

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**A LEI FEDERAL nº 6.437/77 E O CÓDIGO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE: CONTRIBUIÇÕES À INSTRUÇÃO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO
SANITÁRIO**

**Autor: Saionara Campos Godinho
Orientador: Roger dos Santos Rosa**

**Porto Alegre - RS
Junho - 2008**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social

Saionara Campos Godinho

A Lei Federal nº 6.437/77 e o Código Municipal de Saúde de Porto Alegre:
contribuições à instrução do processo administrativo sanitário.

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção
do Certificado de Especialização em Saúde Pública

Orientador: Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre – RS
2008

Dedico esta produção a minha filha, Louise M. Godinho, a meu marido, meus pais e aos amigos de sempre, Angela e Cleber, por sua parcela de contribuição à felicidade que sinto.

Sinceros agradecimentos ao meu orientador, Roger dos Santos Rosa, pela paciência e estímulo, à Denise Aerts, Claudia Ache, Ana Santanna, Tadeu Cabral, e aos demais colegas da CGVS/SMS por serem a melhor parte dos meus dias no trabalho, pelo incentivo à pesquisa e à superação dos desafios.

Agradecimentos especiais ao Eng^o Valdir Flores, do DMAE, pela gentileza do envio da primeira minuta do Código Municipal de Saúde em colaboração com esse trabalho, material que foi tão precioso, quanto seu gesto.

“Eu quero investigar se pode haver, na ordem civil, alguma regra de administração, legítima e segura que tome os homens como são e as leis como podem ser. Cuidarei de ligar sempre, nesta pesquisa, o que o direito permite com o que o direito prescreve, a fim de que a justiça e a utilidade de algum modo se encontrem divididas”.

Jean-Jacques Rosseau, Do Contrato Social (1762).

Resumo

O município de Porto Alegre tem no Código Municipal de Saúde, Lei Complementar nº 395/97, sua principal fonte legislativa em saúde. O CMS dispõe sobre as ações de saúde no âmbito do município abrangendo as normas afetas à Vigilância em Saúde. Em sua aplicação prática, todavia, encontramos algumas divergências com a legislação federal, particularmente com a Lei Federal nº 6.437/77 que configura as infrações à legislação sanitária. Tendo em vista que os municípios dispõem de autonomia relativa no que se refere à atividade legislativa em matéria de saúde - complementando e suplementando a legislação federal e estadual, no que couber - além de poder dispor sobre assuntos de interesse local, somente um exame mais acurado dessa legislação e de seu contexto poderia melhor situar-nos sobre tais discrepâncias. Assim, buscamos remontar o processo legislativo de ambas as legislações, evidenciando, tanto quanto possível, os seus fatores determinantes. Foram realizadas revisão de literatura, análise documental e entrevistas com alguns atores sociais que, de alguma forma, tiveram envolvimento com a elaboração do CMS e da Lei Federal. Identificamos diferentes relações contextuais entre o período de “municipalização” da saúde em Porto Alegre, a tramitação do projeto de lei do CMS e sua promulgação, assim como entre o período conhecido como Governo Militar (1964 -1985) e a promulgação da Lei Federal nº 6.437/77.

Unitermos: Vigilância Sanitária, Infração Sanitária, Direito Sanitário, Direito à Saúde, Código Sanitário, Constituição, Legislação e Legislação Sanitária.

Abreviaturas e Siglas

A.I. - Auto de Infração

AGITRA – Associação Gaúcha dos Inspectores do Trabalho

CMS – Código Municipal de Saúde

CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul

CRBio – Conselho Regional de Biologia

CRF – Conselho Regional de Farmácia

CRMV – Conselho Regional de Medicina Veterinária

DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre

DOU – Diário Oficial da União

DMAE – Departamento Municipal de Águas e Esgotos

DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana

GS – Gabinete do Secretário

GP – Gabinete do Prefeito

L.C. - Lei Complementar

LOS – Lei Orgânica da Saúde

PAS – Processo Administrativo Sanitário

PGM – Procuradoria Geral do Município

POA – Porto Alegre

PLC – Projeto de Lei Complementar

PLCE – Projeto de Lei Complementar do Executivo

NOB – Norma Operacional Básica

SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

SINDIHOSPA – Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre

SMAM – Secretaria Municipal do Meio Ambiente

SMOV – Secretaria Municipal de Obras e Viação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

1. Introdução	09
1.1- Definição do Problema.....	13
1.2 – Justificativa.....	16
1.3 – Objetivos.....	18
1.3.1 - Objetivo Geral	
1.3.2 - Objetivos Específicos	
2. Histórico da Lei de Infrações Sanitárias.....	19
3. Histórico do Código Municipal de Saúde.....	25
4. Divergências.....	33
5. Considerações finais.....	38
6. Referências Bibliográficas.....	41

1. Introdução

A competência¹ legislativa, insculpida no art. 24 da Constituição Federal, elenca a União, os Estados e o Distrito Federal como entes que concorrem, no sentido de cooperação, na produção legislativa dos assuntos elencados nos incisos desse mesmo artigo. Cabe à União, portanto, o estabelecimento de normas gerais e aos Estados e Distrito Federal a suplementação dessa legislação no que couber.

Aos Municípios cumpre legislar sobre assuntos onde haja supremacia do interesse local (art. 30, I, C. F.) e para suplementar a legislação federal e estadual, no que couber (art. 30, II, C.F.). Extrai-se daí a competência legislativa, para a qual, também, concorre o Município – competência concorrente² - desde que, em razão do interesse local e para suplementar – competência suplementar³ - a legislação federal. Interessa-nos, nesse estudo, a produção legislativa municipal em matérias relativas à proteção e defesa da saúde (art. 24, XII, C.F., *in fine*), posto que materializam o conceito de Estado Democrático de Direito, pela autonomia concedida aos entes da federação, e a descentralização preconizada nas diretrizes da Lei Orgânica da Saúde.

No entanto, a multiplicidade de fontes legislativas, pode, em tese, gerar o surgimento de áreas de conflitos entre as leis, consideradas em sua hierarquia, entre elas e os interesses locais, bem como ocasionar divergências entre os ordenamentos jurídicos dos diversos entes federativos. No dizer de Aith (2006), a complexidade dos ordenamentos jurídicos modernos trouxe a proliferação das normas jurídicas decorrentes da regulamentação, ou seja, de normas jurídicas infralegais, produzidas por autoridades administrativas específicas e dotadas de poder normativo. Note-se, no entanto, que os atos normativos infralegais devem sempre observar os parâmetros fornecidos pelas leis que lhe deram fundamento e, sobretudo, pela Constituição.

¹ “(...) é a faculdade juridicamente atribuída a uma entidade, ou de um órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões. Competência são as diversas modalidades de poder de que se servem os órgãos ou entidades estatais para realizar suas funções”.(Silva, 1997).

² “É a possibilidade de dispor sobre o mesmo assunto ou matéria por mais de uma entidade federativa. Podendo ser plena, no âmbito de seu território, quando inexistir legislação federal; ou em outras palavras, a execução comum de determinada tarefa política, com o estabelecimento constitucional de prioridade/primazia para esta execução” (Dallari, 2008).

³ “(...) quando as normas suprem a ausência ou omissão de determinado ponto da norma geral nacional, ou desdobram seu conteúdo visando atender peculiaridades locais” (Dallari, 2008).

A legislação pertinente às ações de vigilância em saúde, contida no Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, cotejada à luz das demais legislações, a exemplo das Leis Federais nº 9.784/99 e 6.437/77, esta última constituindo-se no marco regulatório do Processo Administrativo Sanitário, assim como, em relação aos Códigos Sanitários de outros Municípios, explicita algumas dessas divergências.

Em que pese sua posição hierarquicamente superior da Lei Federal nº 6.437/77, sua condição de lei especial e a sua anterioridade, à luz dos princípios da *lex superior* – emanada do legislador federal; da *lex specialis* – caracteriza as infrações sanitárias e regula, especificamente, o processo administrativo sanitário e da *lex anterior* – editada anteriormente às demais, ainda assim, a Lei Federal não logrou ter seus comandos e princípios devidamente recepcionados pelo Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, em que pese ter sido publicado, 20 anos, depois daquela.

Anteriormente à aprovação do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria 399/GM, de 22/02/06), os Municípios, relativamente às ações de vigilância sanitária, eram instados ao seu cumprimento na medida da pactuação estabelecida com o Estado e, por via de consequência, com o Ministério da Saúde.

Encontramo-nos no momento em que houve alteração significativa dessa premissa, vez que consta do Pacto o entendimento de que a “responsabilidade sanitária⁴” nasce juntamente com o município.

Assim, todos os municípios do País, em tese, deverão executar todas as ações de gestão em saúde, incluindo a totalidade das ações inerentes à Vigilância em Saúde, terão de valer-se, portanto, do instrumento denominado, Processo Administrativo Sanitário, que visa à apuração de infrações às normas sanitárias, reprimindo eventuais condutas danosas à saúde pública.

Por sua vez, esse processo, tem seus ritos de aplicação, suas definições sobre as infrações sanitárias e demais preceitos legais contidos na Lei Federal nº 6.437/77, que regula desse procedimento na esfera da Administração Pública, em sede de fiscalização e controle do setor regulado.

Na medida em que dispõe, em determinados artigos, diversamente do que

⁴ Os gestores do SUS nas esferas municipal, estadual e federal são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população do seu território. O SUS de A a Z, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=705&letra=R.

pressupõe a Lei Federal, em comento, o Código Municipal de Saúde dá azo ao estabelecimento de procedimentos diversos, por exemplo, entre o município de Porto Alegre e o estado do Rio Grande do Sul. Fato que, não raro, ocasiona conflitos de interpretação e nomenclatura que repercutem diretamente na atuação da Autoridade Sanitária⁵, podendo contaminar, entre outras conseqüências indesejáveis, a legalidade dos atos praticados nos Processos Administrativos Sanitários.

O legislador federal não teve a intenção de esgotar o assunto ou editar comandos tão específicos que desrespeitassem a autonomia e a independência dos demais entes federativos, mas, tão somente, criar um referencial teórico a embasar as ações e o controle da saúde pública no País.

Contrário disso, a regulamentação da legislação em saúde, expressa pela Lei Orgânica da Saúde, Leis nº 8080/90 e 8142/90, corrobora a diretriz de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde, de modo que a *Constituição Federal vigente não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Portanto, a saúde - "dever do Estado" (art.196) - é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.* (DALLARI, 1991).

Como veremos, mais adiante, o questionamento, ora esboçado, reside na prática legislativa, no âmbito municipal, que poderia ocasionar uma dissociação dos princípios constitucionais de proteção e promoção à saúde, afetando a reserva constitucional, em que pese o caráter de relevância pública, conferido à matéria, pela Constituição Federal, art. 197, senão vejamos:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Sem desprestígio, por certo, da atividade regulatória que incumbe ao ente municipal, desdobrando-se no conceito de função estatal necessária ao

⁵ "Autoridade competente, na área de saúde, com poderes legais para decidir, baixar regulamentos, executar licenciamentos e fiscalizações no âmbito de abrangência da Vigilância Sanitária. Glossário de Vigilância Sanitária, consultado em http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol8_17.pdf.

cumprimento dos diversos deveres a ele atribuídos (AITH, 2006).

Desse modo, buscamos, primeiramente, referências históricas para traçar o contexto de criação desses diplomas legais que pudessem explicitar as razões e a medida dessas distinções, posto que, a tarefa legislativa expressa o contexto e o entendimento perfilhado por uma determinada sociedade, em um determinado período, sofrendo e reagindo a seus influxos.

A seguir, através de entrevistas realizadas e da análise documental da tramitação do projeto de lei do Código Municipal de Saúde, na Câmara de Vereadores de Porto Alegre, fomos remontando as questões que obtiveram relevância naquele período, fatos inusitados e um pouco do debate instaurado acerca desse projeto, correlacionando-os ao texto obtido.

Na comparação com outros diplomas legais sanitários extraímos a compreensão dos demais municípios sobre a forma de operar a adequação sanitária, que redundou na aplicação do instrumento - Processo Administrativo Sanitário – bem como analisamos as inovações introduzidas para o enfrentamento das lacunas e questões conflitantes na própria Lei Federal.

Em relação à Lei Federal nº 6.437/77 foi possível descrever o momento de sua criação, à luz do contexto histórico, em que foi aprovada, já que pouco há na literatura sobre ela. Todavia, surgem bem realçadas as características do modelo político-sanitário, adotado à época, cujos condicionantes encontram melhor explanação nos textos de cunho econômico.

1.1 – Definição do Problema

A partir do trabalho desenvolvido junto às equipes de vigilância da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, iniciado no ano de 2006, no sentido de ofertar suporte jurídico à gestão das ações de vigilância e fiscalização sanitárias, possibilitando uma maior concretude aos princípios do direito sanitário, entendido como o conjunto de normas, afetas à concretização do direito à saúde, deparamo-nos com uma multiplicidade de ordenamentos jurídicos dispondo, em tese, de maneira diversa entre si e entre as leis de maior hierarquia.

A correta utilização das ferramentas, disponibilizadas pelo ordenamento jurídico sanitário, se constitui em matéria-prima das ações de fiscalização e dela decorre o correto exercício do poder de polícia administrativa⁶, pela autoridade sanitária, e. g., as disposições processuais relativas à lavratura dos autos de infração sanitária.

Todos os atos encadeados que se iniciam na lavratura do auto de infração até o julgamento da infração cometida, devem professar, além dos princípios da administração pública, os princípios gerais do direito e, especificamente, os princípios do direito sanitário. Daí decorre a estrita legalidade do processo e, em última análise, o sucesso da ação empreendida pelo agente público, cujo alcance é a incolumidade da população.

Ocorre que, a multiplicidade comentada, bem como as divergências existentes entre os diversos níveis legislativos, ou simplesmente, entre os entes da federação, pode gerar o questionamento judicial do instrumento produzido por essas equipes, ocasionando a decretação de nulidade do próprio ato.

Atualmente, o município de Porto Alegre utiliza, como balizadores legais de suas ações de fiscalização sanitárias, a Lei Complementar nº 395/97 (Código Municipal de Saúde), o Decreto-lei nº 23.430/74 (Código Sanitário Estadual) e a Lei Federal nº 6.437/77, entre outras legislações e atos normativos voltados à proteção da saúde pública, ajustados às especificidades do objeto fiscalizado, se vigilância a estabelecimentos de interesse à saúde, a alimentos, a zoonoses, águas e etc...

⁶ “(...) faculdade discricionária do Estado de limitar a liberdade individual, ou coletiva, em prol do interesse público” Cretella Junior (1999)

As normas e diretivas preconizadas pela legislação citada, em alguns casos, divergem entre si, ultrapassando, ao nosso ver, as questões onde há prevalência do interesse local a justificar o dissenso.

Em decorrência dessas divergências, o princípio da segurança jurídica que deve reger as relações entre a Administração Pública - autoridade sanitária - e o setor privado, por ela regulado (estabelecimentos de saúde ou de interesse à saúde), se encontra ameaçado, podendo culminar na excessiva judicialização dos conflitos, na anulação dos atos emanados da autoridade sanitária, carreando, ao final, inúmeros prejuízos à população do Município.

Se não, vejamos: a Lei Federal nº 6.437/77, art. 12, dispõe que o processo administrativo sanitário tem início com a lavratura do Auto de Infração⁷ – instrumento que descreve a infração sanitária constatada e que possibilita ao autuado os meios necessários à promoção de sua defesa perante a Administração Pública. O instrumento que confere legalidade ao Auto de Infração, cientificando o autuado das infrações que lhe são imputadas, das penalidades a que está sujeito, os prazos para apresentação de impugnação ou defesa, é denominado Notificação. À similaridade do processo judicial, a Notificação, assim como a Citação, é requisito de validade do processo administrativo sanitário, condição *sine qua non* para que ele produza seus legais e administrativos efeitos.

A Notificação e o Auto de Infração são instrumentos formais que convalidam toda a atuação dos órgãos de Vigilância Sanitária, em sede de fiscalização sanitária. Todavia, somente à guisa de exemplificar o tema desse trabalho, caracterizando as divergências que buscamos apontar, aduzimos que o Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, mais especificamente no art. 172, conceitua a notificação de modo diverso, utilizando-a como um instrumento onde devem ser apontadas as infrações sanitárias encontradas pelo agente da fiscalização sanitária, no estabelecimento de saúde ou de interesse à saúde, conferindo-lhe prazo para a adequação.

Desse modo, no entendimento do Código Municipal de Saúde, somente após a notificação e o descumprimento do prazo concedido é que a infração sanitária constatada poderia gerar a lavratura do Auto de Infração.

Emerge, assim, a indagação de que há explícita contrariedade ao teor do art. 12 da Lei nº 6.437/77 que, como já dissemos, elenca a lavratura do Auto de Infração

⁷ “documento legal em que a autoridade sanitária caracteriza a infração cometida pelo estabelecimento ou responsáveis. O auto de infração é o gerador de processo administrativo”.

como primeiro ato a estabelecer a relação administrativo-sanitária, bem como exige o preenchimento da Notificação como requisito fundamental de validação de todo processo administrativo sanitário, mas sem explicitar a concessão de prazo para adequação.

A propósito, a Lei Federal, art. 18, determina forma diversa para fixação de prazo ao autuado para diligenciar na regularização e cumprimento das obrigações subsistentes, o qual, aprofundaremos no momento oportuno.

Note-se que, na situação relatada, não há como contemporizar os dois comandos legais, pela impossibilidade de aplicá-los em simultâneo, ou a ação sanitária instaura-se por meio do “Auto de Infração” ou da “Notificação” definida no Código Municipal de Saúde, arts. 172 e 173. A relevância da indagação assenta-se no fato de que a legalidade de ambos os procedimentos poderia ser suscitada evocando-se os respectivos diplomas legais. Daí a inferência de que estas divergências precarizam o Sistema de Vigilância Sanitária do Município e desestabilizam a segurança jurídica que norteia as relações entre a administração pública e seus administrados.

Ainda, à guisa de exemplo, mencionaremos, igualmente, a discrepância existente quanto aos valores das multas aplicáveis às infrações cometidas, em sede de julgamento administrativo pela autoridade sanitária.

Em que pese as já esboçadas considerações da Procuradoria Geral do Município, no sentido de que são legítimas as alterações realizadas pelo Município, quando da aprovação do Código Municipal de Saúde na Câmara de Vereadores, haja vista a preponderância do interesse local sobre o tema e a competência concorrente em matéria legislativa – v. parecer da Procuradoria Geral do Município de Porto Alegre, (FLACH, 2002), ainda assim, cabe mencionar que, até mesmo em relação a outras capitais, *e. g.*, Florianópolis, os valores das multas, atribuídas como penalidades no julgamento do processo administrativo sanitário, em nosso Município, encontram-se muito aquém dos parâmetros legais e usuais.

Não refletem, no mais das vezes, a realidade econômica do setor regulado, constituindo-se, desse modo e, salvo melhor juízo, em elementos que descaracterizam a função preventiva e retributiva que a sanção, em atendimento ao princípio da segurança sanitária, deve representar no conjunto da sociedade.

1.2 - Justificativa

Nos propomos a analisar não apenas os aspectos contrários do CMS ao texto legal federal, mas também os aspectos, onde se observam divergências com os princípios gerais do direito sanitário, quer importem em nulidades, ou não.

E assim, esse estudo contempla alguns princípios, artigos ou procedimentos, onde a ausência, a divergência ou a existência de entendimento contrário, explanado em ambos os diplomas legais, reflete-se no modo como os atos e documentos do processo administrativo sanitário são levados a efeito em nosso Município e como poderemos contribuir para o impulso à reflexão e ao debate sobre as reformas possíveis e necessárias, no âmbito da competência legislativa municipal.

Acreditamos na possibilidade de discussão sobre um outro projeto de Lei Complementar - que altere os ditames atuais, coadunando a prática administrativa sanitária do Município ao que dispõe a legislação federal e que oportunize à autoridade sanitária uma atuação mais racional, dentro dos parâmetros da legalidade.

Pretendemos elencar algumas divergências entre a Lei nº 6.437/77 e a Lei Complementar nº 395/97, estudando as origens, o contexto, os atores envolvidos na formulação do projeto de lei complementar, bem como as circunstâncias da tramitação, emendas propostas e o contexto em que o processo legislativo foi aprovado, resultando na sanção e promulgação do Código Municipal de Saúde, de modo a compreender a sua estrutura, em busca da origem das supostas, divergências apontadas por esse estudo.

Faremos o mesmo, ressalvadas algumas limitações de ordem técnica, em relação ao processo legislativo que originou a Lei Federal nº 6.437/77 e as circunstâncias em que foi formulado, buscando antever, igualmente, a *mens legis* de seus ditames e as lacunas que, ocasionalmente, poderá apresentar. Agregaremos a esse estudo, as fontes legais e doutrinárias que referem o tema e, que possam servir de paradigma para a análise dos documentos e diplomas legais, em comento.

A análise dessas questões poderia, igualmente, dar início às discussões sobre a legalidade, ou não, dos procedimentos que, atualmente, são adotados pela autoridade sanitária do município de Porto Alegre, fazendo cessar as irregularidades

existentes, em tese, bem como legitimar determinados procedimentos que têm sido atacados pela via judicial, consubstanciados nessas discrepâncias.

A definição, portanto, dos limites legais na condução do Processo Administrativo Sanitário, representam um acréscimo na segurança jurídica que deve nortear todos atos da vida civil, mormente os da Administração Pública, circunstâncias que só aumentam as possibilidades e o exercício regular de direitos e a ampla defesa do setor regulado frente às determinações e imposições da Vigilância em Saúde.

Mais remotamente e, todavia, não menos importante, seria possível observar quais as ingerências e influências sociais determinantes na condução das normas de saúde pública, em nosso Município.

1.3 - Objetivos

1.3.1 - Objetivo Geral

- Elencar as divergências entre o Código Municipal de Saúde e a Lei Federal nº 6.437/77.

1.3.2 - Objetivos Específicos

- historicizar o contexto e os atores responsáveis pelo anteprojeto de Código Municipal de Saúde que foi apresentado à Câmara Municipal de Vereadores;
- analisar o processo legislativo, em si, que resultou na aprovação da L.C. nº 395/97 – atual Código Municipal de Saúde;
- elencar as disposições da Lei Federal nº 6.437/77, relativas ao Processo Administrativo Sanitário- parte adjetiva ou processual;
- historicizar o contexto de criação da Lei federal nº 6.437/77 e
- sugerir algumas alterações possíveis na L.C. nº 395/97 que resultariam na maior agilidade e legalidade do PAS, bem como na atividade da autoridade sanitária diante do setor regulado.

2. Histórico da Lei Federal nº 6.437/77

Há uma carência de relatos específicos sobre o histórico da criação da lei nº 6.437/77, constatada durante a revisão de literatura. Sobre ela, sabe-se que foi aprovada em 20 de agosto de 1977 – sábado - e publicada no DOU em 24 de agosto – quarta-feira - do mesmo ano, na pág. 1.145, pelo então presidente General Ernesto Geisel. Em seu art. 40, a Lei nº 6.437/77 revogou o Decreto-Lei nº 785, de 25 de agosto de 1969 e as demais disposições em contrário.

Ambas foram promulgadas na vigência do Ato Institucional nº 5 que perdurou até 31 de dezembro de 1978. Todavia, somente o Decreto-Lei 785/69 foi promulgado com base nas atribuições contidas no §1º do art. 2º, do AI nº 5, pelo General Arthur da Costa e Silva, tal como constou no seu *caput*⁸, posto que a data de sua publicação coincide com o recesso parlamentar previsto pelo próprio Ato.

Abaixo, reproduzimos esquema gráfico (PIOVESAN, 2002) que retrata a produção legislativa desse período e que, em sua maioria, permanece vigente até os dias de hoje, incluindo a Lei nº 6.437/77.

1964-1982	Regime Militar e Transição à Democracia	Decreto-Lei nº 200/67 atribui ao Ministério da Saúde a formulação e coordenação da política nacional de saúde. Vigilância sanitária passa a denominar as ações de controle sanitário nas áreas de portos e fronteiras, estendidas na década de 70 ao controle sanitário de produtos e serviços. 1976-1977 Reestruturação do Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) , organizada por divisões: Portos, Aeroportos e Fronteiras (DIPAF), Medicamentos (DIMED), Alimentos (DINAL), Saneantes e Domissanitários (DISAD), Cosméticos e Produtos de Higiene (DICOP). LCCDMA ⁹ transferido para a Fundação Oswaldo Cruz, transformando-se, em 1981, no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) . Promulgadas importantes leis de controle sanitário de vigência até hoje (Leis nº 5.991/73, 6.360/76, 6.437/77 e Decreto-Lei nº 986/69).
-----------	---	---

⁸ Do latim: cabeça. Enunciado de textos legislativos ou artigos de lei.

⁹ Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos.

Relevante mencionar, igualmente, que entre as penalidades aplicáveis aos infratores, no Decreto-Lei nº 785/69, figurava o instituto da “intervenção”, contido no art. 3º, VI do instrumento de exceção e que previa a supressão da autonomia pelo ente estatal. Não encontramos, nesse dispositivo do texto legal, nenhum limitador a esse “direito” do Estado, de onde se supõe que essa “intervenção” não prescindia de outros critérios ou garantias legais para sua execução.

A própria estrutura legal do Ato Institucional nº 5 continha autorização para, em nome da segurança nacional, efetivar-se a “intervenção”, do regime militar, em qualquer órgão ou ente público e que, de certo modo, permanece até os dias atuais, no modelo Constitucional Federalista, arts. 34, 35 e 36 da Carta Magna de 1988.

Somente no ano de 1998, a Lei nº 9.695, introduz no art. 2º o inciso XI-A, determinando a aplicação dessa penalidade, apenas, a estabelecimentos que recebam recursos públicos, de qualquer esfera, delimitando um período máximo para aplicação da medida, além de prever a prestação de contas do interventor ao seu término.

A tônica do regime era, portanto, basicamente intervencionista e de exceção. Talvez, por conta disso, entoam-se legítimas críticas ao grande poder discricionário com que o regime militar predestinou a edição da legislação sanitária.

Sobre o período, Piovesan (2002, p. 102) afirma:

Tal como a fiscalização, a educação sanitária, se efetivamente construída, tem o potencial de gerar conflitos, porque implica o fortalecimento da capacidade de escolha da população, individual e coletivamente, e isso é um recurso de poder nem sempre desejado pelos que governam. Nesse sentido, a percepção de que a educação sanitária se contrapõe ao exercício do poder de polícia - como se fossem excludentes - parte de uma premissa equivocada reflexo, talvez, do comportamento estatofóbico referido por Santos (1993), que se origina tanto do distanciamento freqüente entre as decisões políticas e os benefícios sociais, como do longo período de regime militar, no qual o Estado brasileiro confundia-se com exceção e arbitrariedade, e não com garantia de direitos fundamentais. (grifo nosso)

Igualmente, sobre esse período, infere-se que “quando da edição da Lei 6.437/77 encontrava-se o país sob um regime de governo militar, com severas e reconhecidas restrições aos direitos e garantias individuais, diante de um Estado que tudo fazia e tudo podia” (CARVALHO, 2004, p.199).

E, tecendo comentários sobre as características da Lei Federal, Carvalho (2004, p. 200), igualmente, considera:

“Nesse sentido, basta uma rápida leitura para se perceber que na Lei 6.437/77 há um indisfarçável privilégio das posições e direitos do Estado para com os indivíduos (...) como demonstração da forma subordinada como os direitos individuais e sociais eram tratados pelos entes estatais e seus “poderes”. (grifo nosso)

Exemplo dessa faceta decorre do fato de que a Lei Federal nº 6.437/77, em alguns de seus artigos, refere-se ao autuado como “infrator”, mesmo antes do julgamento do processo administrativo sanitário, ferindo, ao nosso ver, o princípio da presunção de inocência.

Assim, o contexto em que emergiram esses diplomas legais sanitários, perpassa o início e o declínio do período intitulado como o Milagre Brasileiro, tal como se observa em artigo do Professor Macarini (2006):

As exportações exibiam os primeiros sinais do futuro boom exportador, tendo experimentado o seu primeiro grande salto ao atingir a marca de us\$ 1,8 bilhão (após mais de 15 anos de literal estagnação), enquanto as reservas internacionais, pela primeira vez em vários anos, logravam atingir um modesto incremento, pouco superior a us\$ 100 milhões¹⁰.

A par disso, infere-se a possibilidade de que tenha havido um esforço do governo, em relação a segurança sanitária dos produtos nacionais, de modo a torná-los competitivos nos mercados externos, bem como a proteção aos produtos estrangeiros, em face de esse citado incremento. Corrobora a tese, lição do Prof. Macarini (2005):

A componente industrial da estratégia tinha também outra faceta, de natureza qualitativa. Tendo em vista que o processo de industrialização do pós-guerra deixou como herança negativa uma estrutura caracterizada

¹⁰ "Expansão continuará em 69?" (Mundo Econômico, jan./69), "Evolução da conjuntura econômica em 1968" (Boletim Mensal nº 14, da Assessoria Técnica Conjunta mf/bc), ANPES: boletim trimestral (1968), Suzigan et al. (1974) e Sochaczewski (1980).

por baixo grau de eficiência, a busca de sua correção impunha-se como uma necessidade para o êxito da nova orientação decididamente voltada à integração na economia internacional. Postula-se, assim, uma mudança de perspectiva, de modo a reconhecer estar ultrapassada a fase de indústria nascente, devendo-se, pois, ingressar em uma nova fase “cuja característica básica deve necessariamente estar ligada à obtenção de níveis de eficiência iguais aos padrões internacionais”.

Mormente sobre a produção legislativa em vigilância sanitária, Piovesan (2002) exemplifica o anacronismo contextual em que foram elaboradas algumas das legislações, em comento:

O intrincado caminho das políticas sanitárias no Brasil foi sendo conformado por um mosaico normativo que traduzia as preocupações políticas, sanitárias e econômicas de cada período, em um processo de avanços e retrocessos, de desenvolvimento trôpego e eficácia aquém da crescente complexidade produtiva e social.

Nesse período ocorre, também, a promulgação da Lei nº 5.991/73, com extenso arcabouço para o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e que representa, até os dias atuais, um importante diploma para a vigilância de produtos de interesse à saúde.

As propostas de sistema de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária surgiram no Brasil em meados da década de 70, no bojo de intervenções na questão saúde e na legislação sanitária, como respostas do governo militar ao agravamento da questão social e às profundas contradições nas relações produção-consumo no setor farmacêutico¹¹.

Em que pese sua criação coincidir com o declínio desse “milagre” e com um período de crise no Regime Militar, a Lei nº 6.437/77, introduz significativos avanços na cultura sanitária do País, sobre os quais discorreremos mais adiante.

Apenas para argumentar, citamos, entre as inovações, o início da penalização para aqueles que expusessem ou entregassem ao consumo humano sal refinado ou moído que não contivesse iodo na proporção de 10 miligramas de

¹¹ http://www2.inf.furb.br/sias/saude/Textos/vigilancia_sanitaria.htm Acessado em 24/04/08.

iodo metalóide/kg de produto, contido no art. 10, XXX¹².

Atualmente, a Lei nº 9.005/95 retirou do texto do artigo as quantidades específicas, substituindo essa expressão por, “proporção estabelecida pelo Ministério da Saúde”, o que nos pareceu mais adequado à velocidade das mudanças no campo dos hábitos sociais.

Possui a Lei nº 6.437/77 outros méritos, entre eles o de haver introduzido normas regulamentadoras dos atos processuais, prazos recursais e garantias dos direitos do infrator, posto que o Decreto-Lei, em comento, trazia texto lacônico e, deveras, incerto, sobre as garantias do exercício da ampla defesa, expressando, nesse pormenor, a devida coerência com a ideologia predominante, à época, qual seja a redemocratização do País.

Encontra-se, em seu teor, uma descrição mais objetiva dos critérios para configuração da gravidade da infração – leve, grave ou gravíssima – bem como foi acrescida da definição dos atenuantes e agravantes. Eis que o Decreto-Lei, apenas, previa a consideração desses itens sem, contudo, definir-lhes. Nesse quesito, chamamos atenção à redação dada as atenuantes no art. 7º, da Lei nº 6.437/77 *verbis*, “IV - ter o infrator sofrido coação, a que podia resistir, para a prática do ato”. (grifo nosso)

A expressão “a que podia resistir” descaracteriza a coação sofrida enquanto circunstância legal capaz de atenuar o ato praticado, repercutindo, no nosso entendimento, como uma aplicação equivocada do termo. Assim não fora, não há que se perquirir sobre o vício de consentimento, que é o tipo penal que dá forma à presente excludente de ilicitude. Assim, se o agente viu-se diante de uma coação a que poderia resistir, não poderia ele lucrar com sua própria torpeza, recebendo o benefício desse instituto.

Tanto assim, que o Código Sanitário de Florianópolis, Lei Complementar Municipal nº 239/06, em seu artigo 127, IV, reescreve a atenuante introduzindo o vocábulo “não”, a seguir, transcrito: “ter o infrator sofrido coação, a que não podia resistir, para a prática do ato”. (grifo nosso)

Igual disposição encontramos no Código Sanitário de Manaus, Lei nº 392/97 e Decreto nº 3.910/97, em seu art. 613, IV e, no Código Sanitário do município de São Paulo, Lei nº 13.725/04, o inciso, sequer é mencionado. A palavra coação

¹² Disponível em <http://www.fanut.ufg.br/docs/NSP/DDI.doc> (Distúrbios por Deficiência de Iodo) Consultado em 24/04/08.

figura, nesse diploma, tão somente na condição de agravante, no art. 125, IV, *verbis* “*coagido outrem para a execução material da infração*”.

Dentre as causas excludentes de culpabilidade, mencionadas no Código Penal, em seu art. 22, 1ª parte, esse dispositivo legal aparece associado à coação moral irresistível. Considerando que os dispositivos legais adequam-se ao que é socialmente esperado do *homem médio*, não há como depreender que a ação de uma coação “resistível” possa beneficiar o agente, ao invés de supor, legitimamente, que ele agiu motivado por outra circunstância, que não a coação alegada.

De qualquer sorte, a importância da menção que fizemos, reside mais na constatação do acurado exame realizado, no nível local, pelos Códigos Municipais citados, à época de seu processo legislativo, e menos, ao equívoco da legislação federal que pretende ser suplementada e complementada em seus aspectos mais amplos.

Cumpra registrar, ainda, que em 1999, ocorre a promulgação da Lei nº 9.784/99, chamada de Lei Geral do Processo Administrativo Federal, e que representa, de certo modo, o avanço esperado pelos doutrinadores em relação à Lei nº 6.437/77, pela implementação de um conjunto de direitos e garantias mais adequadas ao Estado Democrático de Direito, todavia, há ressalva no texto legal sobre o seu caráter subsidiário em relação à regulamentação do processo administrativo sanitário. Mantendo-se, desse modo, o princípio de *lex specialis* da Lei nº 6.437/77 em relação àquela, aplicada, apenas, em caráter subsidiário e não colidente.

3. O Código Municipal de Saúde de Porto Alegre

O Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, L.C. nº 395/97, ao que parece, ainda não foi alvo de estudos sob o ponto de vista da atuação da Vigilância em Saúde e da instrução do Processo Administrativo Sanitário. Fato que conforma um campo restrito de literatura.

As fontes passíveis de consulta são os arquivos da tramitação legislativa do PLCE nº 28/94, Proc. nº 2698/94, na Câmara Municipal de Vereadores, o caderno do Conselho Municipal de Saúde (CMS, 2007), a primeira minuta do Código¹³ elaborada por comissão interna da SMS, além de entrevistas com pessoas que tiveram efetiva participação nesse processo, a exemplo dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

Assim relata o Conselho Municipal de Saúde ao elencar os encaminhamentos da I Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, ocorrida em setembro de 1991:

Propôs ainda a criação do Código de Saúde, na medida em que a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica Municipal de 1990, tornava-se necessário um Código de Saúde para dar concretude à nova política, organizacional e tecnológica. O código teria uma estruturação que permitisse à administração compreender que todas as atividades que interferem nas condições de vida e trabalho da população estão diretamente relacionadas com a saúde e teria abrangência sobre toda e qualquer ação e serviços que possam produzir dano à saúde dos indivíduos ou da população.(grifo nosso)

Além da edição das legislações citadas no relato do Conselho, a promulgação da chamada, Lei Orgânica do SUS, conformada pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, constituíram-se, certamente, em grandes propulsores desses debates no nível municipal, posto que materializaram os princípios já esboçados na Constituição Federal de 88, com ênfase para os princípios da descentralização e da participação popular.

Apenas para registro, o trecho transcrito acima, por sua compreensão da

¹³ Primeira minuta do Código Municipal de Saúde, contendo 510 artigos, elaborada pela Comissão, nomeada pela Portaria/GS nº 124/92, enviada em colaboração ao presente trabalho, pelo Eng^o Valdir Flores, DMAE.

determinação do processo de saúde-doença, enquanto algo complexo e relacionado a diversos fatores da vida em sociedade, contém o cerne do movimento de Reforma Sanitária presente no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986.

O Ministério da Saúde, nesse período, passa a regular as relações internas do SUS, através de Normas Operacionais Básicas. Interessa-nos, em especial, o conteúdo da NOB nº 01/93, por seus pressupostos à descentralização. Para Malik (2002):

A edição da NOB 01/93 estrutura o processo de descentralização por meio de instâncias progressivas de autonomia de adesão voluntária. Para os municípios, eram previstas três possibilidades: a Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena.

Nesse contexto, o município de Porto Alegre assume a condição de gestão incipiente das ações de saúde, em 1994. Para tanto, já haviam sido aprovadas as criações do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, como condições para essa habilitação.

Os relatos extraídos nas entrevistas corroboram a efervescência dos debates no período conhecido como “municipalização” da saúde, momento em que surgiu o ideário de um código sanitário municipal. A Secretária Municipal de Saúde e Serviço Social, Maria Luíza Jaeguer, nomeia, através da Portaria/GS/SMSSS nº 124, de 25/06/92, três servidores “para constituírem grupo de trabalho a fim de elaborar a minuta do Código Municipal de Saúde, no prazo de 45 dias”. Em entrevista concedida em colaboração a esse trabalho, uma das servidoras designadas pela portaria, faz o seguinte relato sobre o período:

(...) a questão de ter um Código Municipal de Saúde mais próprio para o Município, mais abrangente, que explicitasse mais as coisas do Município, então é que pensaram em fazer um CMS.

E prossegue:

(...) estávamos na questão de tornar plena a municipalização. E acho que tinha muito a ver com a questão do Conselho Municipal de Saúde, porque a vigilância ia ser municipalizada (...) todas as ações de vigilância que eram feitas pelo Estado iam começar a serem feitas pelo município.

Esse grupo de trabalho, no desenvolvimento da minuta, agregou alguns colegas para o desenvolvimento de textos específicos, realizou reuniões interdisciplinares com outros setores da Prefeitura de POA, entre eles, o DMAE, a SMAM, o DMLU, a SMOV, além do Conselho Regional de Medicina Veterinária, presidido, à época, pelo atual Deputado Federal Onyx Lorenzoni.

A minuta foi apresentada na Usina do Gasômetro, em Porto Alegre, em um seminário que reuniu outras secretarias municipais e algumas entidades civis, tal como descreve a entrevistada:

Eu lembro também que teve um, não sei se foi um seminário que a gente fez lá, na Usina do Gasômetro, (...) com várias entidades civis, me lembro que foi isso(...).

Todavia, ao que tudo indica, o final do trabalho desse grupo foi interrompido pela alternância do governo na Prefeitura e a ascensão de novo Secretário Municipal de Saúde, Luiz Henrique Mota, em 1993. Embora do mesmo partido político - Partido dos Trabalhadores – a mudança representou um novo olhar ao projeto, ensejando alterações na linha de condução da minuta.

Nesse aspecto, vale ressaltar que a correspondência do Prefeito Municipal à Câmara de Vereadores que dá início ao PLCE, Of. Nº 700/GP, de 29/12/94, apresenta-se como retificação a uma apresentação anterior, deflagrando um possível novo encaminhamento. Embora não exista outro documento anexo aos autos anterior a esse ofício, é possível deduzir que houve um encaminhamento anterior, através de outro ofício.

Caberia, nesses termos, a indagação de que a minuta produzida pelo grupo de trabalho tenha sido enviada, pelo Prefeito anterior e tenha sido retirada de tramitação. É o que supomos, ante a falta de evidência concreta a explicar a lógica do fato.

Afirmamos, ainda, que a primeira minuta, elaborada pela comissão, nomeada pela Portaria/GS, continha 510 artigos e a minuta constante do PLCE apresentado, posteriormente, perfazia um total de 210 artigos.

O segundo entrevistado do presente trabalho participou do segundo grupo responsável pela redação da minuta. Em suas considerações, esboça, igualmente,

o ideário da fase de municipalização que envolvia o município, no período, o mote central da Administração era a assunção da gestão das ações de saúde pelo município. Assim manifesta seu entendimento:

Bom eu já peguei ele... Essa proposta em andamento. (...) estava dentro da perspectiva da municipalização da saúde, se entendia que o município tinha que ter uma legislação municipal, até para poder aplicar as multas, gerar um auto de infração, uma atualização da legislação (...) para não ficar na dependência só da legislação estadual, tinham coisas da década de 70, nós já estávamos na década de 90, então, se entendia que o CMS poderia avançar em algumas questões na legislação, tanto que ele não aborda só questões de vigilância sanitária, ele tem questões da assistência, tem questões de outras áreas, que não só da área da vigilância em saúde.

A legislação estadual referida é o Código Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Decreto Lei nº 23.430/74, anterior, ainda, à Lei Federal nº 6.437/77, período de grande centralização e rigor sanitário, como explanado no capítulo anterior. Deve-se a isso, possivelmente, a referência do entrevistado à abordagem voltada à “questões de vigilância sanitária”.

Destacamos a influência do período de criação do SUS, da municipalização e, mesmo, da Reforma Sanitária, no desejo de ampliar a codificação das questões de assistência e de outras áreas, bem como a introdução do termo “Vigilância em Saúde” - termo derivado do modelo CDC¹⁴ americano introduzido na década de 90, (Declich & Carter, 1994 apud Sabrosa), em substituição à Vigilância Sanitária.

Essa influência fica mais clara no trecho, a seguir, da entrevista realizada:

(...) o CMS deveria ter uma abrangência maior, apontar questões de universalidade de atendimento do SUS, deixar uma, digamos assim, deixar atualizado com a implantação do SUS e com o estágio da implantação do SUS na época né, eu lembro que era essa discussão maior de porquê ter um Código.

¹⁴ Referência ao sistema coordenado a partir do Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos EUA. SABROSA, Paulo

Assim, com o desejo que a aprovação do CMS coincidisse com a mesma gestão governamental que viria a assumir a gestão “plena” das ações de saúde, a “nova” minuta foi encaminhada à Câmara Municipal de Vereadores, em 29 de dezembro de 1994. Consoante relatos do entrevistado, houve acréscimos na minuta feita pelo grupo de trabalho, incluindo os exames da Assessoria Jurídica da SMS e da PGM sobre a “nova” minuta.

Relata, ainda, sobre os aspectos polêmicos que foram levantados:

Não lembro de acréscimos fundamentais, eu acho que uma coisa que não tinha muito na legislação estadual foi essa questão das criações animais, acho que essa foi a coisa, talvez, mais polêmica, das questões do código, era essa questão que estabelecia canil, gatil. Foi muita polêmica na sociedade, a maior polêmica foi nisso.

Todavia, em 17/03/95, através do Of. N° 149/GP, junto a outros processos, foi solicitada, pelo Executivo, a retirada de tramitação do PLCE do Código. E, assim, em 28/03/95, a pedido, o processo foi arquivado.

Embora concluído o processo de elaboração da minuta, esta foi encaminhada à Câmara sem o, necessário, referendo do Conselho Municipal de Saúde. Motivo pelo qual, o Prefeito reapresenta o PLCE, em 12/06/95, Of. n° 324/GP, encaminhando a Ata de Aprovação do Conselho Municipal e Saúde, n° 06, de 20/04/95, solicitando tramitação e, ao final, aprovação do PLCE.

No período de apreciação, conseguimos entrevistar um dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde, que esteve presente e votou pela aprovação da minuta.

Todavia, a entrevistada não lembra dessa sessão, em específico. Em resposta às perguntas, aduz que:

A pauta do gestor era tão grande que ocupava a atenção da gente, tinha muitos projetos para serem votados se, não, a Secretaria perdia o dinheiro, tudo tinha pressa. A gente conseguiu avanços bem importantes nessas reuniões, antes os médicos não cumpriam o horário nos postos de saúde, quando a gente via, já tinha ido embora. Eu sei que ele foi aprovado (CMS), mas só eu vendo a ata desse dia pra lembrar. Tu viu meu nome lá?

Desarquivado, o PLCE segue tramitando junto à Câmara Municipal de Vereadores de Porto Alegre.

O Projeto foi recebido, novamente, pelo Presidente da Casa Legislativa, Ver. Airton Ferronato, e posteriormente, encaminhado à Comissão de Constituição e Justiça, presidida à época, pelo Ver. Elói Guimarães, para parecer sobre a constitucionalidade, legalidade e juridicidade. Na ocasião, o relator dessa Comissão opinou pelo cotejamento do PLCE com as demais legislações em vigência, tal como transcrito de Ainhorn (1995, p. 125):

Trata o presente Projeto de implantação no município de Porto Alegre do Código Municipal de Saúde, com um total de 205 artigos, matéria da mais alta relevância para a cidade.

Sugiro, preliminarmente, tendo em vista o caráter supletivo da legislação municipal em relação à legislação estadual e federal, o exame pela Assessoria Técnica Parlamentar dessa Casa, para que faça um cotejo básico entre as propostas fundamentais do presente projeto com a legislação maior em todos os níveis, a fim de buscar uma harmonia total entre os diversos textos de Lei.

Cumprir mencionar que o Vereador Issac Ainhorn, era, igualmente, advogado e professor universitário, tendo sido, inclusive, professor da subscrevente. Por esse motivo, aproveitamos, a oportunidade, para render-lhe, póstumas homenagens, pela lucidez e compreensão do sistema legal jurídico, esboçadas no parecer acima.

Em prosseguimento, pela Assessoria Técnica Parlamentar da Câmara foi relatado, em parecer, que o Projeto de Lei não continha a devida “exposição de motivos”, tal como dispõe o Regimento Interno da Câmara, art. 87, § 1º, I, que deveria ser redigido pelo autor da proposição, o Executivo Municipal.

Aduz, ainda, que o PLCE anterior continha 210 artigos e que, a nova versão, contém 205, fato que reafirma, em sua análise, o cabimento da explanação da justificativa do executivo em relação a tão importante projeto. E mais, registra que não há, diante de assunto tão relevante, qualquer registro de divulgação, o mais ampla possível, sobre o teor do PLCE, a não ser a juntada de uma Ata do Conselho Municipal de Saúde, que em reunião ordinária refere o Código em suscinta exposição (CHAVES, 1995, p. 138).

E, por fim, sugere a criação de Grupo de Trabalho, no item 4, de seu parecer, nos seguintes termos, Chaves (1995, p. 132):

Que, tendo em vista a crise do sistema de (sic) nacional de saúde, agravada por descredenciamentos e redução de atendimento médico pelos hospitais beneficentes, seja formado um Grupo de Trabalho Interdisciplinar para aprofundar a matéria, a fim de fornecer subsídios para um comparativo entre as legislações federal, estadual e municipal, sobre a saúde.

Aprovado o parecer, a Câmara oficia ao Prefeito, nos termos da peça supramencionada, para que sejam supridas as lacunas apontadas.

Houve, a seguir, novo envio de ofício nº 639/GP, contendo a “exposição de motivos” do PLCE, assinado pelo Prefeito Tarso Genro. Nesse documento, o Executivo relata as diversas etapas que levaram à construção da minuta, para afirmar a constitucionalidade e a legalidade do documento. Destacamos o trecho final, *verbis*:

Ao normatizar áreas tão importantes como os estabelecimentos de saúde, controle de doenças transmissíveis, saúde do trabalhador, vigilância sanitária de alimentos, de medicamentos, cosméticos, domissanitários, sangue, uso de poços e controle sanitário de águas e da criação de animais, o Município de Porto Alegre dará um passo importantíssimo na melhoria da qualidade de vida de seu povo, uma vez que irregularidades em várias dessas áreas contribuem para o adoecimento e o sofrimento do cidadão em bairros e vilas de nosso Município. (grifo nosso)

Embora suprida a ausência da “exposição de motivos” pelo Executivo, o Grupo de Trabalho para exame da matéria legislativa, sugerido no parecer da assessoria técnica parlamentar, não logrou ser criado na Câmara de Vereadores.

Possivelmente, suprimindo essa ausência, é que a Câmara solicitou a sua Biblioteca, pesquisa de legislação estadual e federal, afeta ao assunto da proposição, e que foram acostadas aos autos do PLCE, entre elas figurava a Lei Federal nº 6.437/77.

Dando prosseguimento à tramitação do PLC, o Vereador Reginaldo Pujol, substituiu o Ver. Isaac Ainhorn, na relatoria da Comissão de Constituição e Justiça e solicitou o encaminhamento de cópias da minuta a diversas entidades da sociedade civil para colher suas análises sobre o teor do documento, entre elas, o SINDIHOSPA, o CREMERS, o SIMERS, CRF, CRMV, CRBio 4, AGITRA, entre outras, que, por sua vez, reenviaram as cópias aos seus associados.

Desse modo, retornaram ao processo, em estado original, todas os

comentários, propostas de alterações e críticas ao projeto, feitas por essas entidades. Embora não sejam objetos de estudo nesse trabalho, esses comentários encontram-se disponibilizados nos autos do processo do PLCE e são muito ilustrativos da mudança de paradigmas que a “municipalização da saúde” gerou na sociedade portoalegrense, bom como dos desconfortos carreados pelas mudanças introduzidas nesse período.

O relator encaminhou tantas emendas¹⁵ ao projeto quantas foram as manifestações dessas entidades, na exata forma em que foram encaminhadas à Câmara. Dos três volumes que compuseram o projeto, o tomo II ocupa-se, quase que exclusivamente, delas.

Salientamos, duas delas, por suas características peculiares, a primeira delas, tenta suprimir o “poder de polícia” conferido à autoridade sanitária, criticando seu poder discricionário e aduzindo “não ser recomendável que se consagre na lei” (PUJOL, 1996, emenda nº 08, p. 246), e a segunda, por afirmar que o fumo e seus derivados “não são produtos de interesse à saúde”, julgando “ter adivido (sic) um lapso do redator do inciso” (PUJOL, 1996, emenda nº 12, p. 300). A emenda 12 não foi aprovada, posto que consta do CMS, em seu art. 2º, LV, o fumo e seus derivados, como sendo produtos sujeitos à fiscalização da Vigilância à Saúde.

Como consequência dessa catarse, provocada pelo debate do projeto, antes mesmo de sua votação, o cotejamento restou prejudicado. Portanto, não houve retorno do PLCE à Assessoria Técnica Parlamentar, omitindo-se a apreciação do projeto à luz da legislação em saúde, do ponto de vista de seu cabimento e legalidade, e o PLC seguiu para os debates em Plenário.

Com algumas alterações, fruto das mais de 79 emendas apresentadas, além das Emendas de Liderança, Emendas de Plenário, o Código foi aprovado no apagar das luzes do período legislativo, em 23 de dezembro de 1996, sendo publicado em janeiro de 1997, no DOPA.

Esses fatos, talvez, expliquem as divergências encontradas no Código Municipal de Saúde, em relação à Lei Federal 6.437/77.

¹⁵ Emenda é a proposição apresentada por Vereador ou Comissão que visa a alterar parte de projeto, devendo ter relação com a matéria da proposição. (art. 92 do Regimento Interno da Câmara)

3. Divergências

Anteriormente ao período da municipalização e à edição do Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, o Decreto Lei nº 23.430/74, conhecido como Código Estadual de Saúde tinha vigência plena sobre as ações de vigilância em saúde e regulava, igualmente, o processo administrativo sanitário.

Segundo Cartana (2000, p. 21):

O processo administrativo sanitário é o instrumento legal que possibilita a identificação, o enquadramento e a autoria do delito sanitário com vistas à punição individuada e, conseqüentemente, o restabelecimento da normalidade e da regularidade da coisa, serviço, ambiente ou bem, quanto às condições exigíveis para produção e consumo de bens ou prestação de serviços.

Assim, consideramos, à luz da legislação, que o processo administrativo sanitário é o desdobramento legal da interposição do Auto de Infração, lavrado pela autoridade sanitária, em decorrência do poder de polícia administrativa conferido pela Administração Pública.

Sobre o poder de polícia administrativa, julgamos pertinente tecer maiores comentários, posto que esse instituto, pertencente ao direito administrativo, encerra, o princípio da supremacia dos interesses comuns sobre os interesses privados. No dizer de Medauar (2000, p. 390), “A noção de *poder de polícia* permite expressar a realidade de um poder da Administração de limitar, de modo direto, com base legal, liberdades fundamentais, em prol do bem comum”.

Interessante frisar a relação desse princípio com o caráter dual das ações de saúde pública, pela linha tênue que resulta do confronto entre os direitos individuais e os interesses coletivos. A saúde é um direito humano fundamental e, portanto, um direito individual, mas que resulta do amplo exercício desse direito pela coletividade, já que ninguém pode alcançá-lo individualmente. Melhor dito, “As limitações aos comportamentos humanos são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade” (DALLARI, 1988)

Há, desse modo, uma tensão gerada pela relativização de alguns direitos individuais, que se afigura na utilização do poder de polícia, pela Administração Pública, quando busca a materialização do direito à saúde em relação à coletividade. E que, somente, logrará o necessário entendimento pela sociedade

civil quando, em nossa opinião, houver o entendimento do, já mencionado, caráter dual das ações de saúde pública e a efetiva participação do controle social.

Por sua vez, o processo administrativo sanitário, à semelhança do processo judicial, conjuga os atos capazes de responsabilizar os administrados pelo descumprimento das normas do direito sanitário. E, para tanto, está organizado sob um conjunto de atos e procedimentos que lhe conferem a devida legalidade.

Assim, a Lei Federal nº 6.437/77, caracteriza, como mencionado no capítulo 2, as infrações sanitárias, bem como disciplina, com exclusividade, o processo administrativo sanitário. De sua origem legislativa e de seu caráter de lei específica, resulta sua superioridade hierárquica sobre as demais disposições.

Exemplo disso é que, anteriormente à edição da Lei Federal nº 6.437/77, o Código Estadual de Saúde, Decreto nº 23.430/74, continha disposições sobre o processamento desses atos no processo administrativo sanitário, na chamada parte processual ou direito adjetivo. Todavia, ante a promulgação de lei “maior”, estas disposições foram consideradas revogadas, frente às disposições introduzidas pela lei federal, às quais, conferiram supremacia na aplicabilidade, a partir de então.

Nesse sentido, afirma Cartana (2000, p. 34), referindo-se ao Código Estadual de Saúde:

Portanto, excetua-se da aplicabilidade do Regulamento aprovado pelo Decreto 23.430/74 os artigos de direito adjetivo que aquela lei federal abrange e substitui e que, conseqüentemente aos efeitos do princípio da hierarquia das leis, ficam revogados, perdendo automaticamente a sua eficácia.

Partindo-se desse pressuposto que é corroborado por outros eminentes doutrinadores, assim como a Dra. Argita P. Cartana, que é advogada e já integrou a Assessoria Jurídica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, como assessora e coordenadora, examinaremos a recepção que as normas processuais tiveram no texto do CMS, promulgado após a edição da lei federal, em comento.

No quadro, a seguir, elencamos alguns artigos de ambos os diplomas legais, para ilustrar os diferentes entendimentos ou ausência deles.

Tipo de Ato	Lei Federal 6.437/77	Código Municipal de Saúde
Auto de Infração	As infrações sanitárias serão apuradas em processo administrativo próprio, iniciado com a lavratura do Auto de Infração, observados o rito e prazos contidos nesta Lei. (art. 12)	O Auto de Infração será lavrado quando: I - na apreensão (...); II - decorrido prazo fixado pela notificação e III - no caso de não cumprimento desta e concluída a análise fiscal pela condenação do produto. (art 182 e seus inc.)
	O auto de infração será lavrado na sede da repartição ou no local em que for verificada a infração (...) devendo conter: VII – prazo para interposição de recurso; (art 13)	No artigo correspondente o CMS, não aborda o local da lavratura e na descrição dos componentes do A.I. não há menção de que os prazos recursais devam ser informados. (art. 183)
Notificação	O infrator será notificado para ciência do Auto de Infração. (art. 17).	DA NOTIFICAÇÃO - A aplicação de qualquer uma das sanções estipuladas no art. 168, será feita por escrito, a fim de dar conhecimento à parte interessada das medidas corretivas necessárias. (art. 172)
Prazo de Defesa	O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de 15 (quinze) dias contados de sua notificação. (art. 22)	O infrator terá prazo de 10 (dez) dias para apresentar defesa, através de requerimento dirigido ao Secretário Municipal de Saúde. (art. 186)
Obrigação Subsistente	Quando, apesar da lavratura do Auto de Infração, subsistir, ainda, obrigação a cumprir, será expedido Edital fixando o prazo de 30 dias para seu cumprimento (...) (art. 18) A autoridade, por motivo de interesse público, mediante despacho fundamentado, poderá reduzir ou aumentar o prazo. (parágrafo único)	Sem artigo correspondente*. * Na notificação, primeiro documento a ser lavrado, é que há concessão de prazo para adequação, cujo prazo não poderá exceder 30 dias. Somente, em caso de descumprimento desse prazo, será lavrado o Auto de Infração.
Execução Forçada	O não cumprimento à obrigação subsistente, além da execução forçada acarretará a fixação de multa diária (...) até o cumprimento da obrigação, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação. (art. 19)	Sem artigo correspondente.
Desacato	O desrespeito ou desacato ao servidor competente, em razão de suas atribuições legais, bem como embargo oposto a qualquer ato de fiscalização de leis ou atos regulamentares em matéria de saúde, sujeitarão o infrator à penalidade de multa. (art. 20)	Sem artigo correspondente.

Tipo de Ato	Lei Federal 6.437/77	Código Municipal de Saúde
Redução do valor da multa	No pagamento da multa imposta, no prazo de 20 dias, estas sofrerão redução de 25%, implicando em desistência tácita de defesa ou recurso. (art. 21)	Sem artigo correspondente.
Manifestação do servidor	Antes do julgamento da infração, a autoridade julgadora deverá ouvir o servidor autuante, que terá 10 dias para se manifestar a respeito (art. 22, § 1º)	Sem artigo correspondente.
Multas	<p>I – nas infrações leves, de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais);</p> <p>II – nas infrações graves, de R\$ 20.000,00 a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)</p> <p>III – na infrações gravíssimas, de 50.000,00 a 100.000,00 (cem mil reais) (art. 2º, § 1º, I)</p>	<p>infrações leves – multa de 01 (uma) a 100(cem) UFM's*;</p> <p>infrações graves – multa de 101 (cento e uma) a 1.000 (mil) UFM's;</p> <p>infrações gravíssimas – multa de 1001 (mil e uma) a 2.000 (duas mil) UFM's**</p> <p>* UFM – Unidade Fiscal do Município, aproximadamente, equivalente a R\$ 2,00 (dois reais) ** Originalmente a redação do CMS traz a UFIR como referência e faz ressalva a utilização de outros índices que venham a substituí-la.</p>

O quadro acima traz algumas situações onde o CMS dispõe diversamente do que diz a Lei Federal nº 6.437/77 e, em que pese seja possível fazê-lo, em razão do interesse local, é questionável, todavia, do ponto de vista da utilização diária dessas legislações pela Vigilância em Saúde, assim como é questionada, de fato, nas defesas e recursos de AI's pelos autuados e seus patrocinadores legais.

Baseados somente na legislação municipal, questionam os procedimentos executados pelo órgão fiscalizador e, não raro, recorrem ao Poder Judiciário, a fim de sustar os atos da autoridade sanitária.

O instituto da interdição, enquanto penalidade resultante do julgamento do processo administrativo sanitário, é um exemplo disso, posto que o Código Municipal determinou sua aplicação exclusiva pelo Secretário da Saúde, sem que faça menção à possibilidade de interdição cautelar pelo servidor municipal, no exercício do “poder de polícia”, delegado pelo Secretário Municipal de Saúde, em ato legal publicado no Diário Oficial do Município.

Em relação à notificação, o disposto no CMS, diverge da Lei Federal e queda-se silente, em relação à ciência inequívoca do autuado em relação ao A.I. Lavrado em relação a ele.

Além disso, as capacitações recebidas pela Secretaria Estadual de Saúde, baseiam-se nas disposições da Lei Federal e capacitam os servidores à lavratura do Auto de Infração como documento hábil para registro do fato, enquanto o CMS determina a lavratura de Notificação. Posto que a Lei Federal considera a Notificação à similitude da citação no Processo Civil, requisito de validade da constituição da relação processual, Carvalho et al (2004).

O CMS dispõe diversamente da Lei Orgânica do Município de POA, que, aduz em seu art. 5º, que a Notificação é processo administrativo e, no art. 6º, diz que a constatação de irregularidade acarreta a lavratura de Auto de infração.

Para além da análise, do cabimento ou não, dessas divergências é mister observar que os Agentes de Fiscalização, a quem incumbe a fiscalização dos estabelecimentos de interesse à saúde, quando lotados na SMS/CGVS, são, não raro, oriundos das equipes de fiscalização de outras Secretarias Municipais, e essas diferenciações causam grande divergência de métodos e procedimentos no trabalho executado.

Ademais, há divergências em relação aos prazos concedidos, ao tipo e à nomenclatura dos documentos a serem utilizados e quanto à forma dos atos. Tais circunstâncias, do ponto de vista da legalidade, merecem maior e destacada atenção da Administração Pública.

A situação apontada dá azo, ainda, a questionamentos, inclusive, sobre a capacidade da Secretaria Municipal de Saúde em relação à saúde do trabalhador que, por conta da redação dado no CMS, teve declarado como institucional a sua capacidade de fiscalizar os ambientes de trabalho, em que pese o objeto estar contido na Lei Orgânica da Saúde, art. 6º, V e art. 18, III, alínea “e”.

Em outros momentos, quando se faz necessário legislar supletivamente a outras legislações, a Secretaria Municipal de Saúde tem sua competência questionada por outros setores da própria Administração Pública.

Acreditamos, assim, que um olhar mais detido ao CMS, poderia lograr, não só, a facilitação das rotinas de serviços do órgão competente e de seus servidores, bem como poderia lançar luzes sobre as capacidades e competências atribuídas à Secretaria Municipal de Saúde, bem como garantir a consecução do objetivo maior, que é a segurança sanitária devida aos munícipes dessa cidade.

5. Considerações Finais

No início desse trabalho as hipóteses levantadas para, talvez, explicar as causas para algumas divergências, presentes no Código Municipal de Saúde, eram bem mais fantasiosas.

Imaginávamos um contexto bem mais complexo em torno do PLC que redundou na aprovação do Código Municipal de Saúde, um grande debate doutrinário oculto por outros interesses políticos e econômicos ou, ainda, a preponderância dos interesses locais sobre os determinantes do campo da saúde pública.

Nem por isso, os fatos históricos, sociais e políticos que integram o contexto da criação do Código são menos complexos ou determinados. Fomos perscrutando, ao longo da pesquisa, o momento que serviu de cenário, tanto à minuta do Código, quanto à tramitação do processo legislativo, e constatamos que esse momento foi fecundo para o Município.

O período de “municipalização” da saúde em de Porto Alegre desdobrou-se em inúmeros atos de gestão, que revelavam, em cada instância, o entendimento que as pessoas e as instituições tinham a respeito dos deveres, das competências e da forma de administrá-las.

Esse processo desencadeou uma série de adequações dentro da própria Secretaria, em estrutura física e de pessoal, de competências e de materialização das ações. A própria Câmara de Vereadores, no mesmo ano em que publicou a Lei Complementar nº 395/97, publicou, também, lei específica acrescentando e explicitando as diversas fases de tramitação dos processos legislativos.

De qualquer sorte, esse foi um processo marcado pelo isolamento do município na tarefa de habilitar-se para gerir um setor complexo, como é a saúde. Não há, além da consulta ao Código Municipal de São Paulo, mencionada, apenas, por uma entrevistada, nenhuma outra referência a consultas realizadas em outros Estados ou Municípios, onde o processo de municipalização já havia sido implantado, sequer, há indícios de influências exógenas nas demais etapas do processo.

Embora pudesse parecer um contra-senso falarmos em incipiência do Município - posto que as ações de saúde, até então desenvolvidas, possuíam esse caráter - o campo da saúde pública, todavia, por sua complexidade, por seus

diferentes níveis de intervenção no processo de saúde-doença, é também, um campo em permanente construção, alternando períodos de apropriação e incipiência. Mesmo no nível federal, a organização dos serviços públicos de saúde é muito recente, em termos históricos, a criação do SUS, por exemplo, remonta os últimos 20 anos do nosso País.

Nossa maior surpresa, entretanto, foi a constatação de que a tramitação do processo no legislativo municipal não representou tantas alterações ao projeto, como foram as alterações e reduções imprimidas pela própria administração pública, nas diversas vezes em que o apresentou.

Dos originais 519 artigos da primeira minuta o CMS restou aprovado com, apenas 221, e atrevemo-nos a dizer que foram olvidadas significativas contribuições ali contidas. Fato surpreendente, também, é que a primeira minuta dispunha, em seu capítulo – Auto de Infração – a descrição adequada aos ditames da Lei Federal, em comento. Descrevia o conceito de Autoridade Sanitária, buscava o envolvimento do controle social nas ações de vigilância e elencava ações de promoção e prevenção da saúde sob a responsabilidade de entidades privadas.

Tem-se aqui, outro paradoxo, que se constitui no fato de que a primeira minuta do Código introduzia mais avanços e se coadunava aos princípios e diretrizes do SUS, que o projeto final apresentado à Câmara para votação.

O presente trabalho nos oportunizou, também, um maior contato com as questões afetas ao campo da saúde do trabalhador e, embora não sendo objeto desse trabalho, as informações, encontradas durante a pesquisa, afiguram-se em um campo fecundo de pesquisa e debate social.

Em relação à Lei Federal nº 6.437/77, além de todo esboçado, sobejam indagações sobre o quanto de suas disposições atendem à segurança sanitária e o quanto estão determinadas pelo cunho anti-democrata em que, a lei, foi concebida. As determinantes econômicas, que cercaram o período de sua promulgação, apontam para importante fato já perscrutado por alguns autores, que se traduz na utilização das restrições sanitárias como verdadeiras barreiras alfandegárias para a comercialização de produtos, proteção de patentes, trazidas pelo desenvolvimento do País e sua maior inserção no comércio internacional.

Todavia, este continua sendo um diploma de referência nas ações de vigilância em saúde, em todo País, não fora, o único. E sua utilização, atentando para recomendação de Carvalho (2004) não pode estar dissociada da utilização da

Lei nº 9.784/99, posto que a última lhe fornece subsídios, diríamos, mais ajustados ao período democrático em que vivemos.

Concluimos, realçando a importância de estarmos sempre repensando as leis que nos governam, perscrutando suas finalidades, sua adequação democrática e sua real utilidade nos dias que vivemos, enfim, sua capacidade de regular-nos com vistas à produção do valor público.

E assim, retomamos a importante indagação que consta no preâmbulo desse trabalho, escrita pelo filósofo Rousseau (1762), em sua célebre obra, *Do Contrato Social*, há mais de 2 séculos:

“Eu quero investigar se pode haver, na ordem civil, alguma regra de administração, legítima e segura que tome os homens como são e as leis como podem ser. Cuidarei de ligar sempre, nesta pesquisa, o que o direito permite com o que o direito prescreve, a fim de que a justiça e a utilidade de algum modo se encontrem divididas”.

6. Referências Bibliográficas

AITH, Fernando Abujamra. Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro. Volume I. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE. Projeto de Lei Complementar do Executivo nº 28/94, proc. nº 2698/94 – Institui o Código Municipal de Saúde de Porto Alegre – Vol. I, II e III.

CARTANA, Argita Prado. Processo Administrativo Sanitário. Editora Alcance. Porto Alegre, 2000.

CARVALHO, Cristiano; Machado, Rafael Bicca; Timm, Luciano Benetti. Direito Sanitário Brasileiro. Editora Quartier Latin. São Paulo, 2004.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: 15 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS – 1992/2007. 1ª edição. Porto Alegre, 2007.

CRETELLA JUNIOR, José. Direito Administrativo Brasileiro. Rio de Janeiro: Forense, p. 547-549, 1999.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito à Saúde. Rev. de Saúde Pública. São Paulo 22 (1):57-63, 1988.

_____. O papel do Município no Desenvolvimento de Políticas de Saúde. Rev. de Saúde Pública, São Paulo, 25 (5), 1991.

_____. O Direito à Saúde como Determinante da Política Sanitária e da Construção Democrática: Sujeitos e Direitos. Indes Virtual, Curso para Tutores, Módulo II, Unidade 2.2, p. 24. Washington D. C., United States, 2008.

DECLIC & CARTER (1994) apud Sabrosa, Paulo. Vigilância em Saúde – antecedentes históricos. http://www.abrasco.org.br/GTs/Vigilancia%20em%20Saude_Sabrosa.pdf

FLACH, Bethania R. Pederneiras. Parecer nº 1054/02 da PGM/POA, homologado, em 09/08/02, pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Rogério Favreto.

LEI FEDERAL nº 6.437/77. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L6437.htm>

LEI COMPLEMENTAR nº 239/06. Código Sanitário de Florianópolis.

LEI COMPLEMENTAR nº 395/97. Código de Saúde de Porto Alegre.

LEI nº 392/97 e Decreto nº 3.910/97. Código Sanitário de Manaus.

LEI nº 13.725/04. Código Sanitário do Município de São Paulo.

MACARINI, José Pedro. A Política Econômica do Governo Costa e Silva 1967-1969. Rev. Econ. Contemp. v.10, nº 3, Rio de Janeiro, set./dez. 2006.

_____, A Política Econômica do Governo Médici: 1970-1973, Nova econ. v.15, nº 3, Belo Horizonte, set./dez. 2005.

MALIK, A. M. Planejamento, Financiamento e Orçamento da Saúde. In: Márcio I. Aranha; Sebastião B. B. Tojal. (Org.). Manual Conceitual do Aluno do Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário. 1ª ed. São Paulo: Fiocruz, 2002, v. , p.159-173.

MEDAUAR, Odete. Direito Administrativo Moderno: de acordo com a EC 19/98 – 4ª ed. rev. atual. e ampl. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Direito Sanitário com Enfoque na Vigilância em Saúde, Série E – Legislação de Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_direito_sanitario.pdf. Arquivo capturado em janeiro 2007.

PIOVESAN, Márcia Franke. A construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, p. 102, 2002.

RESOLUÇÃO nº 1.178/92. Regimento Interno da Câmara Municipal e Vereadores de Porto Alegre. Publica no DOPA em D.O.E. 20.07.1992.

SILVA, J.A. Curso de Direito Constitucional Positivo. 14^a ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 455, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – Minuta do Código Municipal de Saúde. Portaria/GS nº 124, de 25/06/92.