


Códigos sanitários municipais e a descentralização da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro

Municipal sanitary codes and the decentralization of health surveillance in the State of Rio de Janeiro


Rosângela Maria Souza Diniz¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8690-6684>


Patricia Fernandes da Silva Nobre¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4121-6356>

Katia Christina Leandro¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1151-7358>

Michele Feitoza Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2717-7239>

¹Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo mapear, sistematizar e analisar o avanço dos municípios do Estado do Rio de Janeiro na implementação dos parâmetros mínimos de estrutura como parte do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, tomando como referência o código sanitário municipal. Por meio de ofício e formulários, os códigos foram obtidos, analisados e comparados com o designado pelas normas estaduais e com o documento orientativo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para elaboração da Lei do Código Sanitário Municipal. De um total de 92 municípios fluminenses, apenas 33 contavam com o código sanitário. Entre esses 33 municípios, somente quatro apresentava, nos respectivos códigos, os nove capítulos recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Por outro lado, 30 municípios contemplaram todas as ações designadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Concluiu-se que, mesmo que os códigos sanitários atendam a suas necessidades, os municípios devem estar atentos a revisões e atualizações preconizadas pela União e pelo estado para que, além de representarem a realidade e especificidade locorregional, contemplem os avanços técnico-científicos e as normativas correntes.

Palavras-Chave: Código Sanitário Municipal; Descentralização; Direito Sanitário; Regionalização.

ABSTRACT

The present article aimed to map, systematize, and analyze the progress of the municipalities of the state of Rio de Janeiro in implementation of the minimum structural parameters as part of the decentralization process of health surveillance actions, taking the municipal health code as reference. By means of letters and forms, the codes were obtained, analyzed and compared to what is designated by the state norms and to the orientative document from the Brazilian Health Regulatory Agency for the elaboration of the Municipal Health Code. From a total of 92 municipalities in the state of Rio de Janeiro, only 33 had a health code. Among these 33 municipalities, only four presented, in their respective codes, the nine chapters recommended by the Brazilian Health Regulatory Agency. In contrast, 30 municipalities contemplated all the actions designated by the Rio de Janeiro State Health Department. It was concluded that, even if the health codes meet their needs, the municipalities should be attentive to the revisions and updates recommended by the Union and by the state so that, besides representing the local and regional reality and specificity, they also contemplate the technical-scientific advances and the current normative.

Keywords: Municipal Health Code; Decentralization; Health Law; Regionalization.

Correspondência:

Rosângela Maria Souza Diniz.
rovisa120@gmail.com

Recebido: 20/01/2020

Revisado: 24/12/2020

Nova revisão: 25/05/2021

Aprovado: 21/07/2021

Conflito de interesses:

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores:

Todas as autoras contribuíram igualmente para o desenvolvimento do artigo.

Copyright: Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam a você o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.



Introdução

I Histórico da vigilância sanitária

Desde os tempos remotos, grandes problemas de saúde enfrentados pela sociedade estão relacionados à vida em comunidade e a assuntos que garantam sua sobrevivência (CONASS, 2011). Segundo o Dicionário Aurélio (2019), a palavra “vigiar” significa “observar atentamente, espiar; espreitar; velar por; estar acordado, atento ou de sentinela; procurar; campear e aprontar”. No campo da saúde, observou-se a criação de leis e normas para promover a saúde; disciplinar a conduta dos profissionais; tratar doenças; cuidar do meio ambiente, dos alimentos e dos medicamentos; garantir a atividade econômica, a proteção da terra e as práticas para impedir a disseminação de doenças (FERREIRA, 2010).

Apesar de já existirem normas pertinentes ao controle do uso do espaço público, da salubridade e da qualidade de produtos e serviços já no período colonial – como o Direito de Almotaxaria ibérico e as atividades da Fisicatura do Reino –, as ações de vigilância sanitária no Brasil intensificaram-se no século XIX, sendo institucionalizadas somente após a chegada da família real portuguesa (1808). Foi um século marcado por vários fatos importantes, como a criação do Regimento da Provedoria (1810) e a promulgação do Código de Posturas (1832), entre outras normas para controle sanitário dos portos e de alimentos, bem como para a inspeção de matadouros, açougues públicos, boticas, drogas, medicamentos e outros estabelecimentos e produtos (ROZENFELD, 2000; LIMA; COSTA, 2015; PEREIRA; OLIVEIRA, 2016).

No século XX, como consequência de diversos acontecimentos – como o nascimento de bebês malformados em virtude do uso da talidomida e denúncias de medicamentos falsificados –, as ações de vigilância sanitária foram reorganizadas, com importantes mudanças na regulação de alimentos e de estabelecimentos industriais e comerciais; a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, e do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos (LCCDM, atual Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS), em 1954; a promulgação do primeiro Código Nacional de Saúde (CNS), em 1961; a criação Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), em 1976; e uma intensa mudança no painel normativo brasileiro na década de 1970, com a edição de leis e decretos até hoje em vigor – destacando-se a Lei n. 5.991/1973 (BRASIL, Lei n. 5.991/1973), a Lei n. 6.360/1976 (BRASIL, Lei n. 6.360/1976) e a Lei n. 6.437/ 1977 (BRASIL, Lei n. 6.437/1977). Com isso, a vigilância sanitária tornou-se um domínio mais específico e parecido ao que conhecemos hoje, fundado nas noções de risco sanitário e de poder do Estado de intervir, limitando a esfera do sujeito público ou privado no interesse público, inclusive na saúde e na segurança (COSTA, 2000; COSTA *et al.*, 2009; OLIVEIRA; ARAGÃO, 2018).

A década de 1980 foi marcada pela VIII Conferência Nacional de Saúde e pelo processo de redemocratização do país após um longo governo militar. Essa conferência serviu como base para a reformulação dos temas relacionados à saúde na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que incluiu em seu texto – mais especificamente, no artigo 196, incisos I, II e III – que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, cujas “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, com a “descentralização”, o “atendimento integral” e a “participação da comunidade” como diretrizes organizativas (BRASIL, 1988). Posteriormente, esse artigo foi regulamentado com a publicação da Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, Lei n. 8.080/1990), que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo marcantes mudanças no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e novas definições nas áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância do meio ambiente.

Em seu artigo 6º, a Lei n. 8.080/1990 definiu a vigilância sanitária como:

§1º [...] 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 [...] (BRASIL, Lei n. 8.080/1990).

A descentralização da saúde é princípio organizativo do SUS, distribuindo recursos e responsabilidades e, ao favorecer uma maior aproximação com a população, tornando-se uma facilitadora do controle social e fortalecendo a capacidade de gestão pública da saúde e dos órgãos de vigilância sanitária na esfera municipal (DE SETA; SILVA, 2006).

Com o desenvolvimento de inúmeros processos de produção de bens e prestação de serviços de interesse à saúde, a complexidade e o número de leis esparsas versando sobre saúde aumentaram, resultando na promulgação da Lei n. 9.782/1999 (BRASIL, Lei n. 9.782/1999), que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), vinculada ao MS, em substituição à SVS e define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que, por sua vez, é composto pela Anvisa e pelo INCQS em nível federal; pelos órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde e seus respectivos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), em nível estadual; e, em nível municipal, pelos serviços dos municípios brasileiros (COSTA, 2009).

II Descentralização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

As discussões sobre descentralização das políticas de saúde podem ser ligadas às questões federativas já discutidas na Constituição Federal de 24 de fevereiro de 1891, cujo artigo 68 mencionava que os estados deveriam se organizar de forma que ficasse para os municípios tudo de “seu peculiar interesse”. É verdade que essa expressão resultou em diversas discussões e interpretações, e somente após aproximadamente seis décadas várias correntes de pensamentos chegaram a um consenso e concluíram que os interesses da nação, dos estados e dos municípios decorrem da mesma coisa, sendo que ora poderá interessar diretamente ao estado, ora diretamente ao município, ora a toda nação. A diferença está na predominância, e não na exclusividade (BRASIL, 1891; DALLARI, 1991). Assim, as tensões entre as competências dos governos centrais e dos governos locais não são novas – e têm uma historicidade mais longa do que este artigo se propõe a tratar – e abrangem os aspectos de organização da produção, saúde, propriedade, legitimidade do exercício do poder pelas comunidades e sua responsabilidade coletiva (TACITO, 2001).

A CF/88, resultado de um processo de retorno à democracia plena, busca reorganizar as unidades federativas e as formas de participação da sociedade. Em seu artigo 23, expressa a predominância de uma “competência comum”, ou seja, fixa normas para a cooperação entre as esferas governamentais visando à manutenção do equilíbrio nacional. Em seu artigo 24, a expressão “legislar concorrentemente” confere à União o estabelecimento de normas gerais, cabendo aos estados a complementaridade regulamentar. É importante ressaltar que, aos municípios, cabe “legislar sobre interesse local” e “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber”, conforme o descrito no artigo 30, incisos I e II. Desta forma, os municípios brasileiros passam a assumir duas responsabilidades: complementar as normas gerais editadas pela União ou pelo estado e, ainda, atender a suas realidades locais (BRASIL, 1988; DALLARI, 1991).

Considerando-se que a descentralização é um princípio organizativo do SUS e que o Brasil possui dimensões continentais, com imensas diferenças demográficas, geográficas, sociais e econômicas e com diversas responsabilidades de vigilância, fica inviável que somente a União realize ações, das mais simples às mais complexas. Logo, torna-se necessário dividir de forma tripartite (União, estados e municípios) as ações de saúde e de vigilância sanitária, no sentido de que, se os diversos atores municipais podem

fazer, o estado e a União, que estão mais longe, devem atuar somente de forma a complementar (BRASIL, 1988; BRASIL, Decreto n. 7.508/2011).

Para melhorar as estratégias e as relações entre os governos, foram editados vários decretos, portarias e normas básicas operacionais. Com a perspectiva de estabelecer mecanismos solidários de cooperação entre as esferas de gestão do SUS, foram criadas comissões técnicas – no âmbito nacional, a Comissão Integestores Tripartide (CIT) e, no estadual, a Comissão Integestores Bipartide (CIB) (ME, 2019; CONASS, 2003).

Mas foi somente com a publicação do Decreto n. 7.508/2011 que a Lei n. 8.080/1990 foi regulamentada. Esse decreto não só regulamentou o SUS, como criou a Comissão Intergestores Regional (CIR), estabelecendo novas relações entre os entes federados, impulsionando a gestão descentralizada e organizando as regiões de saúde (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Uma região de saúde, de acordo com o disposto no artigo 2º, inciso I, do Decreto n. 7.508/2011, é definida como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde.

III Vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro e os códigos sanitários municipais

O Estado do Rio de Janeiro tem 15.989.929 habitantes, distribuídos em 92 municípios, por sua vez organizados em nove regiões de saúde, as quais têm a prerrogativa de organizar e coordenar os serviços de saúde entre si, exercendo tanto competências normativas concorrentes, quanto suplementares, priorizando o interesse local, respeitando o disposto no artigo 24, inciso XII e parágrafos (ASSIS, 2017; IBGE, [s.d.]).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um município saudável não é aquele somente com baixos indicadores de mortalidade e morbidade, mas também comprometido com tudo o que o ser humano cria e faz e com as políticas de saúde adotadas, de forma a buscar impacto positivo na qualidade de vida do cidadão e da coletividade (WESTPHAL, 2000).

As ações de vigilância sanitária são complexas e abrangentes, portanto, é esperado que, para garantir a promoção e a proteção da saúde, sejam utilizados vários instrumentos para orientar sua organização, direção e gestão estratégica (COSTA; ROZENFELD, 2000, p.15-40; COSTA, 2009). Os principais instrumentos apontados por Costa (2009) são:

a legislação (normas jurídicas e técnicas); a fiscalização; a inspeção; o monitoramento; o laboratório; a vigilância de eventos adversos e outros agravos; a pesquisa epidemiológica, de laboratório e outras modalidades; e as ações em torno da informação, comunicação e educação para a saúde (p. 26).

A comunicação, a educação e o desenvolvimento da consciência sanitária sem dúvida são de extrema relevância para a vigilância sanitária, por possibilitarem ao cidadão uma melhor percepção dos riscos. Como esse processo é lento, a população continua exposta devido a inúmeros fatores. Desta forma, é importante a vigilância sanitária reconhecer a vulnerabilidade do cidadão e assumir papel mediador entre os diversos interesses, cabendo-lhe a compreensão e o controle dos riscos, a promoção de ações e a criação de normas de proteção da saúde coletiva e individual para que se reduzam os danos ao meio ambiente e à saúde animal e humana (DIAS, 2002).

Diariamente, o consumidor é estimulado ao consumo por fatores diversos, tornando-se frágil. Nesse contexto, a sociedade é impulsionada à instrumentalização legal, que pode ser representada por legislações como o código de defesa do consumidor, os códigos sanitários, as leis de proteção da ordem econômica (antitruste) e outras de interesse público (COSTA; ROZENFELD, 2000; COHEN, 2009).

Conforme aponta Dias (2002):

É notória a preocupação dos Governos em disciplinar, através de normas jurídicas próprias, lastreadas em conhecimentos científicos atuais, as ações respeitantes à saúde que exijam certo comportamento. [...] O Direito à saúde, por ser um direito inerente à própria vida do ser humano, rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e aos serviços que a promovem, protegem e recuperam (p. 17).

Desde a edição da Lei n. 8.080/1990, para atender à nova organização, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) editou resoluções que descentralizavam algumas ações de vigilância sanitária para seus municípios. Em 1990, foi iniciado formalmente no âmbito estadual o repasse da responsabilidade pela execução de ações consideradas de baixa complexidade (GOVERNO DO ESTADO, Res. SES n. 562/1990).

Com o transcorrer do tempo, a SES-RJ implantou estratégias e publicou leis tratando do assunto. A fim de manter o equilíbrio regional e consolidar o processo de estruturação e organização dos sistemas municipais de vigilância em saúde, a então Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sesdec/RJ) – atual SES/RJ – publicou a Resolução Sesdec n. 1.335/2010, cujo artigo 3º, inciso I, alínea c, o define o Código Sanitário Municipal (CSM) como um dos parâmetros e requisitos mínimos de estruturação da vigilância em saúde em âmbito municipal (GOVERNO DO ESTADO, Res. SESDEC n. 1335/2010).

Esse instrumento jurídico estabelece as normas de ordem pública de interesse social, complementa as disposições legais já existentes, dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações de saúde e dos estabelecimentos de interesse à saúde em consonância com o SUS e – por ser um documento público – possibilita o acesso sem embaraços éticos (GOVERNO DO ESTADO, Res. SESDEC n. 1335/2010).

Os códigos brasileiros, também designados como estatutos, têm natureza de microsistema jurídico, podendo tomar a forma estrita de lei – por exemplo, o Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078 1990). Portanto, cabe ressaltar que o CSM é uma lei (ALMEIDA, 2007). Essa natureza se construiu principalmente entre as décadas 1960 e 1980, quando uma nova metodologia legislativa passou a ser adotada: (i) a definição dos objetivos ilustra finalidades próprias de um estado promocional de valores e políticas públicas por meio do direito; (ii) expressões setoriais são usadas em detrimento a expressões universais ou de menor precisão jurídica; (iii) os códigos dedicam-se a uma regulamentação exaustiva e extensa das matérias, abrangendo, não raro, questões do direito material, processual, material penal e administrativo; entre outras características. Nesse sentido, há uma grande mudança entre os códigos antigos, como o antigo Código Civil Brasileiro, de natureza principiológica, e os códigos mais recentes que estabelecem políticas públicas.

Há que se diferenciar também códigos de consolidações e de compilações. Na lição de Almeida (2007), uma consolidação é “um recolhimento de normas já existentes, com incidência especialmente nos momentos de exaustão legislativa, ao passo que o código, formado por um corpo legislativo novo, é animado por um espírito inovador” (p. 8), enquanto a compilação é uma reunião cronológica ou sistemática de normas.

Entre os anos de 2010 e 2014, considerando a necessidade de fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e a pactuação programada na CIB-RJ, o secretário de saúde do Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições, publicou normas delegando para as SMS a competência de concessão, revalidação e cancelamento de licença de funcionamento e inspeção sanitária em diversas áreas e de estabelecimentos e serviços de vários níveis de complexidade – inicialmente, por intermédio da Resolução Sesdec-RJ n. 1.411/2010, posteriormente revogada pela Resolução SES-RJ n. 1.058/2014 (GOVERNO DO ESTADO, Res. SESDEC n. 1.411/2010). A atual resolução expressa, em seu parágrafo 1º, que compete às SMS a concessão, a revalidação e o cancelamento de licença de funcionamento e a inspeção sanitária dos estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária, exceto algumas relacionadas nessa norma, por apresentarem maior risco de causar danos à saúde humana e ambiental (GOVERNO DO ESTADO, Res. SES n. 1058/2014).

Recentemente, novos regulamentos trouxeram medidas desburocratizantes e de simplificação. Nesses regulamentos estão previstos que, para fins de licenciamento, é necessário observar os critérios relacionados à classificação do grau de risco das atividades econômicas. Nos termos da Lei n. 13.874/2019 (BRASIL, Lei n. 13.874/2019) e da Resolução n. 51/2019 (MS, Res. n. 51/2019), atualizada pela Resolução n. 57/2020 do Ministério da Economia (ME, 2020), as atividades econômicas passam a ser classificadas por seu grau de risco, sendo que o grau de risco sanitário foi definido como o nível de perigo potencial de danos à integridade física, à saúde humana e ao meio ambiente em decorrência de atividade executada.

A simplificação dos processos de licenciamento é tratada no âmbito da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios (Redesim), conforme premissas do Ministério da Economia e da Receita Federal (ANVISA, 2018).

No âmbito da atuação do SNVS, as mudanças se inserem em um processo maior, no qual os serviços de vigilância sanitária estaduais e municipais passaram a ter que adotar os critérios de classificação de risco, com emissão ou não de licenças. Considerando-se que, neste momento, a descentralização já é uma realidade jurídica e que os municípios receberam nos últimos anos mais responsabilidades em termos de execução de ações, o processo deve ser pensado de forma lógica e eficaz para o controle dos riscos à saúde, e não representar um empecilho ao desenvolvimento econômico. Para isso, deve ser organizado por meio de protocolos e instrumentos locoregionais, para que o usuário conheça as normas sanitárias que se aplicam à atividade econômica que pretende desenvolver ou já esteja desenvolvendo, sem incorrer em infrações e oferecendo produtos e serviços seguros à população (ANVISA, 2018; CONASS, 2003).

IV Mapeamento dos códigos sanitários municipais no Estado do Rio de Janeiro

A descentralização das ações de vigilância sanitária transfere recursos e responsabilidades aos municípios, porém não garante que as ações permaneçam articuladas entres os entes envolvidos nem que existam ferramentas políticas e regulatórias para isso. Diante disso, o objetivo deste estudo foi mapear, sistematizar e analisar o quanto os municípios do Estado do Rio de Janeiro avançaram na implementação de um dos parâmetros mínimos de estrutura exigido no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, tomando como referência o Código Sanitário Municipal (CSM) – um instrumento locoregional importante para a organização e as ações de vigilância sanitária, visto que, conforme o previsto no artigo 30 da CF/88, os municípios devem legislar sobre assuntos de interesse da localidade e complementar as leis federais e estaduais no que concernir.

Metodologia

O CSM é um instrumento jurídico que estabelece as normas de ordem pública de interesse social, complementa as disposições legais já existentes e delimita as competências de atuação da vigilância sanitária dentro do SNVS; por ser um documento público, possibilita o acesso sem embaraços éticos (BRASIL, 1988).

Dessa forma, foram realizados levantamento bibliográfico para mapeamento, identificação e codificação alfanumérica das regiões de saúde e dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Legislações e regulamentos, mesmo que revogados, não foram excluídos, pois foi considerada a relevância desses documentos para o entendimento histórico dos fatos e o inevitável impacto histórico e organizacional nas ações atuais de vigilância sanitária.

Após a obtenção dos contatos e com auxílio da secretaria jurídica do INCQS, foi elaborado e encaminhado um ofício convidando os municípios a fazerem parte do estudo e a enviarem uma cópia da última versão dos respectivos CSM. Também foram realizadas buscas nos endereços eletrônicos de cada município, visto que, sendo documentos públicos, poderiam estar disponíveis nos sítios oficiais na internet.

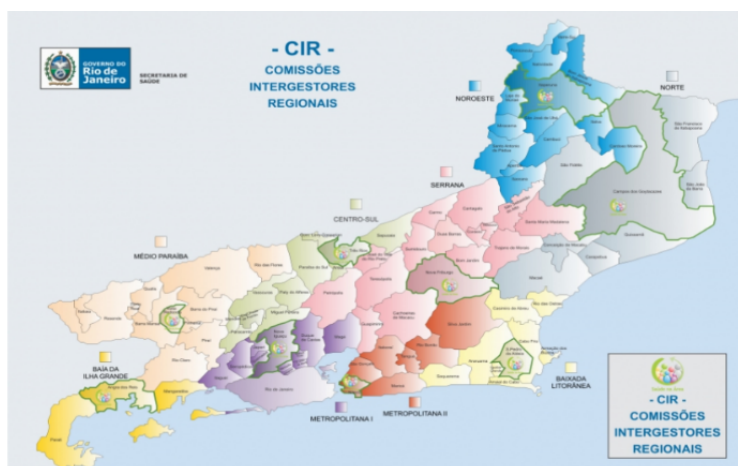
Com a utilização do formulário “Análise individual dos CSM em relação aos capítulos existentes no documento orientativo da vigilância sanitária”, os códigos municipais de saúde obtidos foram analisados e comparados com os capítulos do documento da Anvisa (Instrumentos Legais de Vigilância Sanitária), que, apesar de não ter valor de “lei” *stricto sensu*, possibilitou verificar os itens mínimos recomendados para elaboração de um CSM.

Uma segunda avaliação, por meio do formulário “Conformidade dos CSM em relação às competências designadas pela Resolução Sesdec-RJ n. 1.411/2010 e Resolução SES-RJ n. 1.058/2014”, verificou, em cada CSM obtido, a presença (P) ou ausência (A) das ações atribuídas aos municípios por essas resoluções.

Foi considerado o ano de publicação de cada CSM, permitindo correlacioná-lo com o ano de publicação dos atos normativos da SES-RJ.

Resultados e discussão

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 (noventa e dois) municípios, organizados em nove regiões de saúde; em cada uma dessas regiões, está instituída uma CIR (Figura 1).



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido por regiões de saúde

O ofício foi encaminhado por correio eletrônico aos 92 municípios do estado, dos quais 23 (25%) responderam. Como se tratou de um ofício do INCQS, esse dado não só propicia uma reflexão sobre a existência ou inexistência do CSM, como também sobre municípios não identificarem ou reconhecerem a importância de responder a uma solicitação oficial de instituição de referência no Brasil, componente laboratorial de relevância dentro do SNVS.

Em resposta ao ofício, três municípios afirmaram não possuir CSM e/ou estar em fase de elaboração e um enviou o projeto de lei. Cabe ressaltar que um projeto de lei é uma proposta de criação da norma que precisa ser debatida e aprovada pelo Poder Legislativo e, posteriormente, encaminhada para aprovação do chefe do Poder Executivo antes de se tornar lei (SENADO, 2017). Assim, considerou-se que quatro (17,4%) respondentes não possuíam CSM; portanto, foram obtidos efetivamente 19 códigos municipais de saúde via resposta ao ofício.

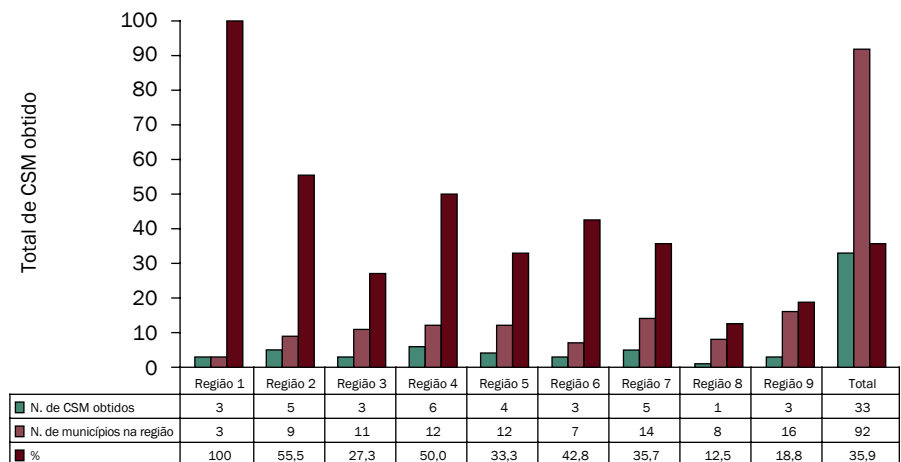
Salienta-se que a inexistência de um parâmetro mínimo de estrutura descrito em norma estadual é muito preocupante, pois isso pode sinalizar que os gestores municipais não reconhecer a importância das orientações estaduais com base nos preceitos constitucionais (BRASIL, 1988).

Segundo Dallari (1988), os preceitos da CF/88 ordenam a realidade presente, com dimensão para o futuro, inserida em uma diversidade de quadros e situações e, portanto, o “legislar sobre assuntos de interesse local”, na perspectiva de garantir a segurança da coletividade e o andamento econômico, deve ser observado. Partindo-se desse entendimento, é importante que os municípios, respeitando patamares mínimos das legislações federais e estaduais, elaborarem seus próprios CSM.

Para superar esse obstáculo, faz-se necessário que o estado retome os debates e reveja as estratégias para potencializar a negociação, a regulação e a cooperação dos atores envolvidos, de forma a estimular o cumprimento do estabelecido em nível local (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Dado o baixo número de respostas ao ofício, realizou-se pesquisa na internet. Foram consultados os sites oficiais dos 92 municípios, nos quais foram obtidos mais 11 códigos municipais de saúde.

Com isso, foram efetivamente obtidos 33 códigos (35,86% do total de municípios). O Gráfico 1 demonstra a variabilidade de obtenção de CSM por região de saúde.



Elaborado pelas autoras.

Gráfico 1. Número de códigos sanitários municipais (CSM) por região de saúde/município

As regiões 1, 2 e 4 apresentaram percentuais de implantação de CSM entre 50% e 100% – destaque para a região 1, com 100% dos municípios com CSM em vigor –, situação bem diferente da encontrada nas demais regiões, que apresentaram percentuais inferiores a 50%. Cabe atentar para o fato de que as regiões 8 e 9 apresentaram percentuais abaixo dos 20%.

É importante lembrar que, segundo o disposto no Decreto n. 7.508/2011, os municípios foram agrupados e organizados em espaços (regiões de saúde) para que os problemas de saúde sejam identificados e avaliados conjuntamente. A organização do espaço não deve se limitar a mera localização e/ou delimitação por suas identidades culturais, econômicas e sociais. A categoria de espaço deve ser utilizada para a análise de dados que informam sobre possíveis microlocalizações de problemas, possibilitando identificar as vulnerabilidades e contribuir para o reordenamento e a implementação das estratégias que melhor operacionalizem cada região (GONDIM *et al.*, 2008).

Ainda que o CSM seja um dos parâmetros mínimos de estrutura e organização da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro, é importante lembrar que ele se concretiza na forma de leis e decretos do próprio município. Neste ponto, espera-se que a Comissão Intergestores Regional (CIR), como efetiva ordenadora em nível regional, avalie o alinhamento da política municipal com a estadual. A CIR é um componente estratégico e, como instância de articulação regional, certamente pode possibilitar, promover e/ou fortalecer estratégias que operacionalizem a elaboração do CSM, como definido na resolução estadual (BRASIL, Decreto n. 7.508/2011).

Segundo o artigo 8º, parágrafo 2º, da Lei n. 12.527/2011 (BRASIL, Lei n. 12.527/2011), órgãos e entidades públicos de município com mais de 10 mil habitantes (§4º) devem utilizar de todos os meios e instrumentos legítimos de que dispuserem para tornar públicos seus documentos, sendo obrigatória a divulgação em sítios oficiais da rede mundial de computadores (internet). Um dos pontos deste estudo diz respeito à publicidade via internet do CSM, pois foi possível observar que, dos 19 códigos recebidos, 11 estão disponíveis na internet, significando uma taxa de 57,9% de publicidade por esse meio. Ao considerar que atualmente a internet melhora a comunicação entre o cidadão e órgão público, esse percentual é satisfatório.

Como reflexão sobre os resultados obtidos, é importante salientar que:

a comunicação é a base da atividade humana, e a Internet está mudando o modo como nos comunicamos, dado que ela é o primeiro meio que permite a comunicação de muitos para muitos a uma escala global [...]. (CASTELLS, 2004 *apud* VIEIRA; CASTRO; SCHUCH JÚNIOR, 2010, p. 7)

Ao comparar os 33 códigos municipais de saúde obtidos com a proposta da Anvisa: quatro deles possuem os nove capítulos recomendados pela agência (12,12%) e 29 não possuem todos os capítulos propostos (87,9%). Neste caso, é importante entender que o fato de não estar organizado em capítulos, como recomendado pela Anvisa, não significa que o código não está conforme; porém, pensando-se no mecanismo de busca e recuperação da informação, organizar o documento dessa forma facilita o acesso a cada item, podendo favorecer os mecanismos de busca e melhorar a relação do leitor com o documento (LIMA; ALVARES, 2012).

Um documento pode ser representado de diversas formas – com figuras, esquemas, desenhos, mímicas e palavras, entre outros recursos – com o objetivo de expressar uma ideia ou uma informação, que deve ser apresentada de forma a facilitar seu entendimento, como no exemplo citado por Lima e Alvares (2012, p. 24):

[...] é apresentada para alguém a seguinte sequência de caracteres “JOSÉ M 32”, temos um conjunto de dados, cuja interpretação será a mais diversa possível. Porém, se apresento: “Nome: JOSÉ; Sexo: M; Idade: 32”, já reunimos elementos que compõem a informação e possibilitarão uma interpretação que, dependendo do contexto, poderá produzir novos conhecimentos.

Ao se analisarem os CSM com as ações designadas pela SES-RJ no período de 2011 a 2014, percebeu-se que 30 códigos contemplam a fabricação, a distribuição e o comércio de saneantes domissanitários, correlatos e medicamentos (90,1%) e dois contemplam o gênero alimentício, não contemplando as demais ações. É importante ressaltar que, após o repasse da responsabilidade de fiscalização de alimentos em 1990, foram editadas várias normas sobre este tema; o fato de dois municípios ainda possuírem documentos contemplando apenas alimentos, sem mencionarem as demais ações designadas nas resoluções de 2011 a 2014, pode indicar que seus códigos estão desatualizados. Os regulamentos devem comportar revisões e atualizações periódicas, refletindo a realidade e acompanhando as mudanças regulatórias, científicas, tecnológicas e outras, no intuito de impedir qualquer ação nociva à saúde da população (DALLARI, 1988).

Cabe enfatizar que o CSM é instrumento jurídico que, a partir da combinação de legislações atualizadas emanadas pela União, pelo estado e pelo próprio município, pode ser utilizado como estratégia de referência de proteção e promoção à saúde para as atividades de vigilância sanitária designadas ao município, porque possui previsão legal e de interesse local, além de definições, orientações e informações referentes a práticas operacionais, instalações mínimas, documentos necessários, responsabilidades, infrações e penalidades (ALMEIDA, 2007; DIAS, 2002).

Não obstante as questões enfrentadas na literatura acerca do forte impacto da descentralização na assistência à saúde, o instituto jurídico em si tem fortes implicações para a vigilância sanitária (DELGADO, 2013, p. 225). Uma leitura das leis que pautaram, bem como daquelas que ainda hoje institucionalizam a vigilância sanitária, já indica que sua organização como um conjunto de saberes e práticas, desde seus primórdios, equilibra o local e o central como pontos importantes para a construção da segurança sanitária da população. Outra característica forte é a presença do Estado com todas as suas prerrogativas e sujeições, dentre elas os princípios da administração pública, dos quais o da legalidade é um dos mais icônicos no direito administrativo brasileiro (FERREIRA, 2014; MELLO, 2008).

Pode-se afirmar que não há ação de vigilância sanitária sem o objeto lícito, firmado em normas – por exemplo, ato administrativo e processo administrativo, baseado no poder de polícia –, que permita ao Estado ter seu poder legitimado e ao agente regulado, ou particular, direito de defesa. Isso vale para processos tanto ampliativos como restritivos de direito. A codificação permite que a criação de direitos e deveres se dê no *locus* correto e não ocorra apenas no âmbito executivo, o que poderia levar a um excesso de poder deste, em prejuízo da legitimidade democrática e da participação popular – na verdade, criando vícios (FERREIRA, 2014; SCHIND, 2014).

Citando Maria Sylvia di Pietro (2016), a descentralização “ocorre quando as atribuições que os entes descentralizados exercem só têm o valor jurídico que lhes empresta o ente central; suas atribuições não decorrem, com força própria, da Constituição, mas do poder central”. Administrativamente, descentralizar é delegar competências de uma pessoa a outra, permitindo a partição da tomada de decisões, com especial ênfase à prestação de serviços. Olhando pela perspectiva jurídico-administrativa no contexto do SUS, a ideia de descentralização, apesar de ter ganhado *status* mítico, decorre desse princípio do direito administrativo de organização, admitindo que o SUS, mesmo enquanto política, é um serviço a ser prestado a população. A especialidade

do serviço, ou da execução da política, faz derivar a justa complexidade do processo de descentralização (DI PIETRO, 2016).

Por outro lado, esforços diversos de descentralização de ações de vigilância em saúde – guarda-chuva teórico no qual a vigilância sanitária vem sendo incluída – têm prescindido da institucionalização em códigos sanitários. Isso pode gerar um desequilíbrio, especialmente no tocante às ações que são diretamente vinculadas às normas federais, tais como processo administrativo fiscal sanitário, coleta de amostra e modalidades analíticas, abrindo caminho para disputas judiciais locais.

Ainda que as discussões sobre implementação de serviços descentralizados e articulados em vigilância sanitária remontem a décadas passadas, muitas vezes os municípios caminham sozinhos, o que resulta em um desequilíbrio entre os entes da federação (SOLLA, 2006; LUCENA, 2015). Nesse sentido, a própria Anvisa, coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, tomou a iniciativa de incentivar a atualização e a harmonização dos códigos sanitários estaduais, municipais e do Distrito Federal, começando o primeiro ciclo no último trimestre de 2020, a fim de alinhar conceitos, formas de avaliação de risco, licenciamento sanitário, harmonização com a lei de liberdade econômica etc.

Considerações finais

Com a descentralização da saúde, os municípios assumiram compromissos cada vez maiores, reiterados por normativas e pactuações nem sempre claras e bem respondidas. Entretanto, a proteção à saúde deve ser realizada a partir de estruturas organizadas e articuladas entre as esferas governamentais. Ainda que tenham avançado no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, mesmo quando não possuem CSM aprovado e em uso, os municípios devem buscar seguir os critérios estabelecidos nas normas estaduais. Por outro lado, considerando-se o aumento da complexidade e os novos desdobramentos das ações relacionadas à vigilância sanitária, que resultam em desafios diários, a integração entre estado e municípios é valorosa para que as ações não se fragmentem e os sistemas de vigilância mantenham-se articulados, proporcionando cada vez mais segurança à sociedade.

Um aspecto constatado no estudo refere-se às datas da publicação de alguns documentos. Neste ponto, mesmo que atendam a suas necessidades momentâneas, os municípios devem estar atentos quanto a revisões e/ou atualizações, visto que esses instrumentos devem contemplar os avanços técnicos-científicos e normativos ao mesmo tempo em que representam a realidade e especificidade locorregional.

Além disso, a ausência ou desatualização do Código Sanitário Municipal pode produzir ações diferentes, visto que existe norma estadual que o descreve como parâmetro mínimo e obrigatório para estruturação e organização da vigilância sanitária. Assim, isso pode estar retratando um desalinhamento com as políticas estabelecidas pelo estado.

A ausência dos códigos sanitários – ou menor cuidado com os códigos sanitários – parece subestimar as questões pertinentes à administração pública, à legitimidade democrática, à preservação de direitos dos cidadãos e a sua possibilidade de proteção administrativa e judicial, que deveriam preceder ou acompanhar o desenvolvimento de políticas públicas, como ações estatais, e as ações de vigilância sanitária, como ações de poder de polícia.

Muitas questões ficaram em aberto, e espera-se que futuras pesquisas acompanhem os desdobramentos da implementação desse parâmetro descrito em norma estadual – e até federal, visto que recentemente publicou-se notícia sobre o início da discussão sobre aprimoramentos nos códigos sanitários (ANVISA discute..., 2020).

Espera-se que as iniciativas anunciadas pela Anvisa tenham sucesso na atualização e harmonização dos códigos sanitários, importantes para o diálogo regulatório e a legalidade de ações de vigilância sanitária, eminentemente ligadas ao direito administrativo. Acredita-se que este trabalho contribua para o diagnóstico de questões básicas pertinentes ao tema.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. *Institucional. Simplificação*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3391138&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=saiba-quais-empresas-sao-de-alto-ou-baixo-risco&inheritRedirect=true. Acesso em: 15 maio 2019.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 28-38, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdtHTyYPC/?lang=pt>. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>.
- ALMEIDA, Gregório Assagra de. *Codificação direito processual coletivo brasileiro: análise crítica das propostas existentes e diretrizes para uma nova proposta de codificação*. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 2007.
- ANVISA discute aprimoramento da legislação sanitária. *Notícias, Anvisa*, Rio de Janeiro, 26 out. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/anvisa-discute-aprimoramento-da-legislacao-sanitaria>. Acesso em: 28 out. 2020.
- ASSIS, Lucília Nunes *et al.* A descentralização da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014. *Vigil. sanit. Debate*, v. 5 n. 3, p. 60-65, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29298#collapseExample>.
- BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil* (de 24 de fevereiro de 1891). Brasília-DF, DF: Senado, 24 fev. 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em: 17 mar. 2018.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília-DF, Senado, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 set. 2017.
- BRASIL. *Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei n. 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 da União, Poder Executivo*, de 29 jul. 2011, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 set. 2017.
- BRASIL. *Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973*. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 01 ago. 2022.
- BRASIL. *Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976*. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm. Acesso em: 01 ago. 2022.
- BRASIL. *Lei n. 6.437, de 20 de agosto 1977*. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6437.htm. Acesso em: 01 ago. 2022.
- BRASIL. *Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011*. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990; e dispositivos da Lei n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, de 18 nov. 2011. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/Lei%2012.527-2011?OpenDocument. Acesso em: 21 set. 2019.
- BRASIL. *Lei n. 13.874, de 20 de setembro de 2019*. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado. *Diário Oficial da União, Brasília-DF*, 20 set. 2019, p.1. Edição Extra B. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços Correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.080-1990?OpenDocument. Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília-DF, 27 jan. 1999. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.782-1999?OpenDocument.

COHEN, Miriam Miranda. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 867-901, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/j4P6D5nBmfZ7Mcp4j3DNHpf/?format=pdf&lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300018>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília-DF: Conass, 2003. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS). 248. p. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 14 mar. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. *Vigilância em saúde*: Parte. Brasília-DF: Conass, 2011. 113 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 6). Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca3/pdfs/colecao2011/livro_6.pdf. Acesso em: 14 mar. 2018.

COSTA, Ediná Alves (Org.). *Vigilância sanitária: temas para debate*. Salvador: Edufa, 2009.

COSTA, Ediná Alves. Conceitos e áreas de abrangência. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-48.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 401-405, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/R6NnBFtjWtVgZZxJycyg3gQ/?lang=pt#:~:text=Pode%2Dse%20afirmar%2C%20portanto%2C,enumerada%20no%20artigo%20constitucional%20%2D%20art.> <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500013>.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5y9xHbXS96M9BhMWWgrRWgd/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400008>.

DE SETA, Marismary Horsth; SILVA, J. A. A. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, Marismary Horsth, PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer de (Orgs.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 195-217.

DELGADO, Joedson de Souza. O processo administrativo-sanitário como instrumento de efetividade das ações de vigilância sanitária. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1290>. <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i1.1290>.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. rev. atual. e ampl. 29. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

DIAS, H. P. *Direitos e obrigações em saúde*. Brasília-DF: Anvisa, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Friburgo, 2010.

FERREIRA, Lucia Castellucci. O processo administrativo sanitário e o direito à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 38, n. 4, p. 803-820, 2014. Disponível em: https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/732/pdf_593. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2014.v38.n4.a732>.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GOVERNO DO ESTADO. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. *Resolução SESDEC n. 1335 de 13.08.2010*. Aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, de 17/08/2010. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDQ1NA%2C%2C>. Acesso em: 14 set. 2017.

GOVERNO DO ESTADO. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. *Resolução SESDEC n. 1.411, de 15-10-2010*. Delega competências de ações de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Poder Executivo, Brasília-DF, 21/10/2010.

GOVERNO DO ESTADO. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução SES n. 1058, de 06 de novembro de 2014*. Define competências de ações de vigilância sanitária no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7/11/ 2014. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDQ1Mw%2C%2C>.

GOVERNO DO ESTADO. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução n. 562/SES, de 26 de março de 1990*. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de alimentos, do comércio de drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes domissanitários e o controle sanitário das construções em geral pelas Secretarias Municipais de Saúde Rio de Janeiro, 26/03/1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. *Sistema Integrado de Projeções e Estimativas Populacionais e Indicadores Sócio-demográficos*. IBGE, [s.d]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso em: 08 set. 2021.

LIMA, José Leonardo Oliveira; ALVARES, Lillian. Organização e representação da informação e do conhecimento. In: ALVARES, Lillian (Org.) *Organização da informação e do conhecimento: conceitos, subsídios interdisciplinares e aplicações*. São Paulo: B4 Editores, 2012. v. 248, p. 21-48.

LIMA, Yara Oyrain Ramos; COSTA, Ediná Alves. Implementação do regulamento sanitário internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1773-1783, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pfQc5GsffTDVMh8Ckxx7Gfc/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06552014>.

LUCENA, Regina Célia Borges de. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1107-1120, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/mM9jH56mySPKKVpxw6yj5ZC/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0034-7612137128>.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. 29. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA – ME. Comitê para Gestão da Rede Nacional para Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios. *Resolução n. 51, de 11 de junho de 2019*. Versa sobre a definição de baixo risco para os fins da Medida Provisória n. 881, de 30 de abril de 2019. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 12 maio 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-51-de-11-de-junho-de-2019-163114755>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA – ME. Comitê para Gestão da Rede Nacional para Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios. *Resolução n. 57, de 21 de maio de 2020. Altera as Resoluções CGSIM n. s 51, de 11 de junho de 2019; 22, de 22 de junho de 2010; 29, de 29 de novembro de 2012; e 48, de 11 de outubro de 2018*. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 26 maio 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-57-de-21-de-maio-de-2020-258466034>. Acesso em: 05 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Comissão Intergestores Tripartite referência*. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>. Acesso em: 20 jul. 2019.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araújo; ARAGÃO, Antônio Augusto Vieira de. O poder do poder de polícia à luz do direito sanitário e da vigilância sanitária. *Sanare: revista de saúde pública*, Sobral/CE, v 17, n. 1, p. 58-64, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1223>.

OUVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>.

PEREIRA, William Eufrasio Nunes; OLIVEIRA, Carmem Gabrielli Ferreira de. Coronelismo e normas de direito eleitoral: da colônia ao império/rural oligarchies and electoral law: from colony to empire/coronelismo e derecho electoral: de colonia a império. *Argumenta Law Review*, Jacarezinho-PR, n. 24, p. 189-206, 2016. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/download/789/pdf>.

ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SCHIND, Rafael Wallbach. Particulares em colaboração com o exercício do poder de polícia: "o procedimento de polícia". In: MEDAUAR, Odete; SCHIRATO, Vitor Rhein (Coords.). *Poder de polícia na atualidade: Anuário do Centro de Estudos de Direito Administrativo, Ambiental e Urbanístico* - CEDAU. Belo Horizonte: Fórum, 2014. p. 131-136.

SENADO. *Perguntas Frequentes*, atualizado em 4 dez 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/perguntas-frequentes/perguntas-frequentes/canais-de-atendimento/atividade-legislativa/o-que-sao-projetos-de-lei-de-decreto-legislativo-e-de-resolucao>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o "Pacto de Gestão". *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1371/984>.

TACITO, Caio. O princípio de legalidade e poder de polícia. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, 2001. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/42986/44601>. <https://doi.org/10.12660/rda.v242.2005.42986>.

VIEIRA, Henrique Corrêa; CASTRO, Aline Egges de; SCHUCH JÚNIOR, Vitor Francisco. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. In: XIII SEMEAD SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, Programa de Pós-graduação em Administração da FEA/US, 2010. p. 1-13. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/612.pdf>.

WESTPHAL, Márcia Faria. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 39-51, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w3bXBFjBdtVR9y73zLLLC6j/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100005>.