

Gestão do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária: pactuação e informação

Elizeu Diniz, Maria de Fátima Alves Fernandes, Mirtes Peinado, Paulo Pereira Romano, Raphael Ramos, Rosângela Sartori e Sonia Maria de Oliveira

Núcleo Técnico de Planejamento, Informação e Informática. Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

Introdução

O Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), órgão integrante da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) é responsável pela coordenação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa), conforme Decreto Estadual nº 44.954/2000. O Núcleo Técnico de Planejamento, Informação e Informática do CVS (NTPII), área assessora à Diretoria do CVS, é responsável pela articulação entre as áreas técnicas de vigilância sanitária dos níveis central e regional do estado, além das vigilâncias sanitárias municipais que integram o Sevisa, com o objetivo de nortear a Gestão da Vigilância Sanitária no território paulista. A organização desse sistema fundamenta-se na pactuação entre estado e municípios para a definição de responsabilidades para a gestão e o desenvolvimento de ações de controle do risco sanitário, em que aquelas ações – consideradas prioritárias pelos respectivos gestores – devem ser integradas aos Planos de Saúde e, conseqüentemente, nas suas Programações.

O monitoramento das ações que compõem as metas previstas e as executadas pelas diferentes esferas de gestão ocorre por meio do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – Sivisa, sistema desenvolvido pelo CVS/SES-SP e implantado em 2000, em todos os 645 serviços municipais (Visa-M) e 28 regionais (GVS) de vigilância sanitária existentes no estado de São Paulo.

Objetivo

Este artigo tem por objetivo demonstrar o papel da informação na análise do processo e resultados obtidos com a descentralização das ações de Vigilância Sanitária (Visa), ocorrida a partir da implantação do Pacto de Gestão pela Saúde – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (Portaria GM-MS 399/2006) e do Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVisa (Portaria GM-MS 1052/2007), abrangendo o período de 2008-2015.

Breve Histórico

Em dezembro de 2007, o CVS, com base na Constituição Federal (1988), na Lei 8080/90

e no conjunto de diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA e no Plano Estadual de Saúde – PES (2008-2011), propôs a instituição de uma Comissão Bipartite (CBPlan),¹ com a finalidade de:

- Fortalecer o processo de descentralização e regionalização de forma que os municípios, observadas suas condições técnicas e operacionais, assumissem gradualmente novas responsabilidades no âmbito da vigilância sanitária, sem possibilidade de retrocesso, observando as demandas e necessidades do território regional ao qual pertencessem.
- Garantir o processo de pactuação nesse período e a consequente responsabilização sanitária, a partir do poder discricionário municipal para que, dentre as prioridades norteadoras para o estado definidas pela CBPlan, municípios e estado pudessem eleger o elenco de ações a serem assumidas e executadas, conforme realidade e interesse local.

Como produto do trabalho dessa comissão, foi elaborado (jan/2008) um documento norteador da referida pactuação, denominado inicialmente como Plano (2008-2012) e adequado posteriormente como Programação das Ações de Vigilância Sanitária (2013-2016), ambos reconhecidos como Pavisa.

É neste documento norteador – Pavisa – que se evidenciam os objetivos da política de vigilância sanitária para o estado de São Paulo, definidos pela CBPlan, para um

quadriênio de referência. Esse documento é subdividido em duas partes, denominadas Anexos, visto que inicialmente a Pavisa, pós-pactuação, deveria integrar e ou complementar os Planos de Saúde do Estado e dos Municípios.

A primeira parte – Anexo I – refere-se às ações estratégicas de vigilância sanitária e a segunda – Anexo II, ao seu universo de atuação.

Instrumento Pavisa

Anexo I – Ações Estratégicas de Vigilância Sanitária – Prioridades estruturadas em quatro eixos:

- Eixo 1 – Controlar o risco sanitário em estabelecimentos, locais e atividades de interesse da saúde. Nesse eixo foram priorizados seis objetivos, subdivididos em áreas temáticas:

1. Prestação de Serviços de Saúde: Terapia Renal Substitutiva; Serviços Hemoterápicos; Hospitais, Maternidades, Centros de Parto Normal, Berçários, Bancos de Leite Materno, UTI Adulto e UTI Neonatal; Assistência Odontológica; Instituições Geriátricas; Serviços de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama.

2. Prestação de Serviços de Interesse da Saúde: Creches.

3. Atividades Relacionadas aos Produtos de Interesse da Saúde: Medicamentos;

¹ Deliberação CIB 39/2008 – Constituída por representantes institucionais de todas as Coordenadorias e do Instituto Adolfo Lutz da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems-SP) e dos Grupos Técnicos Regionais de Vigilância Sanitária Estadual (GVSE).

Alimentos; Produtos para Saúde (Correlatos); Produtos de Higiene, Perfumes, Cosméticos e Saneantes.

4. Locais de Trabalho: Vigilância em Saúde do Trabalhador Canavieiro, Exposto ao Benzeno, Amianto e ao Agrotóxico.

5. Toxicovigilância

6. Meio Ambiente: Água para Consumo Humano; Resíduos de Serviços de Saúde; Áreas Contaminadas e Degradadas; Emergências Ambientais.

O princípio do controle do risco sanitário, previsto neste eixo, compreende o conjunto das seguintes ações estratégicas a serem desenvolvidas pelas equipes de vigilância sanitária:

- ▶▶ Cadastrar – para reconhecimento do universo de atuação
- ▶▶ Instrumentalizar – para orientar técnica e legalmente o desenvolvimento de ações, implantando ou implementando roteiros e normas.
- ▶▶ Capacitar – profissionais de saúde municipais e estaduais, integrantes do Sevisa, para controlar o risco sanitário.
- ▶▶ Inspecionar – para reconhecer e atuar sobre o universo regulado.
- ▶▶ Assessorar – os gestores de saúde no processo de contratação de prestação de serviços de saúde para o SUS
- ▶▶ Divulgar – a situação sanitária das atividades reguladas pela VISA.
- ▶▶ Educar e Orientar – consumidores e profissionais que atuam nas atividades reguladas.

- Eixo 2 – Capacitar o Sevisa para o controle do risco sanitário, por meio de parcerias com instituições de ensino e pesquisa, do estímulo à produção de trabalhos técnico-científicos pelos profissionais, e da promoção à participação dos profissionais em eventos técnico-científicos.

- Eixo 3 – Fortalecer a gestão do Sevisa, por meio do fomento à produção e disseminação do conhecimento e implementação do sistema de informação (Sivisa).

- Eixo 4 – Fortalecer o controle social no Sevisa, buscando garantir a participação da sociedade e promover ações que ampliem a percepção do risco e a consciência sanitária da sociedade.

Anexo II – Universo de Atuação – É constituído por uma relação de atividades reguladas pela Vigilância Sanitária, referenciadas pelos códigos e descrições da Classificação Nacional de Atividades Econômicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (CNAE-IBGE), referidas no Anexo I da Portaria CVS 4/11, que define o universo de atividades reguladas pela vigilância sanitária. Nessa tabela se registra o número estimado de estabelecimentos existentes no território municipal, segundo a atividade econômica e os respectivos estabelecimentos cadastrados no Sivisa, além das metas programadas de inspeção. O Anexo II define assim, as responsabilidades municipal ou estadual de atuação no território municipal.

Pactuação Pavis

O processo de pactuação, utilizando o instrumento Pavis, foi definido pela CBPlan.

A primeira etapa, realizada entre os gestores de vigilância sanitária municipal e regional do estado, tinha a finalidade de definir os objetivos, metas e ações estratégicas compatíveis com a situação epidemiológica e sanitária do território municipal, considerando a realidade regional, com possibilidades de inclusão de ações específicas do município e exclusão das ações previamente definidas que não correspondiam à necessidade local. Um processo democrático e sem engessamento para nenhuma das esferas de gestão.

Nesse momento dialógico, município e regional consequentemente definiam as responsabilidades de atuação de cada um no território municipal, que previa apenas duas possibilidades: 100% de ação municipal, ou parte das ações sob gestão municipal e parte sob gestão estadual.

Ações sob responsabilidade municipal poderiam ser compartilhadas com o estado, quando o município entendesse essa necessidade (geralmente por falta de recursos humanos ou por desconhecimento técnico para realização da ação). Esse processo resultou na elaboração de 645 Pavisas Municipais e 28 Pavisas Regionais com características próprias, apesar de utilizarem um documento norteador padronizado para todo o estado. A Pavisas Regional consequentemente constituía-se em um conjunto de ações de vigilância sanitária, complementares e suplementares aos municípios de sua região, a serem desenvolvidas pelo Grupo de Vigilância Sanitária (GVS).

Na etapa seguinte à elaboração das Pavisas, os municípios deveriam submetê-las

aos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. Após aprovados, todas as Pavisas da região eram levadas pelo GVS à Comissão Intergestores Regionais (CIR) para apresentação e aprovação do pactuado.

Na etapa final, o CVS/SES-SP submetia à deliberação da Comissão Intergestores Bipartite o pactuado regionalmente. No período 2008/2015 foram publicadas quatorze Deliberações CIB, algumas compreendendo a pactuação quadrienal, e outras compreendendo os ajustes de metas anuais: Deliberação CIB 54/2008; 44/2010; 28, 31, 32, 38, 45, 55 e 67 de 2011; 53/2012; 22/2013; 24/2014; e, 30 e 39 de 2015 (<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/legislacao.asp>).

Diagnóstico Pavisas

Com o objetivo de monitorar o desenvolvimento das ações pactuadas, o CVS elaborou e disponibilizou em sua intranet uma ferramenta eletrônica denominada Diagnóstico Pavisas, banco de dados para registro das atividades previstas e desenvolvidas pelas Vigilâncias Sanitárias municipais e regionais do estado. Essa ferramenta preconiza que a alimentação dos dados referentes à pactuação é de responsabilidade dos gestores regionais do estado, com a finalidade de subsidiar a gestão estadual do Sevisa, por meio do preenchimento dos seguintes formulários:

1. Metas por Objetivos: relaciona as ações estratégicas do Eixo I do Anexo I da Pavisas e define a respectiva responsabilidade de execução: ou gestor municipal ou gestor estadual. Tem por objetivo diagnosticar as

atividades realizadas pelas Visa municipais e regionais, segundo o ano informado, conforme pacto estabelecido entre gestores.

2. Metas por Universo: reproduz fielmente o Anexo II da Pavisa. Tem por objetivo subsidiar a avaliação do que foi realizado mediante o pacto estabelecido entre estado e município no quadriênio. Possibilita perceber as dificuldades de cumprimento das metas de forma a orientar a definição das ações estratégicas para cada ano do referido período.

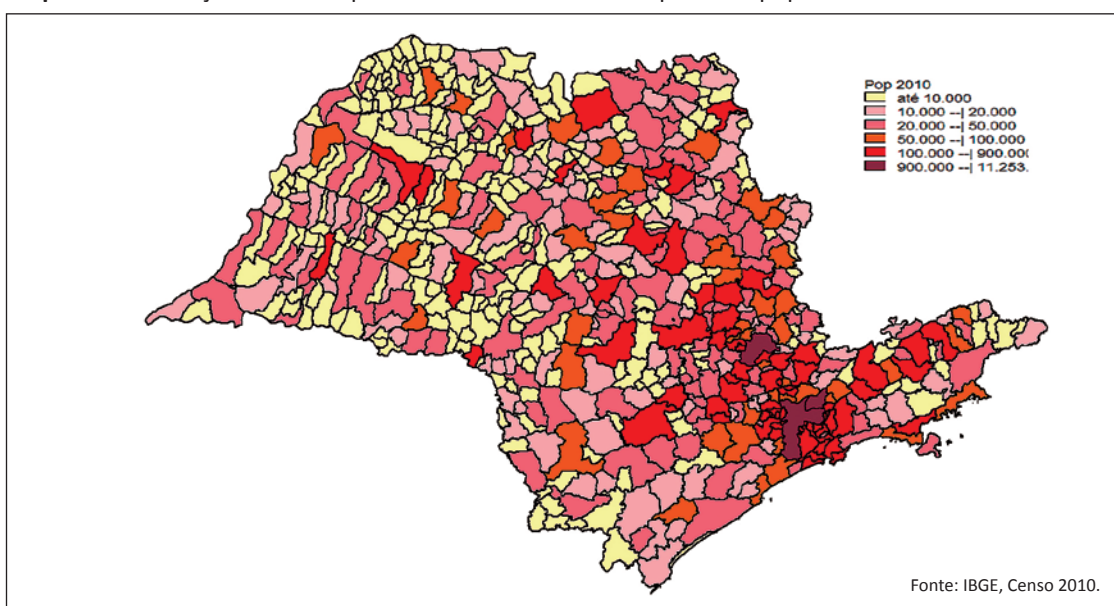
3. Capacitação: Relaciona as ações estratégicas do Anexo I da Pavisa para registro da respectiva demanda municipal para capacitação ofertada pelo gestor

estadual. Tem por objetivo monitorar as capacitações realizadas anualmente pelo estado para as equipes municipais de Visa.

4. Recursos Humanos: Quantifica os técnicos e coordenadores de vigilância sanitária dos serviços municipais, segundo o grau de formação profissional. Tem por objetivo verificar as alterações do quadro de recursos humanos das equipes municipais de Visa.

5. Estrutura de Visa: Registra as características de infraestrutura e condições de trabalho das equipes municipais de Visa. Tem por objetivo diagnosticar as ações estruturantes para subsidiar o pacto estabelecido entre gestores.

Mapa 1 - Distribuição de municípios do estado de São Paulo por faixa populacional.



Resultados do Diagnóstico Pavisa

A maioria dos municípios do estado de São Paulo (80,8% dos 645 existentes) possui menos de 50 mil habitantes. Apenas 12%

possui mais que 100 mil habitantes, sendo que destes, apenas 3 são considerados metrópoles (> 900 mil habitantes): São Paulo, Guarulhos e Campinas, conforme ilustram o Mapa 1 e a Tabela 1.

São Paulo é considerada uma metrópole global, visto que sedia grandes empresas nacionais, filiais de empresas transnacionais, sedes de grandes bancos e as principais

universidades e centros de pesquisas do país, exercendo influência no cenário nacional e internacional.

Tabela 1 - Classificação dos municípios do estado de São Paulo segundo população existente

Classificação do Município Porte Populacional	População Nº habitantes	Municípios	
		Nº	%
Pequeno Porte I	< 20 mil	401	62,2
Pequeno Porte II	20 mil a 50 mil	120	18,6
Médio	> 50 mil a 100 mil	49	7,6
Grande	> 100 mil a 900 mil	72	11,2
Metrópoles	> 900 mil	3	0,5

Fonte: IBGE, Censo 2010.

A Tabela 1 demonstra a distribuição destes municípios, segundo seis faixas populacionais, sendo que as duas primeiras formam o conjunto de municípios de Pequeno Porte I (Tabela 1), seguidas das faixas classificadas como Pequeno Porte II, Médio Porte, Grande Porte e Metrôpole.

No processo de pactuação entre gestores de Vigilância Sanitária (Visa), as diferenças de porte, perfil econômico, equipes de trabalho e estrutura, são determinantes na definição de como o estado se organiza para complementar ou suplementar o desenvolvimento de ações em cada município, assim como na definição de agenda conjunta para realizar ações compartilhadas com aqueles demandantes. Outro fator importante é o conhecimento e dimensionamento do universo de atuação da Visa.

A Tabela 2 compara o número de municípios com estabelecimentos cadastrados no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (Sivisa) por grupo de atividade econômica² em dois momentos da pactuação, nos anos de início e final do período 2008-2015. Observa-se um crescente número de municípios que assumiram responsabilidades na gestão do controle do risco sanitário em todos os grupos de atividades, no referido período. Destaca-se a atividade fabril com maior número de municípios na assunção na gestão de controle do risco sanitário entre 2008 e 2015 (103 = 16%; de 464 municípios em 2008 para 567 em 2015), enquanto que o comércio varejista com o menor incremento (17 = 3%; sendo 622 municípios em 2008 e 639 em 2015).

²Portaria CVS 4/11, Anexo I - Atividades relacionadas a produtos de interesse da saúde (indústrias, distribuidora/importadora, comércio varejista e, prestação de serviços com produtos relacionados à saúde); Atividades de prestação de serviços de saúde e equipamentos de saúde; e, Demais atividades relacionadas à saúde (prestação de serviços coletivos e sociais, prestação de serviços relacionados à saúde e, atividades relacionadas à saúde).

Tabela 2 - Distribuição dos municípios do estado de São Paulo, segundo faixa populacional por ano de pactuação e grupo de atividades econômicas dos estabelecimentos cadastrados no Sivisa.

Grupo	Ano	N° municípios com estabelecimentos cadastrados no Sivisa						Soma n° de Municípios
		até 10.000 habitantes	10.001 a 20.000 habitantes	20.001 a 50.000 habitantes	50.001 a 100.000 habitantes	100.001 a 900.000 habitantes	900.000 e mais habitantes	
Fabril	2008	138	97	111	46	69	3	464
	2015	218	108	119	47	72	3	567
Distribuidora/ Importadora	2008	67	76	107	45	70	3	368
	2015	83	81	107	47	72	3	393
Comércio Varejista	2008	264	117	119	47	72	3	622
	2015	276	120	120	48	72	3	639
Serviços Com Produtos Relacionados à Saúde (1)	2008	34	38	80	40	67	3	262
	2015	55	61	104	46	70	3	339
Serviços de Saúde	2008	242	115	119	47	72	3	598
	2015	261	120	120	48	72	3	624
Serviços Coletivos e Sociais	2008	163	92	106	46	66	2	475
	2015	221	103	117	44	70	2	557
Serviços Veterinários	2008	40	63	106	44	67	3	323
	2015	63	86	110	47	69	2	377
Atividades Relacionadas à Saúde (2)	2008	166	101	115	47	71	3	503
	2015	212	107	119	47	71	3	559
N° total de municípios existentes		279	122	120	49	72	3	645
Frequência relativa em %		43,3%	18,9%	18,6%	7,6%	11,2%	0,5%	100%

Fonte: Sivisa, CVS-SP, 2016

Notas:

(1)Compreende as atividades de envasamento, empacotamento, armazenamento, transporte e esterilização de produtos relacionados à saúde, além de estabelecimentos com atividades de controle de pragas urbanas.

(2)Compreende atividades de condicionamento físico, cabeleireiros, clínicas de estética e similares, comércio varejista de artigos de ótica, comércio varejista de artigos médicos e ortopédico, atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza e serviços de prótese dentária, entre outros.

Cabe observar ainda que 99% (639) dos municípios do estado de São Paulo executavam ações de vigilância sanitária no comércio varejista em 2015, enquanto 88% (567) em atividades fabris. O grupo de atividades com menor número de municípios responsáveis por sua regulação em 2015 é o de prestação de serviços com produtos de interesse da saúde (339 = 53%), apresentando um incremento de 12% desde 2008 (262 = 41%).

Em 2015, nenhum dos 431 municípios com menos de 25 mil habitantes atuava em 100% dos grupos de atividades de Visa, ao contrário dos 49 municípios de médio

porte (> 50 mil a 100 mil habitantes) e dos 75 de grande porte (> 100 mil habitantes) que desenvolviam ações de todos os grupos.

Desta forma, conclui-se que o gestor estadual ainda executa ações de vigilância sanitária de todos os grupos de atividades em praticamente todos os municípios do estado de São Paulo. Segundo a Tabela 2, em 2015, 306 (47,4%) municípios demandavam ações em estabelecimentos de envasamento, empacotamento, armazenamento, transporte e esterilização de produtos relacionados à saúde, e em estabelecimentos com atividades de controle

de pragas urbanas (Grupo: Serviços com produtos relacionados à saúde); 268 (41,5%) demandavam ações de vigilância em saúde do trabalhador exposto a equipamentos de radiação e de vigilância na prescrição, armazenamento e uso de medicamentos com controle especial em estabelecimentos veterinários; e, 252 (39%) municípios dependiam do estado para controlar o risco sanitário em estabelecimentos distribuidores e importadores de produtos relacionados à saúde. A menor dependência apontada pelos municípios (6 = 0,9%) concentrava-se nas atividades de comércio varejista de produtos, área mais tradicional e com baixa complexidade para atuação sanitária.

O crescimento de municípios com assunção de responsabilidades por grupos de atividades reguladas pela Visa implicou no incremento de estabelecimentos

cadastrados no Sivisa, se comparados os anos de 2008 e 2015. Vários podem ser os fatores que contribuíram para isso, entre eles, a possibilidade da equipe local em reconhecer melhor seu universo, a partir de denúncias ou busca ativa de estabelecimentos clandestinos; o crescimento de abertura de novos empreendimentos; e, provavelmente um passivo de atividades encerradas, para as quais as empresas não solicitaram baixa para o serviço de vigilância sanitária. A Tabela 3 demonstra esse incremento de estabelecimentos cadastrados no Sivisa, destacando-se como maiores, os estabelecimentos: com atividade fabril (115,9%); de prestação de serviço com produtos relacionados à saúde (113,6%); e, de serviços coletivos e sociais (107,8%). O menor incremento se deu com o cadastramento de estabelecimentos comerciais varejistas (49,5%).

Tabela 3 – Número de estabelecimentos cadastrados no **Sivisa**, segundo grupo de atividade econômica, ano de pactuação e percentual de incremento.

Grupo de Atividades	Ano 2008	Ano 2015	Incremento
	Nº Estabelecimentos	Nº Estabelecimentos	% Estabelecimentos
Fabril	6.048	13.055	115,9
Distribuidora / Importadora	5.786	10.777	86,3
Comércio Varejista	138.743	207.383	49,5
Serviços com produtos relacionados à saúde	3.156	6.741	113,6
Serviços de Saúde	64.333	119.961	86,5
Serviços Coletivos e Sociais	5.570	11.576	107,8
Serviços Veterinários	2.421	4.781	97,5
Atividades relacionadas à saúde	21.525	41.303	91,9
TOTAL	249.590	417.592	67,3

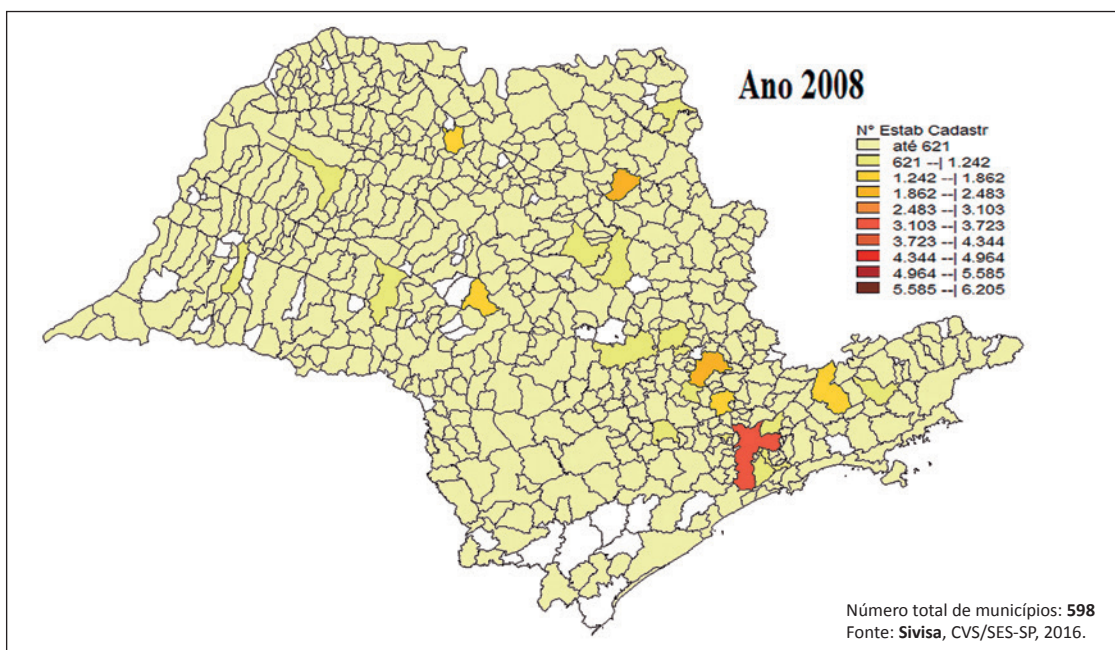
Fonte: Sivisa, CVS/SES-SP, 2016.

Na Tabela 4 observa-se que, além do incremento de 12,2% do número total de municípios que assumiram ações de vigilância sanitária em estabelecimentos dos diversos grupos de atividades, o número de estabelecimentos cadastrados no Sistema de

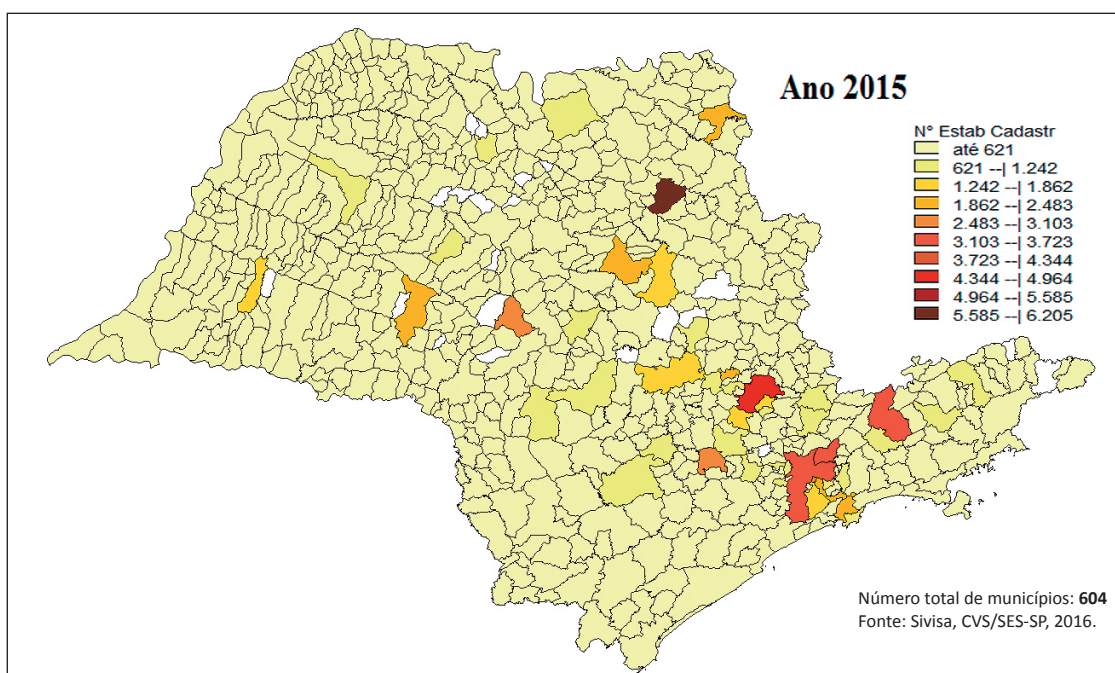
Informação em Vigilância Sanitária – Sivisa, foi 67,3% superior ao do ano de 2008. Pode-se inferir que à medida que os municípios passam a assumir novas responsabilidades, amplia-se o conhecimento do universo de estabelecimentos existentes no município.

Os Mapas 2 e 3 ilustram o crescimento do universo de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde cadastrados no Sivisa, comparando a concentração dessas

atividades em todos os municípios, em anos distintos. Cabe ressaltar que 598 municípios sediavam esses estabelecimentos em 2008 e 604 em 2015.



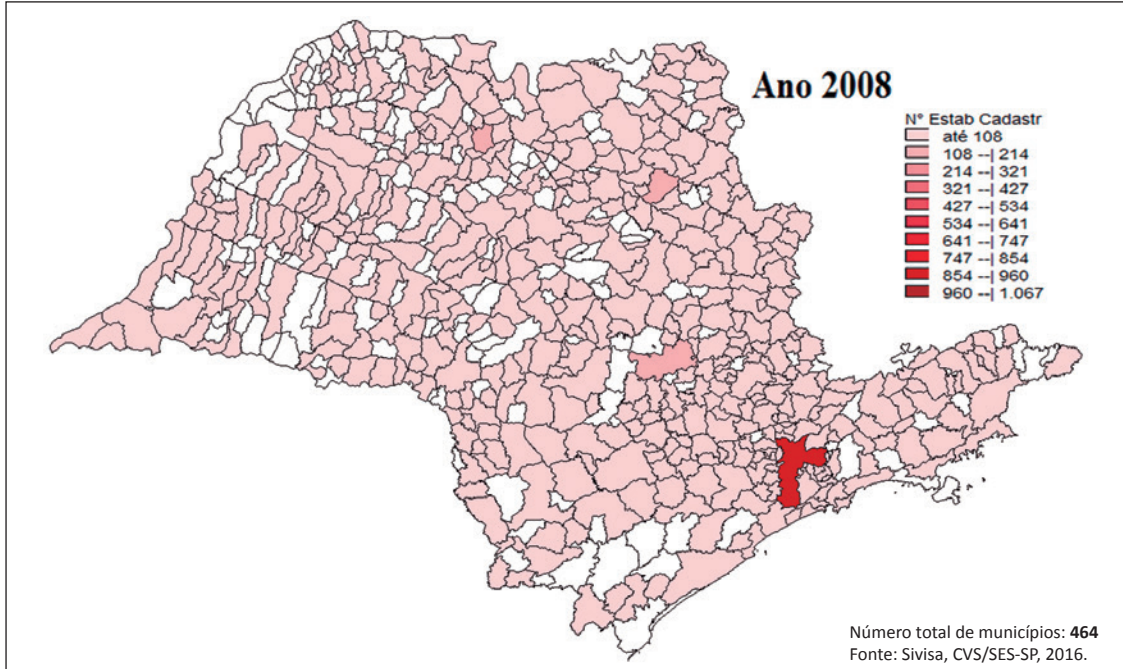
Mapa 2 - Distribuição de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde cadastrados no Sivisa, por municípios do estado de São Paulo, em 2008.



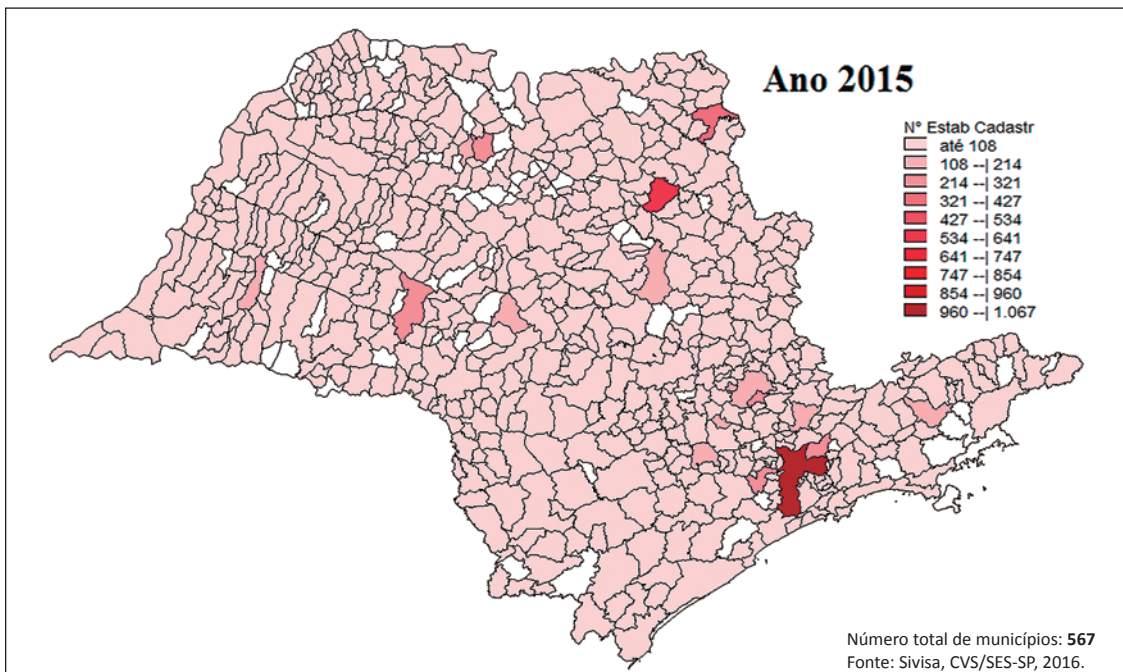
Mapa 3 - Distribuição de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde cadastrados no Sivisa, por municípios do estado de São Paulo, em 2015.

Em relação aos estabelecimentos fabris, observa-se nos Mapas 4 e 5 um incremento expressivo, tanto em relação ao número

de municípios que os sediam, quanto ao número de estabelecimentos cadastrados no Sivisa.



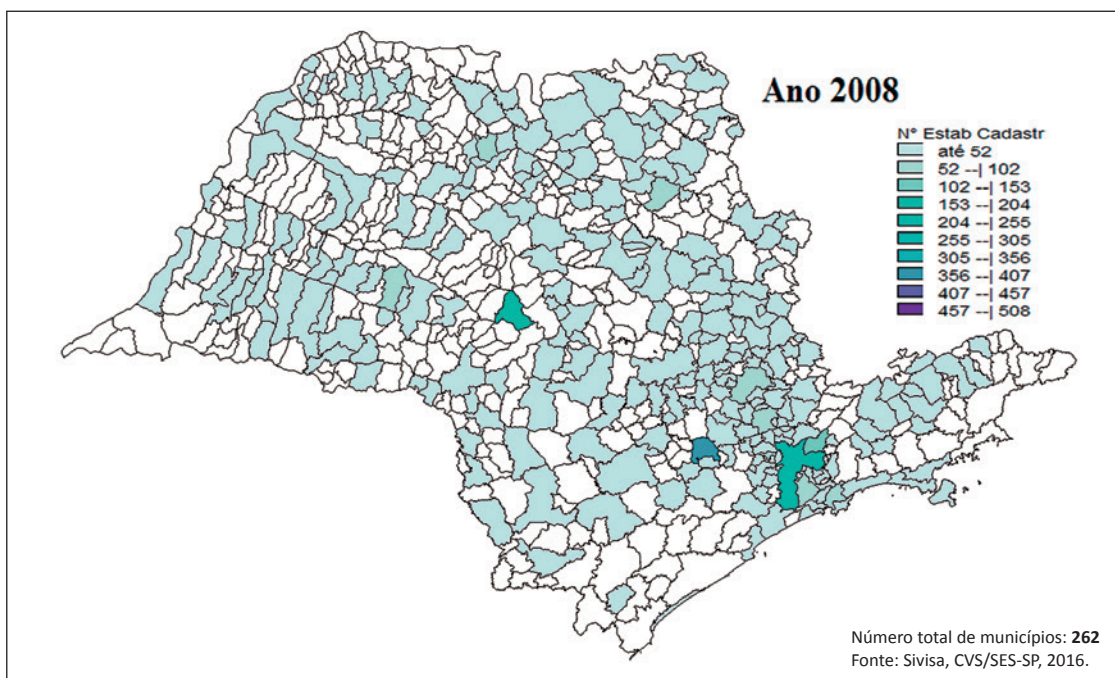
Mapa 4 - Distribuição de estabelecimentos fabris cadastrados no Sivisa, por municípios do estado de São Paulo - 2008.



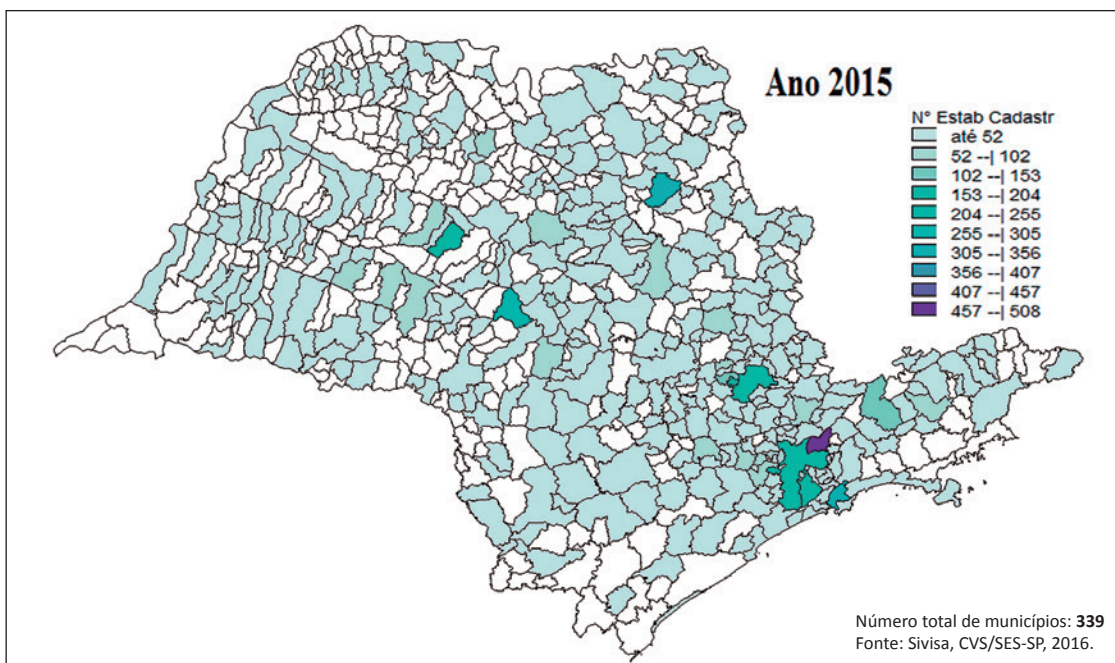
Mapa 5 - Distribuição de estabelecimentos fabris cadastrados no Sivisa, por municípios do estado de São Paulo - 2015.

A distribuição, nos municípios do estado de São Paulo, de estabelecimentos prestadores de serviços com produtos relacionados à saúde cadastrados no Sivisa, pode ser comparada nos Mapas 6 (ilustra o

ano de 2008) e 7 (ano de 2015) a seguir, que demonstram incrementos numéricos tanto em relação aos municípios (de 262 para 339) quanto aos estabelecimentos.



Mapa 6 - Distribuição de estabelecimentos prestadores de serviços com produtos relacionados à saúde cadastrados no Sivisa, por municípios do estado de São Paulo - 2008.



Mapa 7 - Distribuição de estabelecimentos prestadores de serviços com produtos relacionados à saúde cadastrados no Sivisa, por municípios do estado de São Paulo - 2015.

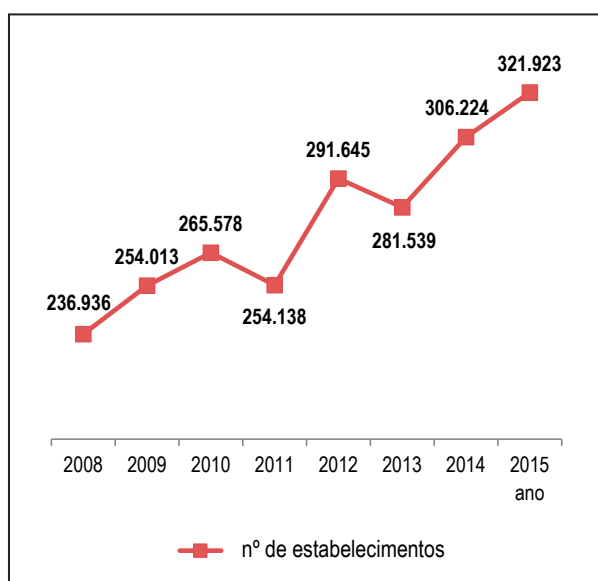
O Anexo II da Pavisa refere-se à pactuação das metas de inspeção, tanto da esfera de gestão municipal quanto estadual. A Tabela 5 e o Gráfico 1 demonstram o número de estabelecimentos com inspeções

programadas pelo Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – Sevisa, que engloba metas de 28 serviços regionais e de 644 serviços municipais, anualmente, no período de 2008-2015.

Tabela 5 – Número de estabelecimentos programados para inspeção pelo Sevisa, segundo o grupo de atividade e ano de pactuação.

Grupo	Ano							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
01 Fabril	5.339	6.138	6.280	6.884	8.681	8.833	9.352	10.615
02 Distribuidora/ Importadora	5.972	7.565	6.852	6.232	7.200	6.800	7.386	8.174
03 Comércio Varejista	132.949	141.351	146.300	134.267	154.740	143.921	158.209	164.048
04 Serv. Com Prod. Relac. Saúde	2.704	3.488	4.279	3.106	3.393	4.260	4.060	4.874
05 Serviços de Saúde	58.975	63.088	66.771	67.148	76.584	76.995	80.574	87.000
06 Serviços Coletivos e Sociais	6.960	7.420	8.299	7.948	9.678	9.428	9.503	10.531
07 Serviços Veterinários	2.157	2.341	2.399	2.754	2.996	2.992	3.400	3.659
08 Atividades Relacionadas à Saúde	21.880	22.622	24.398	25.799	28.373	28.310	33.740	33.022
n° de estabelecimentos	236.936	254.013	265.578	254.138	291.645	281.539	306.224	321.923

Fonte: Diagnóstico Pavisa, CVS/SES-SP, 2016.



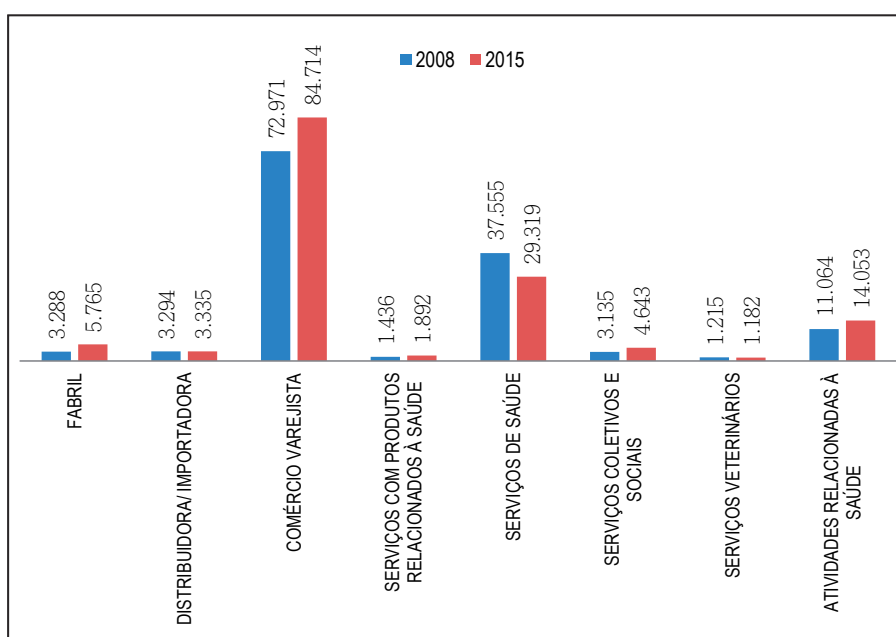
Fonte: Diagnóstico Pavisa, CVS/SES-SP, 2016.

Gráfico 1 - Número de estabelecimentos programados para inspeção pelo Sevisa, segundo ano de pactuação.

Se comparadas as metas programadas com as realizadas, relacionadas ao número de estabelecimentos inspecionados nos anos de 2008 e 2015, pelo conjunto de serviços de vigilância sanitária que compõem o Sevisa

(Tabela 6 e Gráfico 2), observa-se que apenas 57,8% dos estabelecimentos programados para inspeção foram de fato inspecionados em 2008, e apenas 45%, em 2015, em 644 (99,8%) municípios do estado de São Paulo².

² No período de 2008 a 2015, o município de São Paulo não pactuava o Anexo II e nem cadastrava seu universo ou registrava os procedimentos realizados no Sívisa.



Fonte: Diagnóstico Pavisa, CVS/SES-SP, 2016.

Gráfico 2 - Comparativo do total de estabelecimentos inspecionados segundo tipo de atividade, nos anos 2008 e 2015.

Tabela 6 – Comparativo entre o número de estabelecimentos com inspeção programada e realizada e percentual do alcance da meta, por ano, segundo o grupo de atividades econômicas.

Grupo de Atividade	Nº Estabelecimentos com Inspeção programada		Nº Estabelecimentos inspecionados		% Alcance da Meta	
	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Fabril	5.339	10.615	3.288	5.765	61,6	54,3
Distribuidora/ Importadora	5.972	8.174	3.294	3.335	55,2	40,8
Comércio Varejista	132.949	164.048	75.971	84.174	57,1	51,6
Serv. Com Prod. Relac. Saúde	2.704	4.874	1.436	1.892	53,1	38,8
Serviços de Saúde	58.975	87.000	37.555	29.319	63,7	33,7
Serviços Coletivos e Sociais	6.960	10.531	3.135	4.643	45,0	44,1
Serviços Veterinários	2.157	3.659	1.215	1.182	56,3	32,3
Atividades Relacionadas à Saúde	21.880	33.022	11.064	14.053	50,6	42,6
TOTAL	236.936	321.923	136.958	144.363	57,8	45,0

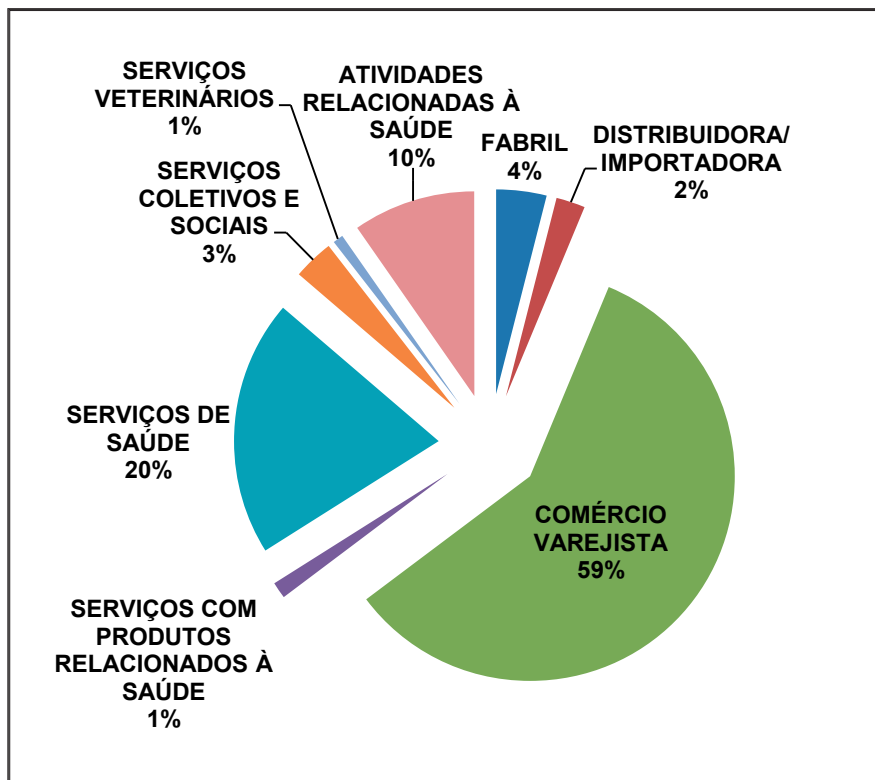
Fonte: Diagnóstico Pavisa e Sivisa, CVS/SES-SP, 2016.

Ao observar o Gráfico 2, os estabelecimentos classificados no grupo de atividades comerciais varejistas foram os que apresentaram a maior cobertura de universo inspecionado (72.971 em 2008 e 84.714 em

2015) frente ao programado, entretanto com média de apenas 54,4% referente ao alcance da meta entre os anos de 2008 e 2015, apresentando queda de 5,5% entre eles.

A Tabela 6 demonstra que em todos os grupos de atividades o percentual de alcance de metas referente aos estabelecimentos inspecionados registrou queda entre o ano de 2008 e 2015, sendo as mais significativas aquelas referentes aos estabelecimentos dos grupos de prestação de serviços de saúde (30%), de prestação de serviços

veterinários (24%), e de distribuidoras e ou importadoras (14,4%). Permaneceu praticamente inalterada, apesar de muito baixa a cobertura registrada nos dois anos de referência (45% e 44,1%), o alcance da meta relacionada aos estabelecimentos do grupo de prestação de serviços coletivos e sociais.



Fonte: Sivisa, CVS/SES-SP, 2016.

Gráfico 3 – Distribuição percentual de estabelecimentos inspecionados, segundo o grupo de atividades econômicas em 2015.

O Gráfico 3 demonstra que os estabelecimentos dos grupos de atividades “comércio varejista” e de “prestação de serviços de saúde” foram os que mais demandaram inspeções ao Sevisa, se considerado o total de estabelecimentos inspecionados em 2015. É importante ressaltar que no referido ano previa-se

inspecionar 164.048 estabelecimentos comerciais varejistas e só foram inspecionados 84.714 (51,6% do total previsto) e, dos 87.000 estabelecimentos prestadores de serviços de saúde programados para inspeção, somente 29.319 (33,7% do total previsto) tiveram inspeções realizadas.

Conclusão

O Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – Sevisa, desde sua implantação em 2000, vem se estruturando e organizando, a partir de um trabalho conjunto e parceiro entre seus componentes – estado e municípios.

Para isto, o Centro de Vigilância Sanitária, enquanto coordenador do Sevisa, vem se dedicando à reflexão sobre o papel do Estado na regulação de riscos à saúde da população paulista e da necessária qualificação dos procedimentos desenvolvidos no âmbito do Sistema, de modo a conferir maior efetividade na atuação dos serviços municipais e regionais de vigilância sanitária, envidando esforços e recursos para desenvolver instrumentos que auxiliem os dirigentes e técnicos de vigilância sanitária para subsidiar e mais bem qualificar a gestão do controle do risco sanitário no estado.

A instituição de um processo para a organização integrada da demanda e para a pactuação das ações de vigilância sanitária entre os entes do Sevisa, norteadas por um documento padronizado e elaborado de forma bipartite – Pavisas, assim como, a existência de um Sistema de Informação em

Vigilância Sanitária – Sivisa e a implantação de um instrumento para o monitoramento da pactuação – Dianóstico Pavisas, foram estratégias assertivas que possibilitaram aos gestores de Visa, construir, planejar, monitorar, avaliar e estabelecer prioridades e responsabilidades na execução de ações, com sustentação para um processo de pactuação intergestores, seguro e consensuado, resultando também no incremento da descentralização das ações de Visa que já ocorria desde 1.996 no estado, além de possibilitarem maior visibilidade à Vigilância Sanitária.

Na comparação dos cenários do ano de 2008 (primeiro ano da vigência do pacto, utilizando a Pavisas) e de 2015 (ano final do segundo quadriênio de sua vigência), observou-se que o Sevisa, apesar de se instrumentalizar e se programar para o efetivo controle do risco sanitário, vem apresentando um declínio sistemático em sua produção (Gráfico 2 e Tabela 6), possivelmente relacionado, entre outros fatores, à capacidade operacional dos serviços, se considerado o número de inspetores sanitários e o crescente número de estabelecimentos regulados pela Visa.

Tabela 7 – Número de autoridades sanitárias municipais por faixa populacional dos municípios e ano de pactuação, segundo o nível de ensino.

Quadro de Recursos Humanos das Visas Municipais do Estado de São Paulo - 2008 e 2015																
Ensino	até 10.000		10.001 a 25.000		25.001 a 50.000		Nº habitantes		50.001 a 100.000		100.001 a 200.000		200.001 a 500.000		> 500.000	
	2008	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Médio	637	633	461	444	327	338	255	275	195	218	233	164	113	150		
Universitário	904	1060	530	600	373	387	276	321	269	322	264	345	634	333		
TOTAL	1.541	1.693	991	1.044	700	725	531	596	464	540	497	509	747	483		

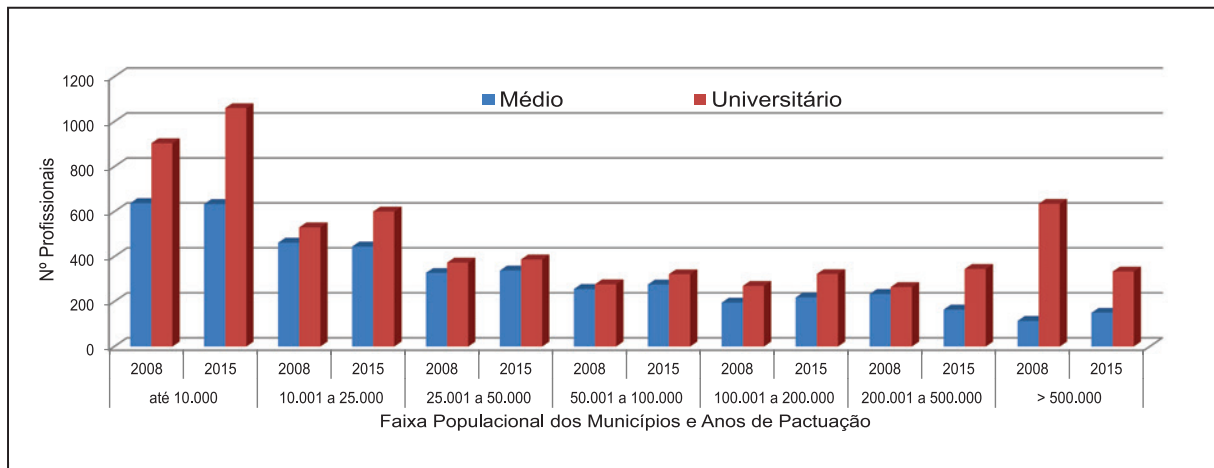
Fonte: Diagnóstico Pavisas, CVS/SES-SP, 2016.

Dados do Diagnóstico Pavisas de 2016 demonstram (Tabela 7 e Gráfico 4) que o número de profissionais de vigilância sanitária das equipes municipais teve

um incremento insignificante entre 2008 e 2015 (2,12%, de 5.471 para 5.590). Em 2015, do total de inspetores sanitários municipais (5.590=100%), 8,64% (483) concentravam-se

nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Destes, a maioria possuía formação universitária (333 = 68,9%). Os municípios abaixo desta faixa populacional apresentaram realidade assemelhada com percentual mais expressivo de profissionais com a mesma formação (59,4% (3.035

do total de 5.107 existentes). Chama atenção que os municípios de grande porte apresentaram uma queda de 35,4% de profissionais entre 2008 e 2015, enquanto que os municípios com populações menores adquiriram mais profissionais, investindo naqueles com formação superior.



Fonte: Diagnóstico Pavisa, CVS/SES-SP, 2016.

Gráfico 4 – Distribuição numérica de autoridades sanitárias municipais de vigilância sanitária por faixa populacional dos municípios e ano de pactuação, segundo o nível de ensino.

Em relação ao número de autoridades sanitárias da esfera estadual (Tabela 8 e Gráfico 5) registra-se entre os anos de 2008 (680) e 2015 (592), uma redução de 12,9%. Dezoito locais de trabalho (62,1%) tiveram perda de profissionais em seus quadros, sendo que destes, três registraram uma queda igual ou maior que 50% (GVS Capital, Araraquara e São José do Rio Preto) e três registraram uma queda em média de 30% (GVS de Jales, Marília e Araçatuba). Das nove regionais que teve ampliado seu

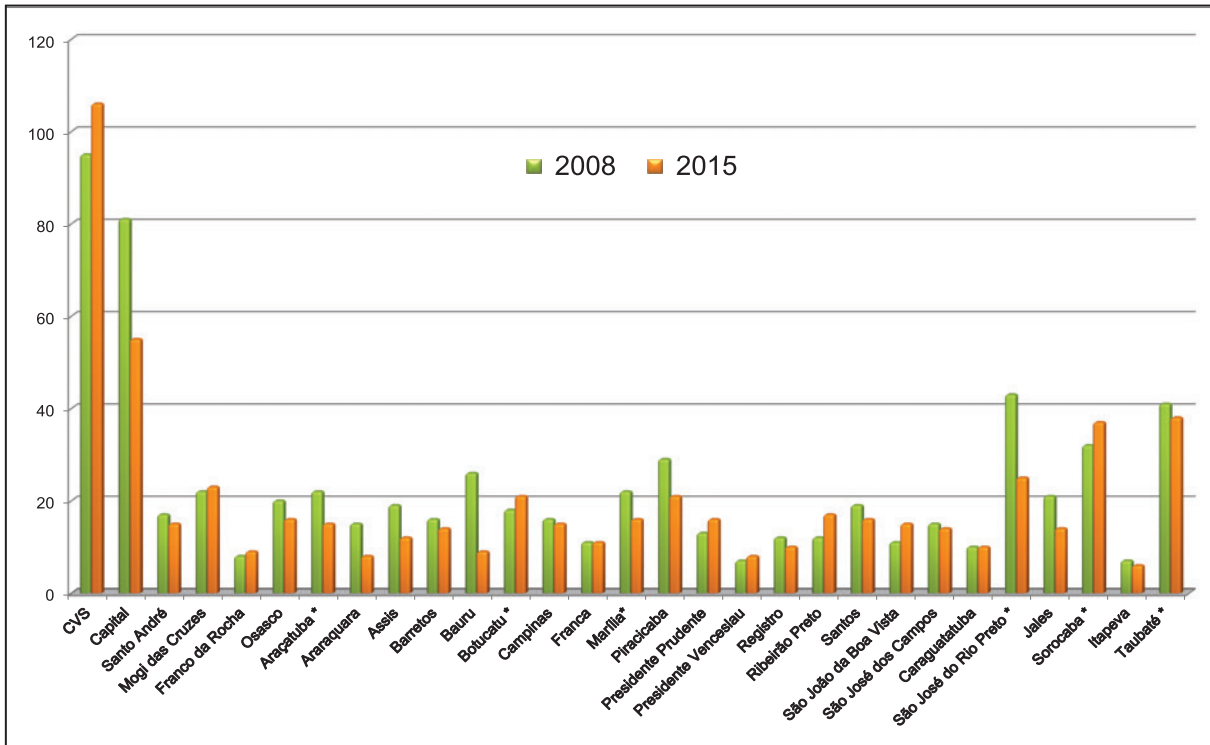
número de profissionais, destacam-se os GVS de Ribeirão Preto (de 12 em 2008 para 17 em 2015), São João da Boa Vista (de 11 para 15) e Sorocaba (de 32 para 37), nos demais esta ampliação não foi impactante, contabilizando a aquisição de apenas um profissional por GVS (Mogi das Cruzes, Franco da Rocha e Presidente Venceslau). O aumento de profissionais observado no CVS, em 2015, justifica-se pelo contrato temporário (2 anos) e de emergência de 12 farmacêuticos.

Tabela 8 – Número de autoridades sanitárias estaduais, segundo o ano de pactuação e local de atuação.

**Número de autoridades sanitárias estaduais, por
local de atuação e ano**

Serviço VISA Estadual	2008	2015
CVS	95	106
Capital	81	55
Santo André	17	15
Mogi das Cruzes	22	23
Franco da Rocha	8	9
Osasco	20	16
Araçatuba	22	15
Araraquara	15	8
Assis	19	12
Barretos	16	14
Bauru	26	9
Botucatu	18	21
Campinas	16	15
Franca	11	11
Marília	22	16
Piracicaba	29	21
Presidente Prudente	13	16
Presidente Venceslau	7	8
Registro	12	10
Ribeirão Preto	12	17
Santos	19	16
São João da Boa Vista	11	15
São José dos Campos	15	14
Caraguatatuba	10	10
São José do Rio Preto	43	25
Jales	21	14
Sorocaba	32	37
Itapeva	7	6
Taubaté	41	38
TOTAL GERAL	680	592

Fonte: Portarias Estaduais, CVS/SES-SP, 2016.



Fonte: Portarias Estaduais, CVS/SES-SP, 2016.

Gráfico 5 – Distribuição numérica de autoridades sanitárias estaduais, segundo o ano de pactuação e local de atuação.

São muitos os fatores que concorreram e ainda concorrem para um procedimento qualificado de Vigilância Sanitária. Acrescente-se aos já citados – organização integrada da demanda, pactuação, informação – o financiamento das ações, a estrutura normativa, a organização administrativa, os recursos materiais. O conjunto destes fatores, porém, não basta para a prática efetiva da Vigilância Sanitária, visto que todo o Sevisa – municípios e estado – se encontra com quadros profissionais insuficientes e incompatíveis com problemas sanitários tão complexos e evidentes como os existentes em São Paulo, estado com uma área territorial com mais de 248 mil km² e aproximadamente 44 milhões de habitantes (IBGE, estimativa 2015), que abriga atividades responsáveis

por um terço do Produto Interno Bruto nacional e que concentra 42% da indústria de transformação, com cadeias produtivas com elevado nível tecnológico e com alto grau de urbanização e de industrialização.

Mediante o exposto, cabe ao CVS buscar, em parceria com regionais e municípios, estratégias que possam fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária de forma a responder duas questões fundamentais e desafiadoras:

- Qual a Vigilância Sanitária que a população do estado de São Paulo precisa?
- Qual a importância da pactuação para responder ao desafio posto para todo o Sevisa, na perspectiva do Sistema Único de Saúde?