigilância de forma complementar à atuação dos Municípios;
- V – participação no financiamento das ações de Vigilância;
- VI – normalização técnica complementar à disciplina nacional;
- VII – coordenação e alimentação, quando couber, dos sistemas de informação de interesse da vigilância em seu âmbito territorial;
- VIII – monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em seu âmbito territorial;
- IX – realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito estadual; entre outras (Brasil, 2013).

Também, segundo a Portaria nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013 em seu artigo 11º, compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo: I – coordenação municipal e execução das ações de vigilância; II – participação no financiamento das ações de vigilância; III – normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual; IV – coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância; V – desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social; VI- monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território; VII – realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal; VIII – promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação; IX – promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância; entre outros (Brasil, 2013).

Dentre os passos para a descentralização e municipalização das ações de vigilância sanitária está a aprovação do Código Sanitário Estadual ou municipal. Na cidade de São Paulo o Código Sanitário Municipal foi instituído pela Lei Municipal 13.725, de 9 de janeiro de 2004 e que garante condições de segurança sanitária na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse da saúde, incluídos procedimentos, métodos e técnicas que as afetem (São Paulo, 2004).



Figura 6: Código Sanitário da Cidade de São Paulo (SP)
Fonte: Código..., 2015.

Apesar da autonomia e independência das ações das Vigilâncias Sanitárias Municipais, o trabalho integrado e articulado com os níveis de competência do SUS é benéfico e garante maior eficácia no trabalho das VISA (Piovesan et al., 2005).

4. DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: O PAPEL DO MUNICÍPIO

O SUS afirma o município como espaço de ações e práticas de saúde. Mais do que um cumprimento formal que está proposto na Constituição, será necessário integrar a vigilância sanitária com as demais práticas voltadas à saúde da população. Municipalizar as ações de vigilância sanitária significa adotar políticas com a finalidade de operacionalizá-la com bases de financiamento, recursos humanos e infraestrutura. Ao Estado compete o papel de articular os municípios e regiões para garantir a uniformidade mínima das ações de todo o município nas práticas de supervisão e controle de qualidade dos serviços de saúde (Piovesan et al, 2005; Covem, 2010).

Uma etapa do processo de descentralização das ações de saúde é a municipalização da vigilância sanitária, o que constitui um importante subsídio para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos serviços de assistência à saúde, garantia da saúde ambiental e ocupacional, controle de qualidade de

produtos e da vida da população. Há que se considerar a complexidade das ações de vigilância, o que dependem do maior ou menor grau de dificuldade de execução.

Os municípios brasileiros apresentam modalidades distintas de organização e gestão pública em virtude das diferentes realidades regionais. As condições de gestão que se habilitam os municípios definem as ações de vigilância sanitária que serão assumidas. É importante que o município tenha controle de todas as ações desenvolvidas, independente de complexidade e pactuação ou não com o Estado para a obtenção de respostas efetivas ao perfil sanitário e as demandas locais. Fica sob responsabilidade do município, definir as ações que ele implementará e as que serão compartilhadas ou complementadas pelo Estado, de acordo com suas possibilidades financeiras, recursos humanos e materiais, e segundo o quadro sanitário existente (Piovesan et al., 2005; Covem, 2010; Marangon et al., 2010).

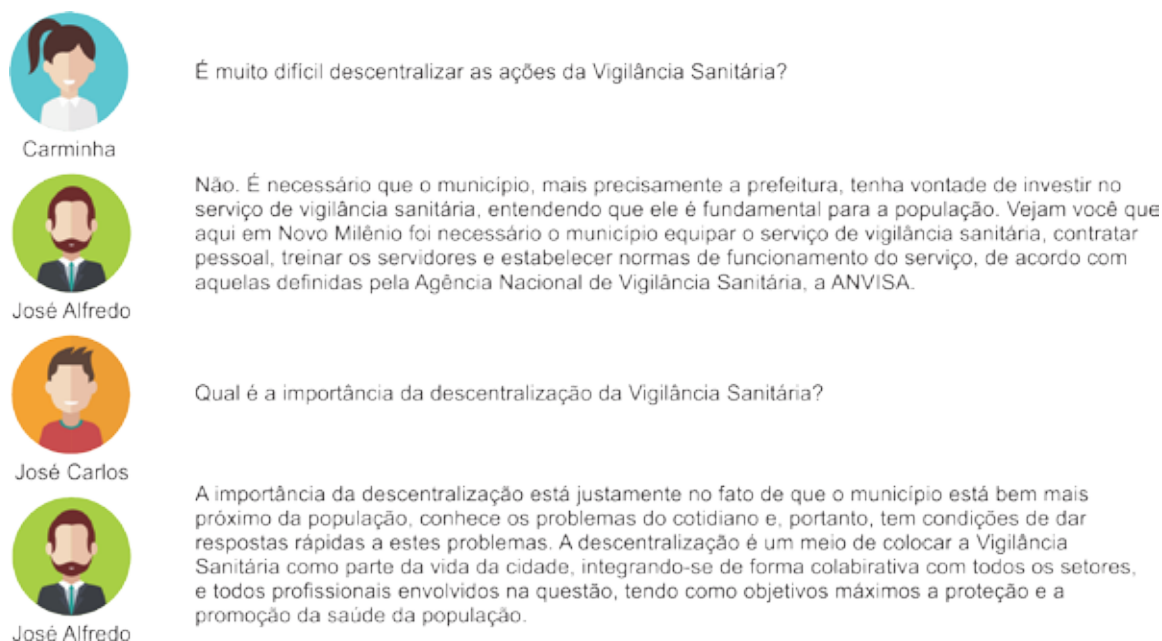


Figura 7: Descentralização da vigilância sanitária para os municípios
Fonte: Brasil, 2002a.

A atividade de planejamento das ações de vigilância sanitária parte do reconhecimento da área geográfica de abrangência, mapeamento dos problemas locais e eleição de prioridades com base em fontes de informação como: denúncias, questionários, relatórios e censo de estabelecimentos, com a finalidade de detectar espaços ou fenômenos que representam risco à saúde e à vida. A partir de um diagnóstico situacional é possível priorizar ações, definir objetivos e programas, organizar recursos, articular com outros setores internos e externos ações e tomada de decisões com o foco em atender as necessidades de saúde de uma população (De Seta e Silva, 2006).

A atuação tradicional da vigilância sanitária tem se resumido ao atendimento das demandas espontâneas, isto é, sem planejamento nem programação. O que é muito pouco diante de seu papel de promotora da saúde e de prevenção de danos.

É fundamental pensar uma Vigilância Sanitária que tenha o diagnóstico de sua área com base em perfis epidemiológicos, com potenciais riscos definidos, objetivos e metas, padronização de atividades e inspeções, avaliação sistemática dos resultados (Freitas e Santos, 2013).

Para se obter bons resultados e cumprir o papel de protetora da saúde e prevenção de danos, a vigilância sanitária deve organizar sua prática por meio de prioridades programáticas, além de atender as denúncias, questionamentos e reclamações, que permitam dar uma resposta adequada aos reais problemas.

Além disso, um plano de ações bem elaborado deve incluir não apenas as funções de fiscalização, mas também de caráter educacional e de conscientização da população, envolvendo a comunidade, os prestadores de serviços, produtores, profissionais da saúde e todos aqueles que estejam envolvidos na programação de ações da VISA. O envolvimento da unidade básica de saúde com ações de educação, monitoramento dos problemas e soluções em nível local. Apesar da autonomia do município para desenvolver suas ações, é importante a participação do Estado em atividades conjuntas de caráter de assessoria técnica e contribuindo para a transferência de conhecimento técnico para o município. As equipes já estruturadas da Vigilância Sanitária devem buscar uma atuação integrada com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental e outros órgãos governamentais e não governamentais que possibilite a formação de uma rede de proteção em favor da saúde do município (De Seta e Silva., 2010).

EIXO I - Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS.

EIXO II - Ação regulatória: a vigilância de produtos, serviços e de ambientes.

EIXO III - A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde.

EIXO IV - Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

EIXO V - Construção da consciência sanitária: a mobilização, a participação e o controle social.

Figura 8: Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) e seus eixos estruturantes
Fonte: Brasil, 2007a.



Figura 9: PDVISA
Fonte: Brasil, 2007a.

5. FINANCIAMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Do ponto de vista do financiamento, a divulgação do Pacto pela Saúde ocorrida em 2006 pela portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, estabelece um novo meio de repasse de recursos financeiros com a finalidade de garantir as atribuições descentralizadas (Brasil, 2006a). Em seu capítulo III, Pacto de Gestão, estabelece os cinco blocos de financiamento entre eles Vigilância em Saúde (Brasil, 2006a), sendo princípio geral do Sistema Único de Saúde a responsabilidade das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) pelo financiamento das ações de saúde (Brasil, 2006a).

Os blocos de financiamento para o custeio são:

- 1 - Atenção básica
- 2 - Atenção de média e alta complexidade
- 3 - Vigilância em Saúde
- 4 - Assistência Farmacêutica
- 5 - Gestão do SUS (Brasil, 2006a)

Em 2007, a Portaria número 204 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle dos blocos de financiamento (Brasil, 2007b). Em relação ao Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e de Recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde são constituídos por: I – Componente de Vigilância em Saúde e II – Componente da Vigilância Sanitária (Brasil, 2007b).

A Portaria GM/MS n.º 1.378 de 09 de Julho de 2013 regulamentou as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2013). A referida portaria está organizada em quatro capítulos: I – Dos Critérios de Repasse; II – Dos Critérios para a Manutenção de Repasse dos Recursos; III – Do Processo de Acompanhamento do SCNES e SIA/SUS e dos Relatórios de Monitoramento para Fins de Manutenção dos Recursos do Componente de Vigilância Sanitária; IV – Disposições Finais e Transitórias (Brasil, 2013). Os processos de acompanhamento e monitoramento das ações realizadas por estados e municípios são realizados pela ANVISA através dos sistemas de informação: SCNES e SIA/SUS (Brasil, 2013).

Os critérios de repasse são divididos em: I – Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e II – Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. Os valores do PFVISA são repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, caso haja redução populacional, serão mantidos os valores atualmente praticados. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativos à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite. Compete à ANVISA informar ao Fundo Nacional de Saúde, conforme ato específico do Ministério da Saúde, a suspensão da transferência dos recursos financeiros do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, a partir do monitoramento dos dados relativos ao SCNES e SIA-SUS (Brasil, 2013).

Para o ano de 2015, os valores de repasse financeiro foram atualizados através da publicação da Portaria n.º 59 de 29 de Janeiro de 2015 (Brasil, 2015b). O quadro abaixo foi extraído da referida portaria e demonstra os repasses financeiros federais destinados ao componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados e Distrito Federal, referente ao PFVISA (Brasil, 2015b).

Quadro 1. Anexo I da Portaria 59 de Janeiro de 2015 referente ao repasse financeiro para unidades da federação do PVFISA para o ano de 2015.

ANEXO I - DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS OS ESTADOS (PVISA) FONTE: FNS E ANVISA					
Estados	Estimativa de Pop. IBGE 2014	Repasse PVISA Anual Fonte: FNS (A)	Repasse PVISA Mensal Fonte: FNS (A)	Fato Gerador Anual Fonte: ANVISA (B)	Fato Gerador Mensal Fonte: ANVISA (B)
Acre	790.101	630.000,00	52.500,00	9.732,09	811,01
Alagoas	3.321.730	996.519,00	83.043,25	27.065,94	2.255,50
Amapá	750.912	630.000,00	52.500,00	4.315,82	359,65
Amazonas	3.873.743	1.162.122,90	96.843,58	87.520,93	7.293,41
Bahia	15.126.371	4.537.911,30	378.159,28	437.428,84	36.452,40
Ceará	8.842.791	2.652.837,30	221.069,78	328.160,85	27.346,74
Distrito Federal	2.852.372	855.711,60	71.309,30	79.629,98	6.635,83
Espírito Santo	3.885.049	1.165.514,70	97.126,23	132.604,21	11.050,35
Goiás	6.523.222	1.956.966,60	163.080,55	724.017,94	60.334,83
Maranhão	6.850.884	2.055.265,20	171.272,10	49.806,06	4.150,51
Mato Grosso	3.224.357	967.307,10	80.608,93	197.056,03	16.421,34
Mato Grosso do Sul	2.619.657	785.897,10	65.491,43	123.272,64	10.272,72
Minas Gerais	20.734.097	6.220.229,00	518.352,43	1.808.342,27	150.695,19
Pará	8.073.924	2.422.177,20	201.848,10	212.241,23	17.686,77
Paraíba	3.943.885	1.183.165,50	98.597,13	82.497,70	6.874,81
Paraná	11.081.692	3.324.507,60	277.042,30	1.230.524,17	102.543,68
Pernambuco	9.277.727	2.783.381,00	231.943,18	327.552,05	27.296,00
Piauí	3.194.718	958.415,40	79.867,95	48.621,98	4.051,83
Rio de Janeiro	16.461.173	4.938.351,90	411.529,33	2.993.415,76	249.451,32
Rio Grande do Norte	3.408.510	1.022.553,00	85.212,75	67.672,17	5.639,35
Rio Grande do Sul	11.207.274	3.362.182,20	280.181,85	1.168.156,04	97.346,34
Rondônia	1.748.531	630.000,00	52.500,00	17.056,94	1.421,41
Roraima	496.936	630.000,00	52.500,00	859,73	71,64
Santa Catarina	6.727.148	2.018.144,40	168.178,70	822.551,58	68.545,97
São Paulo	44.035.304	13.210.591,20	1.100.882,60	6.842.795,91	570.232,99
Sergipe	2.219.574	665.872,20	55.489,35	47.319,26	3.943,27
Tocantins	1.496.880	630.000,00	52.500,00	9.233,45	769,45
TOTAL BRASIL	202.768.562	62.395.560,60	5.199.630,05	17.879.451,59	1.489.954,30

Fonte: Brasil, 2015b.

6. RECURSOS HUMANOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A composição da equipe de vigilância sanitária não segue um padrão oficial e dependerá da organização, recursos financeiros, demandas de serviço e infraestrutura física e perfil profissional alocado (Brasil, 2005). Segundo o censo dos trabalhadores da vigilância sanitária, realizado em 2004, a maior parte dos trabalhadores de Vigilância Sanitária encontra-se na Região Sudeste, onde também se concentra a maior parcela da população e da produção do país. A Região Sudeste concentrou 47,9% do total dos trabalhadores (Brasil, 2005).

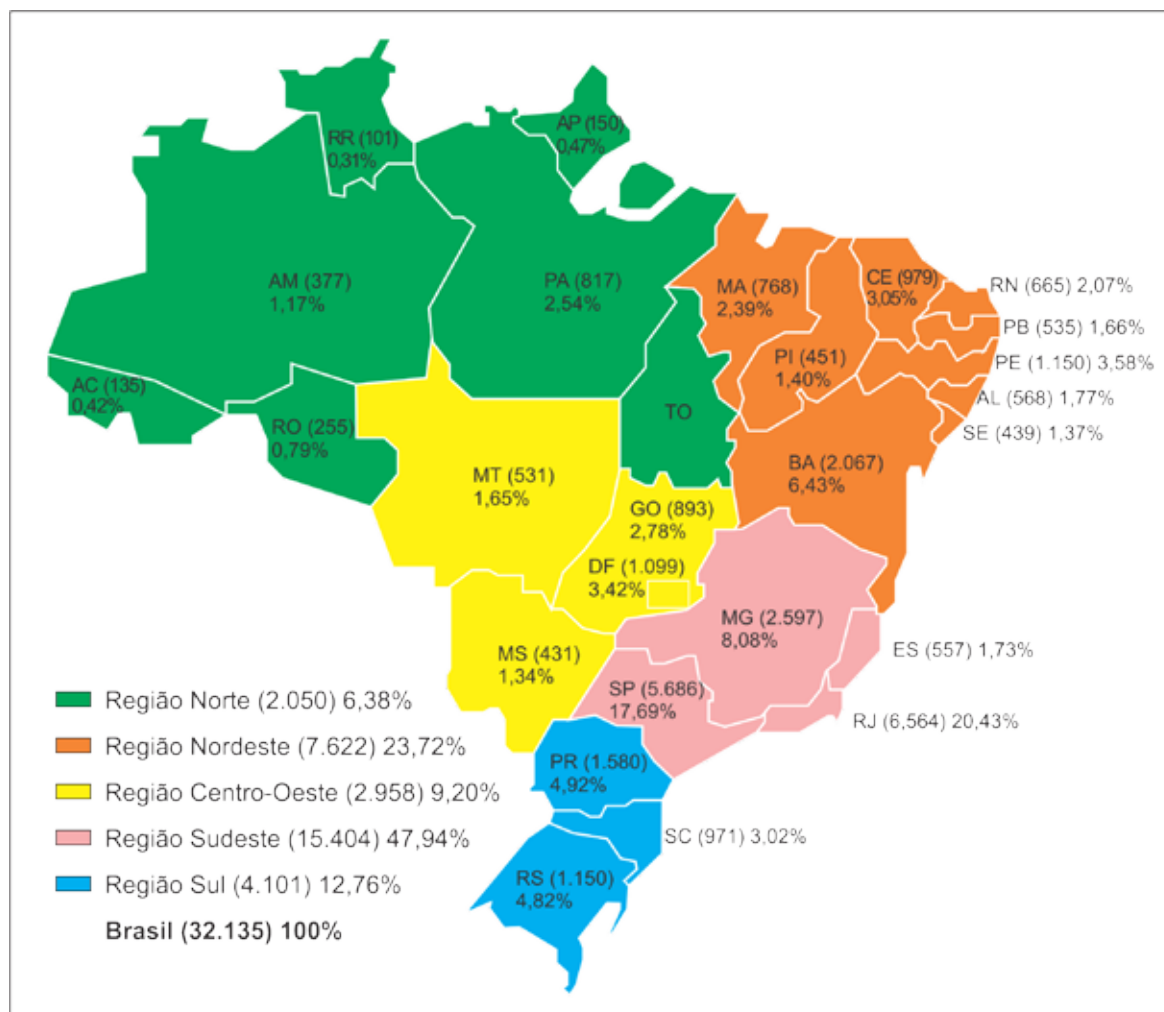


Figura 10: Frequência e percentual de trabalhadores de Vigilância Sanitária por estados e regiões.
Fonte: Brasil, 2005.

O importante é que os profissionais tenham formação e capacitação compatíveis com as funções a serem desempenhadas. O que significa dizer que a equipe deve ser multiprofissional, pois os campos de atuação da vigilância sanitária se inter-relacionam.

Em relação à função de fiscalização, por exemplo, de um consultório odontológico envolverá conhecimentos: equipamentos e procedimentos específicos em Odontologia; esterilização de materiais gerais e específicos; medicamentos; radiação ionizante; segurança do trabalho; cuidados com os resíduos e meio ambiente, entre outros (Kaster et al., 2012).



Figura 11: Censo nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária
Fonte: Brasil, 2005.

A verificação da estrutura física dos estabelecimentos é a mais tradicional executada pela vigilância sanitária e engloba aspectos como: ventilação; luminosidade; acessibilidade a portadores de mobilidade reduzida; piso, tetos e paredes; sanitário; mobiliário. Entretanto é importante ressaltar que estrutura física adequada não assegura que os procedimentos executados pelo profissional e equipe estão seguros. Além do que, o simples uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como barreira protetora para reduzir ou prevenir o contato com sangue e secreções não garantem que o processo de trabalho desenvolvido esteja correto ou seguro. A não utilização de outros EPI como: gorro, jaleco, máscara e óculos, quebram o processo de biossegurança e promove a disseminação de possíveis patógenos. Conhecer a situação das VISA municipais, nos aspectos estruturais e organizacionais, focalizado especialmente nos recursos humanos e processos de trabalho adotados, constitui uma importante ação para o investimento em capacitação técnica e gerencial dos trabalhadores da vigilância sanitária (Brasil, 2005; Garibotti et al., 2006; Souza e Costa, 2010).

O simples fato da não lavagem das mãos entre um atendimento e outro, por parte dos profissionais, pode ocasionar uma contaminação cruzada, colocando em risco a saúde do profissional e do paciente (Kaster et al., 2012)

7. VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A RESPONSABILIDADE DE PROTEÇÃO À SAÚDE

À medida que o sistema de saúde público brasileiro se consolida, novos desafios surgem para atender as demandas por saúde da população. O pacto em defesa do Sistema Único de Saúde definiu uma agenda de compromissos pela saúde (Pacto em Defesa da Vida, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida) entre os três entes federativos. Em linhas gerais propõe uma política de saúde transversal, integrada e intersetorial que promova o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário e do governo, setor privado, não governamental, com a participação da sociedade com o objetivo de criar redes de corresponsabilidade em que todos sejam partícipes e responsáveis pelos cuidados com a saúde.

Ações fiscalizatórias

Os constantes processos de mudanças econômicas, políticas, culturais e sociais refletem diretamente no estado de saúde de indivíduos e populações. A promoção da saúde, como estratégia de saúde, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde e enfoca novos aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso país (Parada, 2010).

O conceito fiscalização refere-se à ação verificadora do cumprimento da norma, e se dá muitas vezes, mediante a inspeção dos estabelecimentos, atividades e ambientes. O termo controle é mais amplo, portanto, mais apropriado para definir as ações sanitárias, pois inclui a fiscalização e se estende desde a regulamentação até as ações educativas e de informação ao consumidor (Teixeira et al., 2000).

A vigilância sanitária tem o objetivo de fiscalizar e orientar ações que possam minimizar os riscos inerentes as práticas de saúde e equipe, como dos pacientes/usuários. Essas ações visam verificar não só aspectos de estrutura física, mas de fluxo de trabalho, recursos humanos, saúde do trabalhador, processamento de artigos (esterilização e desinfecção), lixo, uso de equipamentos de proteção, entre outros (Parada, 2010; Costa, 2014).

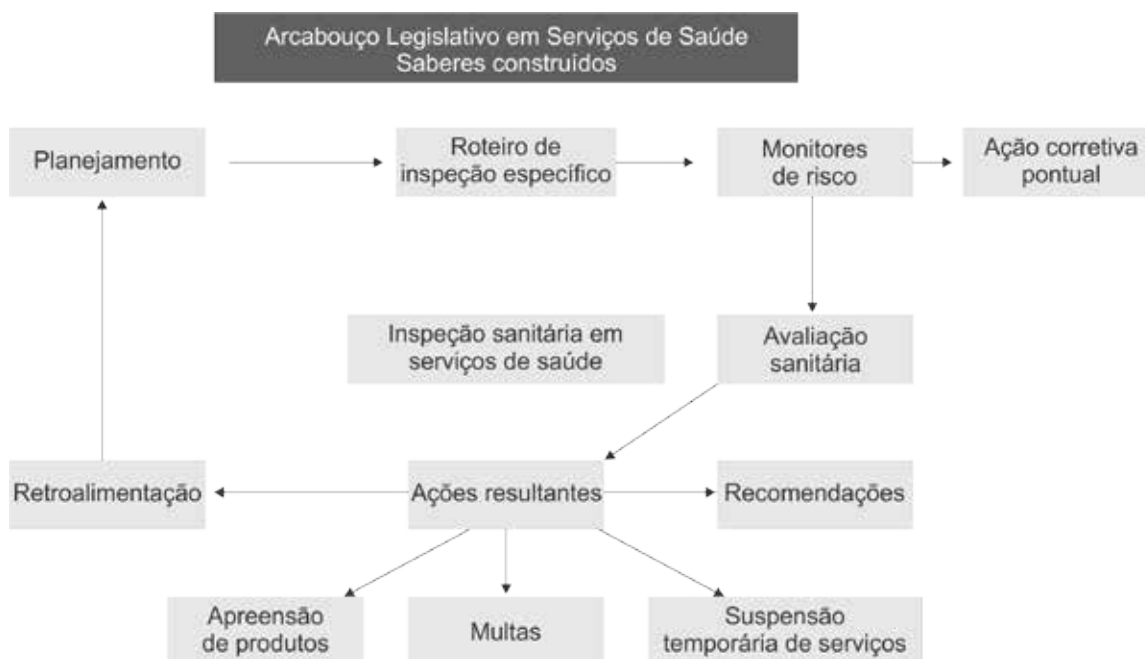


Figura 12: Diagrama para subsidiar as ações de vigilância sanitária
Fonte: Costa, 2014.

Com a adoção de um conceito ampliado de saúde a vigilância sanitária também assume um novo conceito com ações de proteção à saúde como interventor na construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde; devendo ser revalorizadas as ações educativas e de desenvolvimento da consciência sanitária, estendendo a compreensão da Vigilância Sanitária para além do seu caráter regulador e fiscalizador (Lucchese, 2001).

Não basta elaborar relatórios quantitativos com o número de inspeções realizadas, interdições, cadastramentos e multas expedidas. Estas informações pouco contribuem para a construção da consciência sanitária (Costa, 2014).

Portanto, as políticas públicas devem, cada vez mais, estimular a participação social e o exercício da cidadania numa articulação com todos os sujeitos envolvidos: movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores na busca pela melhoria da qualidade de vida da população e da construção coletiva de saberes que reduzam as situações de vulnerabilidade em saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2007b; Souza e Costa, 2010; Brasil, 2013; Costa, 2014).



Agrotóxicos e Toxicologia
Alimentos
Cosméticos
Derivados do Tabaco
Insumos Farmacêuticos
Laboratórios
Medicamentos
Portos, Aeroportos e Fronteiras
Produtos para a Saúde
Saneantes
Sangue, Tecidos e Órgãos
Serviços de Saúde

Figura 13: Áreas de atuação da ANVISA na proteção à saúde
Fonte: Brasil, 2015a.

Uma fiscalização que não gere informação ao consumidor perde o sentido; uma punição que não estabeleça uma rede social de condenação tende a se tornar uma ação repetitiva e passiva de proteção corporativa; a análise de uma propaganda ou informação enganosa nas especificações técnicas dos produtos só rompe o círculo da ideologia do consumo se consegue se tornar um patrimônio da coletividade (Campos et al., 2001).

8. A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

A partir da criação dos conselhos de saúde pela Lei nº. 8142/90 novos espaços foram abertos para a participação da população na elaboração, controle e implementação de políticas públicas em saúde. Outro espaço de participação é a Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia descrita no Artigo 13, inciso III da Lei nº. 8080/90 e tem como finalidade a articulação da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde (Brasil, 1990).

A I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, teve como tema a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para a proteção e promoção da saúde, bem como a construção da cidadania. O centro das discussões foi sobre os avanços e entraves no processo de efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Relatório..., 2001).



Figura 14: 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
Fonte: Relatório..., 2001.

Entretanto, as instâncias formais de participação popular perdem seu valor se a sociedade não souber o que é vigilância sanitária e da importância do seu papel na proteção da saúde (Parada, 2010). Portanto, se faz necessário a elaboração de estratégias e ações que elevem a consciência sanitária da população para que a real participação popular se efetive (Chagas e Vilella, 2014).

Um dos caminhos é a articulação interinstitucional entre a universidade e a vigilância sanitária na criação de espaços para discussão, capacitação e pesquisa que desenvolvam o nível de compreensão do que é vigilância sanitária para profissionais de saúde (Chagas e Vilella, 2014). Assim, é possível a execução de atividades educativas e de comunicação permanente que possam conscientizar a sociedade na percepção do que é risco sanitário e como fazer escolhas saudáveis. Quanto maior o nível de consciência sanitária de profissionais de saúde e da população maior será a capacidade de escolha por produtos e

serviços de qualidade e, consequentemente, a exposição ao risco de adoecimento diminui (Garibotti et al., 2006; Souza e Costa, 2010).

A educação sanitária é uma prática educativa que induz um determinado público a adquirir hábitos que promovam a saúde e evite a doença e tem de ser um processo contínuo, permanente e construído na medida em que o indivíduo aprofunde seu conhecimento (Juliano e Assis, 2004). O foco da educação sanitária deve estar voltado para profissionais e população em relações de interação, comunicação, cooperação e responsabilidade conjunta em solucionar problemas (Chagas e Vilella, 2014).

A comunicação e a educação podem ganhar expressão concreta nas ações de mobilização dos profissionais de saúde, da comunidade e dos movimentos sociais, para que esses atores reconstruam suas práticas. O desenvolvimento de instrumentos e mecanismos que possibilitem o diálogo entre os segmentos da sociedade, como os fóruns de discussão e as audiências públicas, são outras estratégias de estímulo a participação da sociedade que podem estimular o debate dos principais desafios da área (Brasil, 2007a).

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é a “[...] capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, o que demonstra a necessidade de empoderamento das pessoas como atores principais na manutenção da saúde individual e coletiva (Lalonde, 1974; Brasil, 2002b).

A educação sanitária, a participação da comunidade, o controle social, são instrumentos que aos poucos estão sendo incorporados às práticas da vigilância sanitária (Cohen et al., 2004) – Quadro 2.

Quadro 2: Ações de vigilância sanitária por percentual executadas em municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2006

AÇÕES	%
Ações educativas	80
Inspeção sanitária em comércio de alimentos	78
Monitoramento da qualidade da água (coleta de amostra)	74
Inspeção sanitária em outros serviços	68
Material educativo publicado	58
Inspeção sanitária em comércio de medicamentos	55
Inspeção sanitária em serviços de saúde	37
Qualidade de alimentos (coleta de amostras)	37

Fonte: Cohen et al., 2004.

A informação, a educação e a comunicação são instrumentos fundamentais para a democratização do conhecimento e desenvolvimento das práticas em VISA. Também contribuem para a formação de cidadãos conscientes contra as práticas nocivas do sistema produtivo. O uso da informação permite também intervir nos problemas sanitários e na prevenção de riscos à saúde e, consequentemente, no processo de proteger e promover a saúde (Chagas e Villella, 2014).

É preciso criar canais de comunicação com a comunidade, consumidores, profissionais de saúde, instituições, Ministério Público, universidades, sindicatos e usuários, com o objetivo de informar e orientar o mais claramente possível, não somente aqueles que estarão sujeitos a controle sanitário, mas

também a população, no que se refere ao encaminhamento de reclamações, denúncias, direitos, conhecimentos técnicos e normativos. A extensão do conjunto de atores sociais e a visibilidade nas práticas de VISA, mediante articulação intersetorial e intrasetorial, conhecimento transdisciplinar e ações informativas e de educação, poderão ampliar o seu universo de ações promotoras de saúde (Campos et al., 2001).



Figura 15: Simpósio realizado em Porto Alegre (RS) em 2013
Fonte: Anais..., 2013.

Neste contexto, a criação de canais de participação social, consignada na Lei nº. 8080/90, configura-se um grande desafio. Uma alternativa para a aproximação do Estado com o cidadão é a consolidação da ouvidoria, não só como canal para recebimento de reclamações, mas também, como fonte de informação e dados importantes para avaliação e análise do direcionamento administrativo a que se vincula (Brasil, 1990). Consequentemente, um melhor atendimento ao usuário/cidadão.

A criação de canais de difusão de informações, dinâmicos, de fácil acesso e horizontalizados, captando a realidade do cidadão em seu espaço social e suprindo-o de informações necessárias para torná-lo ativo, constitui-se em um instrumento que promoverá a legitimidade dos serviços da VISA (Campos et al., 2001). Portanto, o acesso à informação é importante para estimular a participação popular e na formação de cidadãos conscientes. E quem deve promover este “acesso à informação” é o Estado em todos os seus níveis.

Vale citar o estudo de Arnstein (1969), que descreveu uma escada de participação cidadã dividida em três níveis e 8 degraus. Cada degrau acima aumenta o grau de participação popular. Nível da não participação: 1 – manipulação; 2 – terapia. Nível de concessão mínima de poder: 3 – informação; 4 – consulta; 5 – pacificação. Nível de poder cidadão: 6 – parceria; 7 – delegação de poder; 8 – controle cidadão. Este estudo nos permite uma reflexão sobre os diferentes níveis e participação de pessoas nas diferentes instâncias, conselhos e entidades e o quanto isso se torna preponderante para uma atuação mais eficaz da vigilância sanitária no contexto das políticas públicas.

Para Rezende (1986) a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas sim toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, e que estimule a criatividade. Neste sentido, a construção do conhecimento está comprometido com o agir e que permite mudanças na vida das pessoas dentro de seu contexto social e político. O principal ponto é a mudança, mas a mudança para “melhor”. Para ocorrer esta mudança para melhor é preciso o “envolvimento” de todos os no processo de construção do conhecimento. As pessoas ao longo de sua vida acumulam conhecimento e assim, constroem seu próprio saber baseado em suas experiências cotidianas e você será capaz de mudar uma realidade a partir do momento que você a conhece (Chagas e Vilella, 2014).



Figura 16: Intersecções entre vigilância sanitária e promoção da saúde
Fonte: Chagas e Vilella, 2014.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso que a pesquisa é ferramenta importante para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde, contribuindo para a melhoria das ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e a diminuição das desigualdades sociais (Brasil, 2007a).

Observa-se que os profissionais da vigilância sanitária necessitam de conhecimento aprofundado em legislações relacionadas a produtos, serviços, ambientes e equipamentos, além de conhecimentos em direito sanitário e saúde pública. Portanto, torna-se necessário o desenvolvimento de planos de capacitação, formação e qualificação do profissional em vigilância sanitária para o desenvolvimento de uma atuação crítica, imparcial e autônoma, o que é fundamental para a melhoria do processo de trabalho.

Outro ponto é que para se promover saúde o profissional deve mudar sua visão do aspecto fiscalizador / burocrática para uma visão orientadora / educativa. Sobre tudo saber dimensionar o que é risco, como minimizar e como não se expor. Para que isso ocorra é necessária a preparação dos profissionais

para atuar interagindo com profissionais de outras áreas da saúde, de maneira a ampliar e integrar seus conhecimentos. A isso se junta o conhecimento de que a prevenção primária deve ser estimulada tanto sob o aspecto econômico, biológico e sanitário.

Historicamente no Brasil, as ações referentes à saúde individual têm merecido mais atenção do que às referentes à saúde coletiva. As ações da Vigilância Sanitária talvez sejam uma das práticas coletivas mais negligenciadas pelas políticas de saúde. Com equipes insuficientes, sem acesso a treinamentos e atualizações, submetidas a baixos salários, exposição a conflitos de interesses financeiros e políticos, agressões físicas e morais, dentre tantos outros problemas. Infelizmente, a vigilância sanitária só é lembrada em casos de repercussão nacional e com grande apelo da mídia e não como prática capaz de promover a proteção e melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O movimento para a municipalização das ações de saúde em poucas experiências incorporou as ações de vigilância em sua programação. Em um grande número de municípios as ações são executadas pelo Estado, em muitos casos distantes da realidade municipal. Além das ações de vigilância sanitária devem fazer parte do planejamento das ações programáticas de saúde e adquirir prioridade política. Assim, a vigilância sanitária deverá ser entendida como componente da atenção integral à saúde com práticas de promoção e prevenção de riscos e um forte instrumento educativo em saúde, que é fundamental para a melhoria de sua eficácia. Apesar das especificidades das ações de vigilância sanitária ser voltada para a regulação de produtos e serviços é importante a abertura de espaços de interlocução com o meio acadêmico para a produção de pesquisa científica e o reconhecimento dela como parte da saúde coletiva, tendo em vista, seu caráter multiprofissional, inter-setorial e interdisciplinar.

Ações educativas desenvolvidas no âmbito da vigilância sanitária são restritas e acontecem de forma esporádica e pontual. Um dos principais desafios da construção sanitária é promover o acesso à informação para toda a população e não somente para parte dela.

Portanto, vigilância sanitária deve assumir seu papel de promoção e proteção da saúde através da disseminação de informações sobre a qualidade de produtos e serviços, principalmente os públicos, disponibilizados para a população que se encontra em situação de vulnerabilidade sanitária. Cobra-se do setor privado, mas como está a qualidade do serviço público de saúde? Reforça-se que a vigilância sanitária pode e deve ampliar o seu leque de atuação e incluir no seu método de trabalho ações que estimulem o diálogo e a troca de experiências entre profissionais de saúde e sociedade servindo como interlocutora desse processo. As ações de educação sanitária devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do Estado em estado de dever, que é função de todos: indivíduos, instituições, coletividades e governos.

10. REFERÊNCIAS

- Anais do VI SIMBRAVISA, II Pan-americano de Vigilância Sanitária; 2013 out 26-30; Porto Alegre, RS. Porto Alegre: ABRASCO; 2013 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.simbravisa.com.br/>
- Arnstein SR. A ladder of citizen participation. J Am Inst Plann. 1969; 35 (4): 216-24.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços corres-

- pondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União; 1990 set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999 [acesso 2015 mar 10]. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782compilado.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de vigilância sanitária [internet]. 2. ed. Brasília: ANVISA; 2002a [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Censo nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária [internet]. Brasília: ANVISA; 2005 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a [acesso 2015 maio 15]. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006b [acesso 2015 mar 18]. Aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/regimento_interno/Portaria354_010410.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária [internet]. Brasília: ANVISA; 2007a [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_eixos_diretrizes.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007b [acesso 2015 fev 28]. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde. Brasília: CONASS; 2011. v.6, pt. 2.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Proteção à saúde [acesso 2015a mar 18]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 59, de 29 de janeiro de 2015b. Atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federais destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. Diário Oficial da União. 2015 fev 2; Seção 1, p.43.
- Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM. Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. 129p.
- Chagas MF, Villela WV. Vigilância sanitária e promoção de saúde: apontamentos para além da regulação e controle. Vigil Sanit Debate. 2014; 2(3): 30-6.

- Chapola R. Vigilância interdita restaurante do Palácio dos Bandeirantes. O Estado de S Paulo [internet] 2015 ago 03 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,vigilancia-interdita-restaurante-do-palacio-dos-bandeirantes,1737450>
- Código sanitário do município de São Paulo [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://images.livriarasaraiva.com.br/imagemnet/imagem.aspx/?pro_id=155739&qld=90&l=370&a=-1
- Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3): 290-301.
- Colpo JC, Nunes RN, Araújo WN. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde do trabalhador na coordenação de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Pará, Brasil, 2008. *Vigil Sanit Debate*. 2013; 1(2): 44-52.
- Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: temas para debate [internet]. Salvador: EDUFBA; 2009 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
- Costa EAM. Vigilância sanitária em serviços de saúde: os desafios da prática. *Vigil Sanit Debate*. 2014; 2(2): 27-33.
- Covem EM. Descentralização das ações de vigilância sanitária. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 3): 3318-28.
- De Seta MH, Silva AA. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 284p.
- Freitas FP, Santos BMO. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2013; 1(1): 43-51.
- Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5): 1043-51.
- Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998 -2000). *Ciê Saúde Colet*. 2004; 9(2): 493-505.
- Kaster FPB, Lund RG, Baldissera EFZ. Gerenciamento dos resíduos radiológicos em consultórios odontológicos da cidade de pelotas (RS, Brasil). *Arq Odontol*. 2012; 48(4): 242-50.
- Lalonde M, editor. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare; 1974. 75p.
- Luchese G. globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA. Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 3): 3587-601.
- Parada R. O limite da ação setorial: federalismo, saúde e vigilância sanitária. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 3): 3318-28.
- Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MV, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(1): 83-95.
- Relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001 nov 26-30; Brasília, DF. Brasília: ANVISA; 2001 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf
- Rezende ALM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez; 1986.159p.
- São Paulo (Cidade). Lei municipal nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004 [acesso 2015 mar 18]. Institui o código sanitário do Município de São Paulo [internet]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/LeiMunicipal_2004_13725_1254947378.pdf
- Sede ANVISA [Google fotos]. Publicado em 2008 jun 18 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <https://plus.google.com/photos/103654274947133761276/albums/5629221839654236641?banner=pwa>

- Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Supl 3): 3329-40.
- Taglietta MFB, Bittar TO, Pereira AC. Vigilância em saúde. In: Pereira AC, organizador. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. cap.7.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
- Vigilância sanitária faz ação educativa em São José dos Pinhais. Publicado em: 2015 ago 07 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=85278>