

RELATO DE EXPERIÊNCIA

<https://doi.org/10.22239/2317-269x.01477>

# Perfil da estrutura, equipe e trabalho da Vigilância Sanitária na VI Região de Saúde de Pernambuco

## Profile of the structure, team and work of Health Surveillance in the VI Health Region of Pernambuco

### RESUMO

Laryssa Kelly de Souza Cabral<sup>I,\*</sup> Willians Emanuel da Silva Melo<sup>II</sup> Rosângela Maria Silva Rodrigues<sup>III</sup> 

**Introdução:** A descentralização e a municipalização da Vigilância Sanitária são preceitos do sistema único de saúde, pois sabe-se que as condições de gestão que os municípios vivenciam podem interferir nas ações a serem realizadas. **Objetivo:** Descrever o perfil da Vigilância Sanitária da VI Região de Saúde de Pernambuco. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa descritiva, com dados secundários. Os dados fazem parte de um questionário elaborado e aplicado pelo departamento de Vigilância em Saúde da VI Gerência Regional de Saúde. Os dados foram analisados por estatística descritiva e apresentados em tabela. **Resultados:** Todos os municípios possuem coordenador, sendo a maioria efetivos e com curso superior da área de saúde. Estão com a equipe incompleta, contudo grande parte possui capacitação no Curso Básico de Vigilância Sanitária. Realizam reunião de equipe mensal, planejamento anual de ações e também avaliação de indicadores próprios. Não participam dos gastos do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. Trabalham com sistema de vigilância sanitária, emitem licença de funcionamento, não trabalham com código sanitário e suas principais atividades são as inspeções. Possuem espaço físico adequado, com os materiais necessários e a maior dificuldade é o transporte. **Conclusões:** Entender o perfil da Visa municipal é essencial para que haja crescimento e eficácia na gestão. A Visa ainda passa por situações desfavoráveis devido a descentralização, mas as informações evidenciadas no estudo demonstram um avanço.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância Sanitária; Descentralização; Perfil

### ABSTRACT

**Introduction:** Decentralization and municipalization of Health Surveillance are one of the precepts of the single health system; for this aim, it is known that the management conditions that the municipalities experience can interfere in the actions to be carried out. **Objective:** To describe the profile of Health Surveillance in the VI Health Region of Pernambuco. **Method:** This is a study with a descriptive quantitative approach, with secondary data. The data are part of a questionnaire developed and applied by the Health Surveillance department of the VI Regional Health Management. The data were analyzed using descriptive statistics, presented in a table. **Results:** All municipalities have a coordinator, the majority of whom are effective and have higher education in the health area. They have an incomplete team; however, most of them are trained in the Basic Health Surveillance Course. They hold a monthly team meeting, elaborate an annual action planning and evaluate their own indicators; they do not participate in the expenses of the Qualification Program for Health Surveillance Actions. They work with a health surveillance system, issue an operating license, do not work with a health code, and their main activities are inspections. They have adequate physical space, with the necessary materials, and the greatest difficulty is transportation. **Conclusions:** Understanding the profile of the municipal Visa is essential for growth and management efficiency. Visa is still going through unfavorable situations due to decentralization, but the information shown in the study shows progress.

<sup>I</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), Arcoverde, PE, Brasil

<sup>II</sup> VI Gerência Regional de Saúde (VI Geres), Arcoverde, PE, Brasil

<sup>III</sup> Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), Arcoverde, PE, Brasil

\* E-mail: larryssa\_cabral@hotmail.com

Recebido: 01 mar 2020

Aprovado: 16 jun 2020

**KEYWORDS:** Health Surveillance; Decentralization; Profile



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a lei que o rege: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu artigo 2º expõe que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”<sup>1</sup>. Para que isso ocorresse, de forma eficaz e com qualidade, foram constituídas as diretrizes do SUS, dentre elas a descentralização, que distribui o poder e responsabilidades entre as esferas do governo: União, estado e municípios<sup>2</sup>, gerando grande autonomia para os municípios que se responsabilizaram, gradativamente, pela gestão e execução das ações básicas<sup>3</sup>.

No campo de atuação do SUS está incluída a Vigilância em Saúde (VS), que tem como seus componentes: a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária (Visa)<sup>4</sup>. À Visa, objeto desse estudo, cabe executar ações estratégicas referente à normatização, à regulação e à fiscalização de produtos e serviços relacionados à saúde. Suas ações são, acima de tudo, preventivas, favorecendo a promoção, a proteção e a recuperação da saúde<sup>4</sup>. Ela deve garantir que os produtos oferecidos à população tenham qualidade e não ofereçam risco à saúde, utilizando recursos como: instrumentos de controle, manuais de boas práticas, análise de perigos e recorrendo a normas punitivas. Assim, implementar concepções e atitudes éticas nas relações, de ambiência e de serviços, que se refletem na qualidade de vida dos cidadãos<sup>5</sup>.

A descentralização e a municipalização da Vigilância Sanitária são preceitos do SUS e dão aos municípios autonomia para as práticas de saúde, favorecendo o planejamento, o gerenciamento e a qualidade dos serviços. Sabe-se que as condições de gestão as quais os municípios vivenciam interferem nas ações a serem realizadas, contudo, é necessário que a gestão municipal obtenha o controle das ações desenvolvidas e que estas representem respostas efetivas ao perfil epidemiológico-sanitário local<sup>6</sup>.

Tais fatos geram grande indagação: a gestão municipal da Visa da VI Região de Saúde de Pernambuco vem atuando de forma eficiente? Tendo presente a importância da vigilância para assistência integral da saúde e levando em consideração as exigências de sua implantação, a organização da vigilância em nível municipal torna-se um desafio<sup>3</sup>.

Este estudo foi realizado na VI Gerência Regional de Saúde (Geres) localizada em Arcoverde - PE, a qual foi idealizada para dar suporte e apoiar os 13 municípios do Sertão do Moxotó: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibirimir, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa. A VI Geres tem uma população total estimada em 416.751 habitantes, tendo sua maior população em Arcoverde com 68.793 e a menor em Jatobá, com 13.963. A maioria dos municípios são de pequeno porte<sup>7</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil da Visa da VI Região de Saúde de Pernambuco.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa descritiva, tendo como técnicas de pesquisa a análise de dados quantitativos. Os dados fazem parte de um questionário, intitulado “Instrumento de Diagnóstico da Vigilância em Saúde Municipal”, o qual foi elaborado e aplicado pela equipe do departamento de VS da VI Geres, com o objetivo de analisar a situação atual dos municípios referente à gestão do processo de trabalho das Vigilâncias: Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador. Os sujeitos da pesquisa foram os coordenadores da VS dos 13 municípios da VI Geres. O questionário foi respondido presencialmente no Colegiado Regional da VS em maio de 2019. No questionário havia questões referentes à equipe, à organização do trabalho, à estrutura física, aos recursos materiais e humanos.

Para a presente pesquisa foi analisada apenas a parte do questionário referente à Visa. O questionário foi disponibilizado através da coordenação de VS Regional, por meio de carta de anuência. O consolidado dos dados foi realizado em julho de 2019, por meio de uma planilha de Excel e os dados analisados por estatística descritiva, apresentados em tabelas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode ser observado na Tabela 1, relacionada ao perfil das equipes, que todos os municípios possuem coordenação na Visa, sendo que a maioria dos coordenadores (54%) possui ensino superior na área de saúde. Porém, boa parte dos coordenadores possui outro tipo de formação, o que faz concluir que a formação acadêmica não foi significativa para a contratação e a atuação dos coordenadores de Visa. De acordo com a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013<sup>8</sup>, que define as diretrizes para execução e financiamento das ações em VS, a forma de contratação dos profissionais fica a cargo das prefeituras municipais, não havendo uma definição de perfil acadêmico para os coordenadores da Visa. Esse é um possível obstáculo para a eficácia da coordenação, da organização, do controle, da avaliação, do planejamento e da execução das ações.

Os achados do presente estudo também corroboram as características de formação profissional dos coordenadores das Visa da V Região de Saúde de Pernambuco, onde foram encontrados 18,80% de profissionais com formação em outras áreas<sup>9</sup>. Contudo, mesmo que não seja necessária a formação na área, para ser gestor em saúde são demandadas algumas especificidades ao processo de gestão, sobretudo, o conhecimento sobre o SUS<sup>10</sup>. No que se relaciona ao tipo de vínculo, 46% são coordenadores efetivos e 39% contratados, percebe-se que, apesar de não ser uma maioria relevante de coordenadores efetivos, esta situação encontra-se dentro do patamar estudado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)<sup>11</sup> nas Visa municipais do Brasil. Nesse estudo foi encontrado um percentual de 50,3% de coordenadores efetivos, o que diverge do encontrado na V Região de



Saúde de Pernambuco, que apresentou 30,77% de coordenadores efetivos. Observamos que a forma de contratação pelos gestores municipais, sendo ela por cargo comissionado ou indicação política, acarreta vínculos precários e por vezes fora dos limites legais, resultando em prejuízos na qualidade do serviço prestado e no comprometimento dos profissionais<sup>9</sup>.

A maioria das Visa da VI Região de Saúde de Pernambuco possui entre um e dois técnicos sanitários (46%). Apesar de existir uma quantidade mínima de técnicos nas equipes, 77% dos municípios possuem equipe incompleta. A mesma situação é encontrada na X Região de Saúde de Pernambuco, na qual a quantidade de profissionais que atuam nas Visa municipais não consegue lidar com as demandas do setor, ocasionando sobrecarga de trabalho aos servidores e comprometendo o desempenho, a motivação, o engajamento e, conseqüentemente, a produtividade<sup>12</sup>. O trabalho em equipe atinge objetivos que, isoladamente, são alcançados de forma mais trabalhosa ou inadequada, pois a complexidade do processo de produção necessita de relações de complementaridade de conhecimentos e habilidades<sup>13</sup>. A falta de profissionais desmotiva os municípios e os impulsiona a buscar o apoio do estado para ações complementares e suplementares<sup>14</sup>.

Em relação à capacitação da equipe, a maioria dos municípios (84%) possui capacitação no Curso Básico de Vigilância Sanitária (CBVISA), percentual maior quando comparado com os profissionais da Visa que atuam na área de alimentos de Curitiba<sup>15</sup>, já que apenas 48,83% desses profissionais afirmaram ter realizado algum curso na área de vigilância sanitária no ano anterior a pesquisa. Na X Região de Saúde de Pernambuco, as equipes só participam de capacitações quando os entes federativos superiores ao município as realizam<sup>12</sup>. Na Visa estadual de Pernambuco, há elevada demanda por capacitações devido ao vínculo precário, que favorece a rotatividade profissional e gera a quebra na rotina do serviço<sup>16</sup>. A capacitação traz melhorias na produtividade, aumento das habilidades teóricas e técnicas dos profissionais, gerando melhores resultados, além de valorizar os profissionais da Visa e incentivá-los a ter um melhor desempenho. Com uma equipe mais qualificada, as Visa municipais alcançam uma maior eficácia na execução das ações.

A organização do processo de trabalho deve ser iniciada no espaço da reunião de equipe e, nesse processo, as trocas são compartilhadas e há um planejamento das próximas ações<sup>17</sup>. Para a concretização de ações bem-sucedidas, é imprescindível a adequada aplicação dos recursos financeiros destinados à área de vigilância

Tabela 1. Perfil da equipe da Vigilância Sanitária nos Municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, maio de 2019.

Equipe	N	%
Possui coordenador?		
Sim	13	100
Não	0	0
Qual o grau de escolaridade dos coordenadores?		
Superior na área de saúde	7	54
Superior em outra área	3	23
Técnico	1	7
Nível médio	1	8
Não informado	1	8
Qual o tipo de vinculação do coordenador da Visa?		
Efetivo	6	46
Contratado	5	39
Não informado	2	15
Qual o número de técnicos sanitários que compõem a Visa?		
1 a 2	6	46
3 a 4	5	39
5 a 6	2	15
A equipe está completa?		
Sim	3	23
Não	10	77
A equipe tem capacitação em CBVISA?		
Sim	11	84
Não	1	8
Não informado	1	8

Visa: Vigilância Sanitária; CBVISA: Curso Básico de Vigilância Sanitária.  
Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.



sanitária<sup>18</sup>. Salientando a importância de haver reuniões, pode ser observado na Tabela 2, referente à organização do trabalho, que apenas 54% dos municípios realizam reunião de equipe mensal. É uma pequena maioria, o que nos mostra uma falha nesse quesito. A reunião de equipe é necessária, pois, sem ela, a eficácia em solucionar os problemas coletivamente fica prejudicada.

Segundo o estudo realizado por Vilela<sup>19</sup>, ocorreram avanços no trabalho da equipe quando houve a participação dos trabalhadores no planejamento, o que elevou a qualidade do processo de trabalho da Vigilância, pois, ao realizar um planejamento, mesmo que simplificado, as chances de se alcançar o objetivo são muito mais efetivas. Visto isso, pode-se identificar que grande parte dos municípios (77%) realiza planejamento anual de ações. Segundo estudo realizado pela Anvisa<sup>10</sup>, Pernambuco possui 83% de municípios que fazem o planejamento anual de ações, comprovando que a VI Região de Saúde corrobora com esse quantitativo. A ação da Visa passa a ser mais eficaz quando engloba a ideia de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação, dando espaço para uma atuação mais integrada e com resultados visíveis para a sociedade. É necessário conhecer o quadro sanitário, os ambientes de atuação, a estrutura demográfica do território, para identificar problemas sobre os quais é preciso intervir<sup>20</sup>.

Além disso, também foi realizada avaliação dos indicadores próprios (77%), que são necessários, pois demonstram o diagnóstico situacional, revelando as potencialidades e as fragilidades dos processos de trabalho e explicitando a importância da organização das atividades para o alcance dos objetivos<sup>21</sup>. O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) é estabelecido por meio de metas e indicadores que visam a melhoria das ações de VS, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados<sup>22</sup>. No entanto, não contém indicadores que reflitam a qualidade das ações desenvolvidas pela Visa. A não inserção de indicadores da Visa representa uma perda para sua qualificação, dificultando as ações de integração, de planejamento, de articulação e de execução conjunta das vigilâncias<sup>23</sup>.

No que se refere aos recursos financeiros, nota-se que é uma problemática nos municípios, pois 69% deles revelaram que não participam do planejamento de gastos do PQA-VS, visto que os estados e municípios que cumprem as metas preestabelecidas recebem mais recursos do Ministério da Saúde. De acordo com uma pesquisa recente, grande parte dos municípios de Minas Gerais não participa do planejamento dos gastos e 52,29% dos municípios desconhecem o financiamento que irá receber para o desenvolvimento das ações<sup>24</sup>. Diante disso percebe-se as fragilidades na gestão financeira das Visa, comprometendo os orçamentos e subsequentemente o avanço da descentralização.

A maior parte dos municípios (85%) da VI Região de Saúde de Pernambuco trabalha com o Sistema Estadual de Informações em Vigilância Sanitária (Sevisa). Constata-se, com o estudo da Anvisa, que os municípios da VI Regional de Saúde de Pernambuco estão entre os 28% que utilizam esse sistema. Já na X Região de Saúde de Pernambuco, apenas 28% dos municípios trabalham com o Sevisa<sup>12</sup> e, nas Visa de Fortaleza, 88,9% não fazem uso do sistema<sup>25</sup>. Por meio desse sistema é possível que a

Visa emita Licença Sanitária e registre dados referentes à produção e à qualidade dos serviços municipais e regionais<sup>26</sup>. Garante agilidade, rapidez e efetividade nas intervenções, prevenindo e reduzindo os riscos à saúde da população<sup>27</sup>.

Na VI Regional de Saúde de Pernambuco, 100% dos municípios liberam licença de funcionamento, documento que é emitido pelas Visa municipais e estaduais para os estabelecimentos, permite o funcionamento dessas organizações, assegurando o cumprimento de condições higiênico-sanitárias<sup>28</sup>. Esse resultado difere de um município de pequeno porte em Goiás onde não há profissionais capacitados para realizar a liberação da licença, que fica a cargo do nível estadual<sup>29</sup>. A emissão da licença de funcionamento para os estabelecimentos que fornecem medicamentos e insumos é uma competência da esfera municipal, porém, devido à complexidade de ações e ao despreparo dos municípios, quem realizada é a Visa estadual, o que gera mais responsabilidades e compromete sua atuação<sup>28</sup>. Nos médios e grandes municípios, a taxa para a licença sanitária tornou-se uma fonte significativa de recursos, devido ao elevado número de estabelecimentos. Porém, de acordo com o estudo realizado em Cruzeiro do Oeste (Maringá, Paraná), nos municípios menores, essa taxa não é relevante, sendo o estado ainda mais importante na complementação e suplementação das ações<sup>14</sup>.

Em relação ao Código Sanitário, 54% dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco afirmaram não possuir código, o que corrobora com o estudo da X Região de Saúde de Pernambuco, no qual também se percebeu a inexistência de um código sanitário em vários municípios. Essa inexistência foi justificada por dificuldades jurídicas ou códigos sanitários em processo de construção ou aguardando trâmites legais para aprovação no Legislativo e sanção do Executivo<sup>12</sup>. Os códigos sanitários são conjuntos de medidas e exigências burocráticas que têm como objetivo a promoção, a proteção e a prevenção a saúde<sup>30</sup>. Há cidades em que a legislação está desatualizada, o que deixa o órgão fiscalizador municipal sem normas que norteiem e regulem suas ações, o que gera problemas tanto para a Visa do município quanto para a sociedade como um todo, que não dispõe de um instrumento legal de fiscalização<sup>31</sup>.

Rezende<sup>32</sup> relatou em um estudo feito em Minas Gerais que a maioria das ações de Visa abrange as inspeções sanitárias que podem ser realizadas para licenciamento inicial e renovação anual, bem como para monitoramento em situações específicas, como investigação de denúncias ou quando envolvem um maior risco sanitário. O que também foi identificado na presente pesquisa em relação às principais atividades realizadas, destacando-se as inspeções (37%), os cadastros e licenciamento (32%) e o atendimento de denúncias (31%). As funções da Visa nem sempre se mostram agradáveis, por se tratar de um órgão fiscalizador e deter o chamado “poder de polícia”. Esse poder, apesar de ser agressivo, pois utiliza penalidades, interdições e suspensão de atividades ou produtos considerados de risco, revela-se mais eficiente em defesa da saúde da população<sup>14</sup>. Essas fiscalizações são realizadas por meio de instrumentos legalizados, fundamentados em normas técnicas, regras e legislações que integram um sistema de normas sanitárias de acordo com conhecimentos científicos e tecnológicos, e também, os interesses da saúde pública<sup>33</sup>.



Tabela 2. Organização do Trabalho da Vigilância Sanitária nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, em maio de 2019.

Organização do Trabalho	N	%
Realiza reunião de equipe mensal?		
Sim	7	54
Não	6	46
Realiza o planejamento anual de ações?		
Sim	10	77
Não	3	23
Realiza avaliação de indicadores próprios?		
Sim	10	77
Não	3	23
Participa do planejamento de gastos dos recursos do PQA-VS?		
Sim	4	31
Não	9	69
Trabalha com Sevisa?		
Sim	11	85
Não	2	15
Emite licenças de funcionamento?		
Sim	13	100
Não	0	0
Existe código sanitário?		
Sim	6	46
Não	7	54
Quais as principais atividades realizadas?		
Inspeções	7	37
Cadastrros e licenciamento	6	32
Atendimento de denúncias	6	31

PQA-VS: Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; Sevisa: Sistema Estadual de Informações em Vigilância Sanitária.  
Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

A municipalização resultou na aproximação e facilitação da fiscalização, tanto dos estabelecimentos fiscalizados, como dos beneficiados, dos usuários e dos consumidores.

As atividades de Visa são melhor executadas quando o serviço apresenta disponibilidade de veículos, bem como quando já existem no âmbito municipal diferentes instrumentos (roteiros de inspeção específicos, termos de ajuste de conduta, autos de infração etc.) para otimizar o serviço dos profissionais<sup>32</sup>.

No corrente estudo, referente à estrutura física e os recursos materiais da Visa (Tabela 3), constatou-se que há uma boa estrutura, corroborando com o estudo de Cancian<sup>34</sup>, pois 85% das Visa municipais possuem espaço suficiente e adequado para o desenvolvimento das ações necessárias, com 100% de computadores próprios com internet e 92% com impressora. O problema atípico enfrentado pelos municípios é em relação ao uso de telefone próprio, pois 77% os dividem com outros setores, algo que chama atenção, pois uma das principais atividades realizadas é o atendimento de denúncias. Em Minas Gerais, a Visa apresentou resultados negativos (24%) quanto à disponibilidade de espaços físicos, de recursos materiais e de equipamentos, em municípios

com menos de 50 mil habitantes. Isso pode estar ocorrendo por dificuldades relacionadas ao financiamento e à articulação inter-setorial, evidenciando a necessidade de investigações e diagnósticos referentes ao desenvolvimento das ações nos municípios<sup>35</sup>.

A grande maioria dos municípios (69%) da VI Regional de Saúde de Pernambuco utiliza veículos oficiais compartilhados, ou seja, não haver disponibilidade de veículos a todo o momento interfere na dinâmica do serviço e no estar mais próximo da população para realização das inspeções e das atividades necessárias. Sendo essa também uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos municípios (42%) no estudo de Medeiros<sup>12</sup>, realizado na X Regional de Saúde de Pernambuco, interferindo diretamente no funcionamento das ações da Visa, ocasionando diminuição na efetividade do trabalho.

De acordo com as Diretrizes Nacionais da VS, os recursos advindos do Ministério da Saúde para a Visa são destinados também para itens de custeios de despesas, sendo eles materiais de consumo e despesas de capital. Porém, de forma divergente ao presente estudo, na V Região de Saúde de Pernambuco, esses recursos não vem sendo administrados de forma correta pelas Secretarias de Saúde, expondo falhas na gestão dos recursos destinados à VS<sup>9</sup>.



Tabela 3. Estrutura física e recursos materiais da Vigilância Sanitária nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, em maio de 2019.

Estrutura física e recursos materiais	N	%
Há espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações?		
Sim	11	85
Não	2	15
Dispõe de computador próprio com acesso à internet?		
Sim	13	100
Não	0	0
Dispõe de impressora própria?		
Sim	12	92
Não	1	8
Dispõe de telefone próprio?		
Sim	3	23
Não	10	77
Qual o tipo de veículo utilizado?		
Veículos oficiais exclusivos	2	12
Veículos oficiais compartilhados	11	69
Veículos locados exclusivos	3	19
Quais são as dificuldades?		
Transporte	5	42
Recursos Humanos	4	33
Equipamentos	3	25

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

## CONCLUSÕES

O questionário construído pelo departamento de VS da VI Região de Saúde de Pernambuco, aplicado aos coordenadores municipais, mostrou-se eficiente e relevante a fim de demonstrar o perfil das Visa Municipais.

Entender o perfil da Visa municipal é essencial para que haja crescimento e eficácia na gestão. A Visa ainda passa por situações desfavoráveis devido à descentralização, mas as informações evidenciadas no estudo demonstraram um avanço. Houve uma análise positiva no quesito organização do processo de trabalho, no qual os trabalhadores realizam planejamento das ações, reunião de equipe mensal, avaliação de indicadores, possuem sistema de informação e liberam licença de funcionamento. Outros pontos positivos foram questões referentes ao perfil da equipe, pois os trabalhadores possuem capacitação e há pouca rotatividade de profissionais. Foram encontradas como principais fragilidades enfrentadas pela VS municipal: equipes incompletas,

não participação nos recursos financeiros, inexistência de código sanitário e deficiência de veículos. Tais dificuldades tornam as ações da Visa fragilizadas e menos efetivas.

É importante destacar a necessidade de formação de equipes completas com profissionais efetivos para que haja eficácia no processo de trabalho e menos sobrecarga aos trabalhadores. Também é importante o investimento em veículos, o que facilitará as ações da Visa e o seu funcionamento.

Cabe destacar que, por se tratar de uma pesquisa descritiva, na qual não houve confronto com os indicadores de desempenho e discurso de atores chave, há limitações nas inferências das causas e desfechos sobre o assunto abordado.

A descentralização das ações de Visa para o nível municipal da VI Geres evidencia o cumprimento das diretrizes do SUS, porém são necessários estudos que avaliem indicadores de desempenho para que mais lacunas possam ser elucidadas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 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 União. 20 set 1990.
2. Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2001. Regulamenta a lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial União. 29 jun 2011.



3. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*. 2015;39(104):255-67. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>
4. Aragão AAV, Oliveira SRA. O poder do poder de polícia à luz do direito sanitário e da vigilância sanitária. *Sanare*. 2018;17(1):58-64. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1223>
5. Corino JC. Avaliação da atuação da vigilância sanitária municipal de São Francisco de Paula referente ao queijo serrano [monografia]. São Francisco de Paula: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015[acesso 5 out 2019]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132300/000980353.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Eduardo MBP. Vigilância sanitária. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. População das cidades no último censo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010[acesso 20 ago 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. 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. *Diário Oficial União*. 10 jul 2013.
9. Santos C, Brandespin D. Características dos recursos humanos e desafios no trabalho de coordenadores de vigilância em saúde no interior de Pernambuco. *Vigil Sanit Debate*. 2018;6(2):54-60. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01027>
10. Silva LAA, Soder RM, Petry LOIC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2017;38(1):1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Perfil da vigilância sanitária municipal no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014.
12. Medeiros EHF, Machado MF, Pessoa Júnior JM. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma região de saúde de Pernambuco. *Physis*. 2017;27(3):561-78. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300010>
13. Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. O trabalho em equipe. In: Ministério da Saúde (BR). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000[acesso 20 abr 2020]. p. 45-50. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2199.pdf>
14. Eko ST. Avanços e limites na descentralização da vigilância sanitária em três municípios do estado do Paraná no período de 1990 a 2013 [monografia]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2014[acesso 6 fev 2020]. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/3943/1/000215955.pdf>
15. Olmedo PV, Fiori LS, Medeiros CO, Ferreira SMR. Perfil dos profissionais de vigilância sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira. *Vigil Sanit Debate*. 2019;7(1):23-32. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01144>
16. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, Carvalho EMF. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis*. 2015;25(4):1141-63. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400006>
17. Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Pinho APM, Esabão AD. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. *Rev Pesq Cuidado Fundamental*. 2017;9(3):606-13. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5564>
18. Pinho JRO. Gestão e financiamento das ações da vigilância em saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016[acesso 6 set 2019]. Disponível em: [http://repositorio.unasus.ufma.br/vigilancia\\_20161/curso\\_1/und2/media/pdf/livro.pdf](http://repositorio.unasus.ufma.br/vigilancia_20161/curso_1/und2/media/pdf/livro.pdf)
19. Vilela MFG, Santos DN, Kemp B. Caminhos possíveis para a avaliação das práticas da vigilância em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(10):3183-92. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17752017>
20. Flexa R, Silva Júnior J, Brito R, Sousa A, Araújo F, Martins MA. Planejamento estratégico em vigilância sanitária: aplicação do balanced scorecard (BSC). *Vigil Sanit Debate*. 2017;5(2):13-23. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.00937>
21. Santos ME, Verani JFS, Pinto Junior VL, Araújo WN. Avaliação das capacidades de vigilância do centro de informações estratégicas em vigilância em saúde do ministério da saúde, Brasil. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2016;10(2):219-34. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i2.1853>
22. Ministério da Saúde (BR). Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
23. Bezerra APS. Controle de qualidade nas ações de vigilância em saúde: análise de melhorias e incentivos financeiros em um quadriênio de gestão municipal [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019[acesso 13 fev 2020 ]. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27509/1/Controlequalidadeaçoões\\_Bezerra\\_2019.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27509/1/Controlequalidadeaçoões_Bezerra_2019.pdf)
24. Laguardia FC. Vigilância sanitária: o processo de descentralização em Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2017[acesso 8 out 2019]. Disponível em: <http://tede.fjp.mg.gov.br/bitstream/tede/387/2/FJP05-000421.pdf>
25. Sales Neto MR, Gondim APS, Batista JS, Lopes NMS. Vigilância sanitária: a necessidade de reorientar o trabalho e a qualificação em um município. *Vigil Sanit Debate*. 2018;6(4):56-64. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01176>



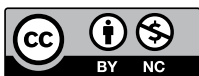
26. Freitas FP, Santos BMO. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2013;1(1):43-51. <https://doi.org/10.3395/vd.v1i1.4>
27. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul - SS-RS. Profissionais são capacitados para operação de sistema de informação em vigilância sanitária. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul; 2017[acesso 20 fev 2020]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/profissionais-sao-capacitados-para-operacao-de-sistema-de-informacao-em-vigilancia-sanitaria>
28. Morais IBS. A qualidade e a busca por eficiência administrativa para o processo de inspeção sanitária [monografia]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2017[acesso 3 out 2019]. Disponível em: <http://monografias.fjp.mg.gov.br/handle/123456789/2376>
29. Bastos MRM, Siqueira SF, Silva LSBG. Atuação da vigilância sanitária em um município de pequeno porte em Goiás. *An Cursos Pos Grad Unievang*. 2019;03(1):1-17.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Levantamento da situação dos serviços de vigilância sanitária no país: relatório final. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002[acesso 20 abr 2020]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta\\_vig\\_pais/index.htm](http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta_vig_pais/index.htm)
31. Brito IV. Proposição de código municipal de Vigilância em Saúde ao município de Colombo/PR [monografia]. Colombo: Universidade Federal do Paraná; 2016 [acesso 20 abr 2020]. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51673/R%20-%20E%20-%20ISABELE%20VICENTE%20DE%20BRITO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Rezende DBOA. Indicadores da vigilância sanitária nos municípios da jurisdição da superintendência regional de saúde de Montes Claros/MG [dissertação]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2016[acesso 22 set 2019]. Disponível em: [http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/1306/1/deborah\\_braga\\_oliva\\_audebert\\_rezende.pdf](http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/1306/1/deborah_braga_oliva_audebert_rezende.pdf)
33. Oliveira AMC, Ianni AMZ. Caminhos para a vigilância sanitária: o desafio da fiscalização nos serviços de saúde. *Vigil Sanit Debate*. 2018;6(3):4-11. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01114>
34. Cancian NR, Schöffner AP, Mizdal CR, Dias EMR, Olivo VMF, Canto GS. A qualificação das vigilâncias sanitárias municipais como desafio da gestão na prática das ações de promoção e proteção de saúde. *Vigil Sanit Debate*. 2016;4(3):71-6. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.00724>
35. Assis LN, Guimarães EAA, Mambrini JVM, Laguardia FC, Quintino ND, Silva D et al. A descentralização da vigilância em saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014. *Vigil Sanit Debate*. 2017;5(3):60-5. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.00987>

#### Contribuição dos Autores

Cabral LKS, Melo WES - Concepção, planejamento (desenho do estudo), aquisição, análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Rodrigues, RMS - Concepção, planejamento (desenho do estudo), aquisição, análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

#### Conflito de Interesse

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



Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Visa em Debate. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.