

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Descentralização da Vigilância Sanitária: análise dos serviços no contexto da municipalidade, microrregião Teles Pires, Mato Grosso, Brasil”***

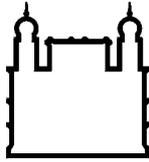
*por*

***Helena Yukiko Miyashita Ferrari***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marismary Horsth De Seta*

*Rio de Janeiro, novembro de 2010.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Descentralização da Vigilância Sanitária: análise dos serviços no contexto da municipalidade, microrregião Teles Pires, Mato Grosso, Brasil”***

*apresentada por*

***Helena Yukiko Miyashita Ferrari***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Roberto Parada

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisele O’Dwyer de Oliveira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marismary Horsth De Seta – Orientadora

Catálogo na fonte

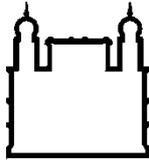
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

F375 Ferrari, Helena Yukiko Miyashita  
Descentralização da vigilância sanitária: uma análise dos serviços  
no contexto da municipalidade na microrregião Teles Pires, Mato  
Grosso, Brasil. / Helena Yukiko Miyashita Ferrari. Rio de Janeiro: s.n.,  
2010.  
170 f., tab.

Orientador: De Seta, Marismary Horsth  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Descentralização. 2. Vigilância Sanitária. 3. Gestão em Saúde. 4.  
Cidades. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.42098172



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 24 de novembro de 2010.

---

Helena Yukiko Miyashita Ferrari

CG/Fa

**Aos meus pais, minha família e meu  
marido por me mostrarem o que é realmente  
essencial à vida.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente pela vida, e por ter me concedido perseverança, força e coragem para a realização de mais um sonho;

Aos meus pais, Hideo e Shimako, e familiares, por terem me apoiado nos momentos de dificuldades, com seu carinho e dedicação, pelos ensinamentos recebidos ao longo da minha vida, e principalmente pela compreensão nos momentos de ausência, que não podem mais ser revividos, dedicados à elaboração dessa dissertação;

Às minhas irmãs Marlene e Neusa ao meu cunhado Dailor e à minha afilhada, Suemi, pelo amor, paciência, força, amizade e apoio nos momentos difíceis. Enfim, pela presença em todos os momentos vivenciados na construção e realização desse sonho;

Ao Elmar, meu companheiro de vida, por seu amor, companheirismo, dedicação, e pela sua presença durante o processo de coleta de dados, nos municípios pesquisados, sem a qual seria impossível terminar essa dissertação no prazo, em função das dificuldades relacionadas à distância e ao tráfego por vias sem pavimentação asfáltica. Mas, também por ter entendido a minha ausência em momentos que não poderão ser revividos e até quando precisou de apoio, para que eu pudesse me dedicar à minha realização profissional e na elaboração da dissertação, pelo carinho em todos os momentos de ansiedade, angústia e impaciência para conclusão desta pesquisa;

À Dona Virginea, minha outra mãe, pelo apoio, amizade, e com quem pude contar em todos os momentos em que estive ausente e durante a construção deste trabalho;

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marismary Horsth De Seta, pela generosidade, competência, seriedade, paciência com que conduziu a orientação deste trabalho, acolhendo-me nos momentos de ansiedade, atendendo às minhas solicitações e transmitindo seus conhecimentos à medida que surgiam minhas dúvidas;

Às Professoras Inês Echenique Mattos e Silvana Granado pela condução na coordenação do Mestrado Profissional, e pela amizade e apoio em todos os momentos para que eu pudesse realizar esse grande sonho;

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, pelos conhecimentos e grandes contribuições para a prática profissional;

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Gisele O’Dwyer e ao Prof. Dr. Roberto Parada pela leitura crítica do texto de qualificação e pelas sugestões que me permitiram melhorá-lo;

À Prof<sup>a</sup> Dra. Marilene de Castilho Sá, Chefe do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS/Ensp/Fiocruz); à Luzimar e à Carmem, da Secretaria do DAPS; à Elizabete e à Vera, do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária (Cecovisa/Ensp/Fiocruz), que contribuíram para a construção desta pesquisa e realização profissional;

Aos amigos do Mestrado Profissional, pela amizade, apoio e momentos inesquecíveis, que já sinto saudades, em especial à Valéria pela força, amizade e incentivo para vencer

todos os desafios durante o mestrado, à Renata, uma pessoa que admiro muito, por tudo que ela é e por me acompanhar e apoiar mesmo à distância na construção dessa pesquisa;

A todos da Escola de Saúde Pública David Nasser – Campo Grande/MS por nos acolher e apoiar durante todo o período;

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Superintendência de Vigilância em Saúde e Coordenadoria de Vigilância Sanitária, órgão financiador para participação no curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública;

Ao Sr. Fábio José da Silva, Coordenador de Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso pelo apoio, e em especial à Cristiane, e a todos da gerência de certificação de alvará que contribuíram tornando possível a minha participação neste mestrado;

Aos Secretários Municipais de Saúde da Microrregião Teles Pires/MT e profissionais de Saúde pela atenção e disposição em contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa;

À Senhora Márcia de Lara Soriano, durante o período em que estive na Direção da Regional de Saúde de Sinop, pelo apoio e amizade na realização de um sonho, mesmo diante dos grandes desafios a serem superados na Vigilância Sanitária;

À Diretora Sra. Fernanda e aos meus amigos do Escritório Regional de Sinop, pelo apoio, amizade, compreensão nos momentos em que estive ausente na busca de realizar um sonho e por terem contribuído na construção deste trabalho, em especial a Evaldir Nobres, Márcia Ranzan, Eliane Coelho, Marinês Tibola, Vânia Loureiro, Cecília Nogami, a toda a equipe da Vigilância Sanitária, que sempre apoiaram as minhas escolhas e peço desculpas por alguma omissão;

À Banca Examinadora Prof. Dr. Roberto Parada (IMS/UERJ), Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia França (IMS/EERJ), Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gisele O'Dwyer de Oliveira (ENSP/FIOCRUZ) e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Lúcia Edais Pepe (ENSP/FIOCRUZ) pelas contribuições apresentadas.

## **RESUMO**

Esse estudo qualitativo e exploratório, mediante a estratégia de pesquisa do estudo de caso múltiplo, aborda a totalidade dos 14 serviços de vigilância sanitária (VISA) da Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso, no contexto da municipalidade. Realizaram-se 31 entrevistas com gestores municipais de saúde, coordenadores de Vigilância em Saúde e coordenadores de Vigilância Sanitária municipais; observação sistemática e análise documental. Buscou-se responder à seguinte indagação: qual o grau de descentralização da vigilância sanitária em Mato Grosso e que atributos municipais interferem no processo de descentralização das ações de VISA na Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso? Entende-se a efetivação da descentralização como a realização descentralizada – no nível local/municipal – de ações de vigilância e da gestão; estruturação de serviços antes frágeis ou inexistentes e, por fim, como repartição de recursos financeiros. Os resultados apontaram, além da precariedade estrutural dos serviços municipais de vigilância sanitária, dificuldades na execução de pequeno leque de ações descentralizadas, que se apóiam em demandas espontâneas e em denúncias, sem que se faça planejamento e avaliação das ações realizadas; ações que se realizam de forma fragmentada e desarticulada das demais, mesmo com a existência de uma coordenação de vigilância em saúde; desarticulação em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, Colegiado de Gestão Regional, e de outros órgãos e instituições municipais; insuficiência em relação às ações educativas junto à população e setor regulado sobre a importância de consumir produtos e utilizar serviços de qualidade; interferência política. Espera-se que o estudo contribua para o processo decisório da vigilância sanitária em âmbito regional, na medida em que se buscou abranger com a pesquisa o período atual, pós- Pacto pela Saúde, e a totalidade dos municípios da microrregião, no que reside a originalidade do estudo em questão.

**Palavras-chave:** Descentralização; Vigilância Sanitária; Gestão; Municípios.

## **ABSTRACT**

This qualitative and exploratory study, through the research strategy of multiple case study, covers all the 14 sanitary surveillance services (VISA) of Teles Pires Micro-region, in the State of Mato Grosso, in the context of municipality. Thirty-one interviews were conducted with local health managers, health surveillance coordinators and municipal Sanitary Surveillance coordinators; systematic observation and document analysis. We attempted to answer the following question: what is the degree of decentralization of health surveillance in Mato Grosso and which municipal attributes that interfere with the process of decentralization of VISA actions in the Teles Pires Micro-region? It is understood that the establishment of decentralization is a decentralized act – in the local/municipal level – of surveillance and management actions; implementation of previously weak or nonexistent services and, finally, distribution of financial resources. The results pointed out the precarious structure of municipal health surveillance services, and difficulties in implementing the small range of decentralized actions, which rely on spontaneous demands and complaints, without planning or evaluation of actions taken; fragmented actions, disjointed from the others, even with the existence of a health surveillance coordination; dislocation in relation to the Municipal Health Councils, Regional Management Board, and other governmental and municipal institutions; failure in relation to educational activities for the population and regulated sector concerning the importance of consuming products and using quality services; political interference. It is hoped that this study will contribute to the decision making process of health monitoring at the regional level, since this research sought to cover the current period, post-Health Agreement, and all municipalities within this micro-region, in which lies the originality of this study.

Key words: Decentralization; sanitary surveillance; management; municipalities.

<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS</b>	<b>PÁGINAS</b>	
Quadro 1	Repasso de Recursos Financeiros Federais (FNS E ANVISA) do componente Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.	41
Quadro 2	Distribuição do quantitativo de Gestores e coordenadores de VS e VISA segundo categoria profissional da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.	56
Quadro 3	Distribuição de gestores e coordenadores de vigilância em saúde e de Vigilância Sanitária (VISA) municipal segundo características sociodemográficas e funcionais, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.	57
Quadro 4	Número e Percentual de Municípios que possuem equipamentos/veículos para Vigilância sanitária. (n=14).	60
Quadro 5	Instrumento de trabalho segundo municípios da Microrregião Tele Pires, Mato Grosso, 2010.	61
Quadro 6	Conteúdo dos Planos de Ação municipal aprovados, dos municípios da Microrregião Tele Pires, Mato Grosso, 2010.	69
Quadro 7	Distribuição do volume de ações de VISA segundo tipo, objeto e natureza da ação em ordem crescente conforme gestores (1), Coordenadores de VS (2) e VISA (3) da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010	80
Quadro 8	Distribuição do quantitativo de recursos humanos segundo categoria profissional, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010	95
Quadro 9	Relação das capacitações e treinamentos segundo municípios da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010	96
Quadro 10	Distribuição dos municípios segundo ações de poder de polícia, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010	98
Quadro 11	Articulação técnica, político-administrativa com o serviço de VISA Estadual e ANVISA, segundo entrevistados, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010	104
Tabela 1	Características sociodemográficas e econômicas dos municípios da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010	54

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APLAN	Assessoria de Planejamento
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CDL	Câmara de Diretores Lojistas
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPMF	Contribuição por Movimentação Financeira
CSS	Contribuição Social para a Saúde
EC	Emenda Constitucional
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FINLACEN/VISA	Financiamento de Laboratório para Ações de Vigilância Sanitária
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundos de Participação dos Municípios
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
ISS	Imposto sobre serviços
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LOM	Lei Orgânica Municipal
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NADAV	Núcleo de Assessoramento na Descentralização das ações de
Vigilância Sanitária	
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PAP	Programação das Ações Prioritárias
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PES	Plano Estadual de Saúde
PFVISA	Piso Fixo de Vigilância Sanitária

PIB	Produto Interno Bruto
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PVVISA	Piso variável de Vigilância Sanitária
SES/MT	Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso
SIM	Selo de Inspeção Municipal
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SNVS	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
STN	Sistema Tributário Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAM	Termo de Ajustes e Metas
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFVISA	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
VA	Vigilância Ambiental
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
JUSTIFICATIVA.....	7
OBJETIVOS: .....	9
REVISÃO DA LITERATURA.....	10
METODOLOGIA.....	45
Estratégia da pesquisa e limitações do método .....	45
Seleção dos casos e unidade de análise .....	47
Procedimentos para coleta, codificação e análise de dados .....	47
Aspectos éticos da pesquisa.....	51
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	52
A Microrregião Teles Pires.....	52
Caracterização dos entrevistados .....	55
Secretários Municipais de Saúde .....	55
Coordenadores de Vigilância Sanitária e de Vigilância em Saúde .....	55
A perspectiva dos Secretários Municipais .....	58
Estruturação dos Serviços de VISA .....	58
Processo de trabalho: as ações .....	65
Gestão municipal.....	67
Incorporação das especificidades locais e ações .....	68
Contexto local e atributos municipais .....	73
Recursos financeiros .....	76
A perspectiva dos coordenadores de Vigilância em Saúde (VS).....	82
Estruturação do serviço de VISA .....	82
Gestão municipal.....	82
Incorporação das especificidades locais e ações .....	83
Processo de trabalho.....	85
Contexto local e atributos municipais .....	87
A perspectiva dos coordenadores de VISA .....	92
Estruturação do serviço de VISA.....	92
Processo de Trabalho.....	97
Gestão Municipal .....	101
Incorporação das especificidades locais e ações .....	102
Contexto local e atributos municipais .....	104
As distintas perspectivas segundo as categorias analíticas.....	109
Descentralização e gestão .....	109
Estruturação dos Serviços de VISA .....	110
Incorporação das especificidades locais e ações .....	112
Ações de controle de risco sanitário (processo de trabalho).....	116
Incorporação das especificidades locais e ações .....	119
Gestão.....	121
Categoria Contexto local/atributos municipais .....	128
REFERÊNCIAS .....	139
APÊNDICES .....	150
Apêndice 1: Protocolo para Estudo de Caso.....	151
Apêndice 2: Roteiro para observação sistemática e coleta de dados documentais .....	158
Apêndice 3: Check list .....	163
Apêndice 4 – Atributos municipais - Microrregião Teles Pires, MT, 2010. ....	165
ANEXOS .....	166
Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....	167
Anexo II - Elenco norteador das ações de VISA .....	169

## INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a descentralização da vigilância sanitária (VISA) na Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso. Entende-se a efetivação da descentralização como a realização descentralizada – no nível local/municipal – de ações de vigilância e da gestão; estruturação de serviços antes frágeis ou inexistentes e, por fim, como repartição de recursos financeiros. Neste tópico, se busca introduzir alguns elementos referentes à VISA, à descentralização no campo da saúde e da VISA e apresentar a questão de estudo.

Sobre a VISA, inicialmente se deve reiterar que ela, segundo a Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu as regras gerais da federação brasileira, figura entre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, se estabeleceu – na Lei Orgânica da Saúde – que, sem detrimento das ações assistenciais, prioridade fosse atribuída às atividades de caráter preventivo. Por meio desse conjunto normativo, ampliou-se o campo de atuação do SUS, a ele se incorporando as ações de VISA e epidemiológica – ambas de existência anterior, no tempo, à construção do SUS –, e uma nova concepção, a da Saúde do Trabalhador, bem como a preocupação com o ambiente, com o qual o setor saúde deveria contribuir.

Definiu-se a VISA como:

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990b).

A VISA trabalha com o risco como um conceito polissêmico e, ao objetivar a redução dos riscos, utiliza várias estratégias para que produtos, serviços e tecnologias sejam oferecidos à população dentro de padrões de qualidade e segurança aceitáveis (GUILAM; CASTIEL, 2006; DE SETA; REIS, 2009). Para isso ela realiza, ou exige que se realizem, controle, avaliação e monitoramento de processos, produtos e de serviços de interesse da saúde. Vale-se de mecanismos de regulação e ações de fiscalização para que o risco à saúde seja minimizado. Devido a sua natureza preventiva – de proteção – e diferenciada, por ser uma área de intervenção do Estado no campo da saúde, deve ter caráter prioritário, em atendimento aos princípios constitucionais e do SUS.

Vários autores têm destacado o caráter singular dessa área de práticas do campo da saúde, em relação à do cuidado à saúde das pessoas (EDUARDO, 1998; COSTA, 2004; DE SETA, 2007; LUCCHESI, 2008). Até em relação às demais vigilâncias do campo da saúde – epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador –, a VISA é vista como prática singular. Em primeiro, por sua função regulatória, seu caráter de regulação econômica setorial, adicional à chamada “regulação dos riscos”, que todas as vigilâncias têm como competência. Em segundo, por ter altos requisitos técnicos, políticos e funcionais decorrentes de seu vasto campo de atuação e sua natureza de bem público. Requisitos difíceis de serem alcançados no curto prazo por todos os entes federativos, no contexto de sua heterogeneidade estrutural, particularmente dos municípios (DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009).

Também por isso se faria necessário construir um sistema, o que aflora nas normas legais apenas em 1994, mas começa a se instituir no final dos anos 1990, na vigência da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, do SUS, e aprofunda-se com a criação de uma agência reguladora, representada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a quem caberia a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Na montagem desse sistema, privilegiou-se a relação com a esfera estadual até o final de 2003, quando os interesses municipais se fazem representar no processo de negociação. Em 2005, algumas das ações básicas da VISA<sup>1</sup> passaram a ser pactuadas na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Neste estudo, parte-se da concepção de que a VISA deve agir de forma sistêmica, abrangente territorialmente, coordenada e cooperativa para prevenir ou minimizar os prováveis danos e agravos decorrentes da exposição aos riscos, fatores e situações de risco, ou seja, para reduzir os riscos à saúde. A concepção sistêmica “permite a existência de componentes interdependentes, desiguais e complementares, porém capazes de realizar certas funções” (DE SETA; REIS, 2009, p. 268). E que pela necessidade de ação coordenada e ágil para a redução dos riscos à saúde, se justifica a organização da VISA também no nível regional e microrregional.

Mas, a partir da CF de 1988 e das Leis Orgânicas de Saúde, que são as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, instituiu-se o SUS, como forma de contribuir para a concretização

---

<sup>1</sup> Com a Portaria SAS nº 18, de 21 de janeiro de 1999, “as ações de vigilância sanitária foram classificadas em: baixa (ações básicas), média e alta complexidade. Não se estabeleceu correspondência entre a complexidade das ações e a modalidade de gestão em que estava enquadrado o ente subnacional, nem se fixou tabela para remuneração” (DE SETA, 2007, p. 33).

do direito à saúde. Mediante esses instrumentos normativos, instituíram-se diretrizes e princípios para se alcançar maior justiça social<sup>2</sup> ou para prescrever certa forma de se organizar a dimensão institucional do sistema – descentralização, regionalização, comando único em cada esfera de governo.

Contudo, o que convém a este estudo, o seu ponto de partida, é que a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, prevista nos princípios e diretrizes do SUS, pareceu envolver prioritariamente a área da assistência, dos cuidados à saúde e a transferência de recursos financeiros federais para a esfera municipal (MISOCZKY, 2001; DE SETA; REIS, 2009).

Mas, se a federação brasileira se caracteriza pela acentuada desigualdade (MISOCZKY, 2001; ARRETCHE, 1999, 2001; SOUZA, 2004; DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009; VIANA; MACHADO, 2009), a esfera municipal, definida como responsável preferencial pela execução das ações de saúde, no Brasil, apresenta um grau de heterogeneidade ainda mais elevado que a dos estados brasileiros, também muito desiguais. Para ilustrar essa afirmativa, De Seta e Reis (2009) citam que o Estado de São Paulo tem São Paulo capital e Borá, respectivamente, o maior e o menor município do país, ambos igualmente contemplados com as atribuições comuns aos entes federativos – tributar, legislar e prover (direta ou indiretamente) serviços públicos a seus municípios (FLEURY, 2006; DE SETA; REIS, 2009).

Sobre a descentralização empreendida no campo da saúde, e especificamente, no campo do cuidado à saúde, vale registrar que ocorreram grandes avanços no processo de implantação do SUS, decorrentes da descentralização, que se orientou por normas emitidas pelo Ministério da Saúde (NOB SUS 01/91; 01/92; 01/93 e 01/96 e pelas Normas de Assistência à Saúde – NOAS/2001 e 2002).

Embora essas normas que regeram o processo de descentralização até 2005 fossem bastante diferentes quanto ao processo de negociação entre gestores para sua construção – no seu conteúdo normativo, no grau de implementação e resultados, nos mecanismos de controle e no padrão de relações entre os gestores –, pode-se dizer que elas, de modo não linear, representaram ganhos significativos (LEVCOVITZ; LIMA e MACHADO, 2001). Esses ganhos se refletiram no aumento da rede de atenção,

---

2 Como exemplos: a universalidade, que representa o direito de acesso de todos aos serviços de saúde sem preconceitos ou privilégios; a equidade, que significa atenção em igualdade de condições, o que pode pressupor atenção diferenciada ao mais necessitado; a integralidade, que tem três significados distintos, podendo representar atenção integral ao indivíduo (MATO GROSSO, 2001); o acesso a todos os níveis de complexidade do cuidado, ruptura da dicotomia entre cuidados curativos e preventivos; e a participação da comunidade para definição das necessidades e prioridades.

principalmente na atenção básica e na criação de Secretarias de Saúde, que não existiam na grande maioria dos municípios brasileiros até 1993.

Mas, só com a NOB 01/96, mesmo que não de modo central, a VISA foi inserida na agenda dos gestores municipais e revalorizada na pauta dos gestores estaduais (DE SETA, 2007). Isso se deu pela instituição de repasses financeiros regulares e automáticos específicos à VISA, o que possibilitou, na prática, a estruturação de muitas das vigilâncias estaduais, a partir de 1998. Além disso, a criação da ANVISA teria contribuído para melhores condições institucionais para a efetivação do processo de descentralização.

Segundo Souza e Stein (2008), a NOB SUS 01/96 regulamentou a descentralização das ações de VISA municipal na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Esses autores afirmam que a última seria a transferência da responsabilidade pela execução de todo o cardápio de ações de vigilância.<sup>3</sup> Segundo esta lógica, isso representaria a concretização da municipalização da saúde, constituindo importante subsídio para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos serviços de assistência médica e controle de qualidade de produtos e serviços de saúde da população. Todavia, há autores que afirmam que a correspondência entre a modalidade de gestão e a realização de ações de VISA de fato não ocorreu. E que a tentativa de construir tal correspondência era um fator gerador de dificuldades no próprio processo de descentralização (DE SETA; SILVA, 2006).

Na ótica mais geral da gestão das políticas públicas, a descentralização para os entes subnacionais, caracterizada pela distribuição dos recursos financeiros e poder político, revelou-se fragmentada e com alto grau de conflitos e contradições (SOUZA, 2001). Ao ampliar o número de atores sociais com a inclusão dos municípios – que desde 1988 passam a ter o *status* de ente federativo com acesso na tomada de decisões, se aumentou a necessidade de coordenação no processo de descentralização das políticas sociais, a chamada coordenação federativa.<sup>4</sup>

---

3 As ações de vigilância sanitária eram classificadas, por meio da Portaria SAS 18/1999, em ações básicas, de média e alta complexidade. Tal classificação não mais vigora.

4 De Seta (2007), com base em Amaral Filho (1998), enumera quatro princípios do regime federativo: autonomia; cooperação; coordenação e equilíbrio estrutural. "a autonomia diz respeito ao autogoverno garantido pela Constituição aos entes federados, e se relaciona com a descentralização administrativa e com os recursos financeiros de que se dispõe. A cooperação refere-se à responsabilidade de cada ente na obtenção de resultados positivos para si e para os outros componentes, e se relaciona com o grau de compartilhamento da gestão e de seus resultados. A cooperação pode se dar tanto no plano vertical (entre União e entes subnacionais; ou entre estados e municípios), quanto no plano horizontal (entre estados; entre municípios; entre regiões). O equilíbrio estrutural diz respeito ao grau de (des)igualdade existente

E essa coordenação federativa, na construção do SUS, segundo diversos autores (PARADA, 2002; ARRETICHE, 2004; ABRUCIO, 2006 apud DE SETA, 2007; VIANA; MACHADO, 2009), foi realizada com bastante competência na vigência da NOB 01/96, por meio dos mecanismos que ela continha. Dentre esses, especialmente o Piso de Atenção Básica (PAB), tanto na sua fração fixa, quanto na variável, que consistiram em importantes incentivos financeiros para que municípios assumissem a implantação e execução de certos programas (PAB Fixo e PAB Variável) <sup>5</sup>.

Em 2006, as normas que regiam o SUS desde a década de 1990 deram lugar ao Pacto de Gestão. Esse, consubstanciado num conjunto de Portarias GM/MS nº 699, de 22/02/2006 e 204 de 29/01/2007, nas quais se mantiveram muitos dos aspectos presentes na NOB 01/96 e na NOAS/2002.<sup>6</sup> Destacam-se, como aspectos extintos em relação às normas anteriores, a necessidade de habilitação estadual e municipal e os repasses específicos, dentre os quais os da VISA. Os aspectos extintos foram substituídos, no processo, pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e pela instituição dos cinco blocos de financiamento. Dentre esses, o da "Vigilância em Saúde", que passou a reunir os recursos anteriormente destinados à vigilância epidemiológica (VE) e ambiental e à VISA.

Para as finalidades do nosso estudo, a extinção daqueles aspectos parece reforçar a responsabilidade sanitária sobre o território, aumentar a colaboração entre todos os entes federados (inclusive entre municípios) e proporcionar, no futuro, a construção da regionalização solidária (SILVA; MENDES, 2004). Contudo, a nova realidade trazida pelo Pacto de Gestão 2006 ainda não foi avaliada do ponto de vista mais geral do SUS, nem do mais particular da VISA.

Para a vigilância, se tem sido dito que sua descentralização precisaria seguir caminhos diferentes dos trilhados na descentralização dos serviços voltados ao cuidado, sobretudo, mas não exclusivamente, pela necessidade de esforços coordenados e territorialmente abrangentes para redução dos riscos à saúde (DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009). Por outro lado, Arretche (1999); Paim (1992) e Abrucio (2006) ressaltam que influem negativamente na descentralização das políticas sociais: as

---

nos entes federados e regiões quanto à disponibilidade de bens e infraestrutura e a capacidade de gerar riquezas e bem-estar para suas populações." (DE SETA, 2007, p. 9)

<sup>5</sup> Segundo De Seta e Silva (2006), o PAB é constituído por uma parte fixa e uma parte variável. A fixa é um recurso destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. A variável consiste em incentivos liberados pelo MS, de acordo com a adesão dos municípios a programas considerados estratégicos.

<sup>6</sup> Destacam-se nesse processo, como aspectos mantidos: a Programação Pactuada e Integrada (PPI); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

desigualdades estruturais entre estados e municípios; os requisitos diferenciados de cada política; a inexistência de políticas previamente implementadas; a fragilidade das estratégias de reforço do Governo Federal.

A pesquisa busca responder à seguinte indagação: qual o grau de descentralização da VISA em Mato Grosso e que atributos municipais interferem no processo de descentralização das ações de VISA na Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso?

Para isso, pretende-se analisar as vigilâncias sanitárias municipais da Microrregião Teles Pires, no contexto da municipalidade, sob a ótica da gestão descentralizada da VISA. Espera-se que o estudo contribua para o desenvolvimento de uma metodologia de análise contextualizada da gestão descentralizada da VISA e que ele subsidie o processo decisório no SUS de Mato Grosso – sobretudo na conjuntura atual, em que a necessidade de desenvolvimento dos sistemas nacionais da vigilância em saúde e da VISA acaba de se consubstanciar na mudança do arcabouço normativo que rege a construção e aprimoramento dos dois sistemas nacionais: de vigilância em saúde e de VISA, contidos na Portaria MS/GM n ° 3.252, de 22 de dezembro de 2009.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> A Portaria MS/GM n° 3252/2009 aprovou as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras providências.

## JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica, em primeiro lugar, por estar inserido em um mestrado profissional e pela colocação profissional da mestranda, que é servidora estatutária, lotada na Regional de Saúde de Sinop/MT, na Microrregião Teles Pires. Há oito anos, a servidora vivencia o desenvolvimento das ações e serviços de VISA. Assim, o estudo vai ao encontro do vivido na gestão da vigilância e da formação recebida pela servidora, que integra o plano de capacitação do serviço. Além da pertinência do estudo e do objeto delineado, essa inserção da mestranda concorre para aumentar a viabilidade do estudo em termos, inclusive, de tempo.

Em segundo, ele é relevante pela escassez de estudos que tenham como foco a esfera municipal no que concerne à VISA. Legitimada como executora preferencial das ações de saúde, essa esfera tem sido estudada na lógica da descentralização das ações assistenciais e da conformação de redes de serviços de saúde. Os escassos trabalhos que abordam a VISA na esfera municipal dizem respeito ao serviço organizado em um ou em alguns municípios. Nesse ponto, a pesquisa contribuirá para superar algumas lacunas de conhecimento, pois, se são raros os estudos sobre a vigilância municipal, parecem ser inexistentes os que versam sobre um conjunto de municípios de uma microrregião. Espera-se que possam ser identificadas lacunas nas ações da VISA, que precisa se relacionar de forma mais articulada e efetiva em todas as esferas de governo, inclusive na mesma esfera, em relação a outros serviços do sistema de saúde. Nesse sentido, mesmo se considerada a limitação à Microrregião Teles Pires, acredita-se que ele tenha relevância na produção de conhecimento para contribuir na transformação da realidade de Mato Grosso.

Em terceiro lugar, este estudo também se justifica pelas mudanças que se espera ocorrer no próprio campo da vigilância, com a recente publicação da Portaria MS/GM nº 3.252/2009. Emitida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), essa Portaria, ao definir a vigilância em saúde como o conjunto das diversas práticas que objetivam o controle de riscos e danos à saúde da população (VE, VISA, vigilância ambiental em saúde, vigilância em saúde do trabalhador, promoção da saúde e vigilância da situação de saúde), preconiza o desenvolvimento de dois sistemas nacionais, o de vigilância em saúde e o de VISA, para alcançar a integralidade da atenção no território. Para esse alcance, a articulação das vigilâncias parece necessária,

porém insuficiente. A atenção integral requer mais do que a integração das vigilâncias: a articulação do conjunto das ações executadas no âmbito dos sistemas locais/municipais de saúde, o que requer uma avaliação mais contextualizada da gestão desses sistemas.

Levando em consideração as necessidades de desenvolvimento do SUS em Mato Grosso, julga-se que o estudo contribuirá com alternativas pertinentes à realidade dos municípios do estado: a identificação da heterogeneidade, das condições socioeconômicas e da situação sanitária, incluídas aí algumas situações potenciais de risco. O estudo poderá indicar, também, lacunas existentes nas ações da VISA, tomando-se por base a compreensão aprimorada sobre os limites e possibilidades de reorganização e implementação de práticas de VISA.

Acredita-se que o processo de organização das ações e serviços em VISA, na Microrregião Teles Pires,<sup>8</sup> constituirá um espaço privilegiado de experimentação e análise de propostas para a gestão institucional do gerenciamento dos riscos à saúde da população, na perspectiva apontada pela proposta de vigilância em saúde, em consonância com o SUS.

---

<sup>8</sup> Piloto no Estado de Mato Grosso.

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo Geral**

Analisar os serviços de VISA da Microrregião Teles Pires, no contexto da municipalidade e sob a ótica da gestão descentralizada.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar as vigilâncias sanitárias municipais da Microrregião Teles Pires, em relação aos aspectos estruturais e ao processo de trabalho desenvolvido, gestão, contexto local/atributos municipais.
- Classificar as atividades realizadas pelas equipes municipais, segundo sua natureza, objeto da ação e tipo de riscos sanitários.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Descentralização e federalismo

Embora com sentidos diferentes – descentralização política, administrativa, desconcentração, devolução, e até privatização – e possibilidades diferentes de se concretizar, a descentralização é vista como algo altamente positivo. E isso ocorre na medida em que a descentralização se relaciona com outros valores considerados positivos: democracia; maior possibilidade de participação popular; maior controle da sociedade sobre os governos; maior adequação dos serviços à realidade; ganhos de eficiência, entre outros (RONDINELLI *et al.*, 1986; ABRUCIO, 2006). De todo modo, esses tipos de descentralização podem ser resumidos, conforme pode ser observado a seguir:

A desconcentração, de acordo com Silva e Mendes (2004), consiste na delegação de autoridade ou responsabilidade administrativa à esfera subnacional, permitindo, assim, a tomada de decisão de forma rápida e eficiente. A delegação incide na transferência de responsabilidade administrativa, por funções definidas, para organizações, cujo controle da esfera federal é indireto, e é visto por Rondinelli e colaboradores (1986) como um modo de oferecer bens e serviços públicos por meio de uma estrutura organizacional semelhante às técnicas gerenciais das empresas privadas. A devolução é o fortalecimento ou criação de unidades subnacionais, cujos governos locais são autônomos e independentes – ou seja, são organizações que visam a oferecer serviços de qualidade à população. A privatização é um tipo de descentralização em que há uma transferência de responsabilidades por certas funções para organizações voluntárias ou permitem que sejam realizadas por empresas privadas (RONDINELLI *et al.*, 1986; ABRUCIO, 2006).

Admite-se também que a descentralização pode assumir duas formas: descentralização territorial e descentralização de serviços. A descentralização territorial considera grupos sociais que correspondem a parte do território, ou seja, dizem respeito a tudo o que interessa ao conjunto de habitantes. A descentralização dos serviços consiste em dotar de personalidade jurídica certas atividades de administração – como um hospital, uma universidade, entre outros – que não possuem necessariamente uma

base geográfica precisa e de indivíduos interessados por seu funcionamento (FELICÍSSIMO, 1991).

A descentralização pode ser analisada sob a ótica da prestação dos serviços sociais pelos governos locais. Assim, ela é caracterizada pela distribuição de competências dos governos centrais para os subnacionais – no Brasil, para os governos de estados e municípios – e um novo papel do Governo Federal em um sistema descentralizado, pressupondo um aumento da eficiência e da promoção da justiça social.

Sobre a descentralização, Celina Souza (2001) contribuiu de duas maneiras fundamentais. A primeira, ao chamar a atenção para o fato de não terem sido consideradas as consequências para as políticas públicas e para as relações intergovernamentais quando se deliberou pela descentralização no processo decisório na Assembleia Nacional Constituinte. Nesse sentido, a autora aponta que a disputa, também no campo da saúde, teria se dado em relação aos recursos financeiros, sem que se priorizasse o atendimento das necessidades da população, embora tenha ocorrido a ampliação dos atores sociais com acesso aos processos decisórios, o que aumentaria a transparência dos processos (SOUZA, 2001). A segunda apontou o efeito maléfico que a descentralização, em contextos muito heterogêneos pode acarretar: a redução da capacidade da esfera federal para exercer seu papel redistributivo, redutor de desigualdades. Assim, a desigualdade anularia um dos principais objetivos da descentralização, “que é o de permitir maior liberdade alocativa aos governos e às sociedades locais” (SOUZA, 2002, p. 437).

Segundo Rodden (2005), assim como a descentralização, o federalismo é visto positivamente e representa uma forma de governo mais complexa. É definido como um processo “por meio do qual a autoridade é distribuída e redistribuída” (RODDEN, 2005, p. 17); estruturado por um conjunto de instituições, serve para descrever acordos cooperativos (ABRUCIO, 2006), implicando reciprocidade, onde os envolvidos devem cumprir alguma obrigatoriedade mútua.

Requejo (2006, p. 272) define o federalismo como:

(...) um princípio de organização do poder político que busca conservar as vantagens da unidade e da diversidade, a partir da articulação entre as esferas de governo que combinam o “autogoverno” de algumas entidades com um “governo compartilhado”.

Segundo Abrucio (2006, p. 11), a descentralização não está isenta de pontos negativos e há cinco questões que devem ser consideradas:

a constituição de um sólido pacto nacional, o ataque às desigualdades regionais, a criação de um ambiente contrário à competição predatória entre os entes governamentais, a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional e a democratização dos governos locais.

No que se refere às desigualdades regionais, Abrucio (2006) aponta que seu crescimento contribuiu para acentuar as diferenças socioeconômicas, o que prejudica o desenvolvimento de muitas delas e gera conflito distributivo. Para solucionar tal problema, faz-se necessária a coordenação federativa para uma descentralização efetiva e justa. Assim, as disparidades de condições econômicas são reforçadas pelo grande número de municípios de pequeno porte com reduzida capacidade tributária e precária estrutura administrativa.

Entre as ações de coordenação federativa bem-sucedidas – que as esferas de governo de maior abrangência exercem por meio de pactuações, normas e de repasses financeiros –, na área da saúde, está o PAB, que reduziu as desigualdades em relação aos recursos municipais e favoreceu o processo de municipalização. Reiteram-se, ainda os resultados satisfatórios do PAB em relação à adesão e ao aumento do número de pessoas favorecidas pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, bem como em relação à VISA.<sup>9</sup> Esses resultados motivaram a continuidade do processo de descentralização, mas também apontaram a necessidade de coordenação entre os níveis de governo, visto que eles não apresentavam capacidade para realizar sozinhos todas as tarefas, o que foi feito mediante as NOBs (ABRUCIO, 2006).

Para a descentralização, se faz necessário construir capacidade político-institucional das esferas de governo. Todas devem ser preparadas para o processo de descentralização. Com isso, cada esfera desempenhará seu papel, seja de coordenador na esfera central, no repasse de funções para equilíbrio das esferas subnacionais, fornecendo auxílio técnico e financeiro e avaliando as políticas nacionais, seja de aprimoramento da estrutura administrativa e mecanismos para assunção da responsabilidade pela esfera subnacional (ABRUCIO, 2006).

No Brasil, pós-1988, em face de o município ter sido alçado à condição de ente federativo dotado de autonomia, a assunção da gestão das políticas públicas pela esfera municipal dependeu de sua adesão. E esta era decorrente do cálculo político dos governos locais, fortemente influenciado pela estrutura de incentivos financeiros e de

---

<sup>9</sup> Embora a descentralização das ações de vigilância sanitária não tenha ocorrido na mesma medida que as ações voltadas ao cuidado das pessoas, o PAB serviu para a introdução da VISA na agenda política das esferas subnacionais, segundo De Seta (2007).

cooperação técnica do Governo Federal, que eram vistos como estratégias de indução destinadas a compensar obstáculos derivados da baixa capacidade fiscal e/ou administrativa desses governos (ARRETCHE, 1999; SOUZA, 2004).

Pelo menos até o Pacto pela Saúde, o avanço de diversas políticas sociais brasileiras, se considerado o plano nacional, ocorreu por indução do Governo Federal, por meio da formulação e implementação de programas com transferência de responsabilidades e atribuições para os governos locais (ARRETCHE, 1999; 2002; SOUZA, 2004; ABRUCIO, 2006).

Arretche (1999) apontou que a descentralização do conjunto das políticas sociais apresentou resultados modestos com variação do grau de descentralização alcançado entre os estados brasileiros. Apesar da redefinição de atribuições e da distribuição de competências em relação ao modelo dos anos 1960 e 1970, alguns fatores teriam influído para tais resultados. Dentre esses fatores, destacam-se a persistência de desigualdades estruturais no nível dos estados e municípios – socioeconômica, política, de capacidade administrativa e fiscal dos governos e de cultura cívica local (SOUZA, 2004; ABRUCIO, 2006); os requisitos diferenciados de cada política; a fragilidade das estratégias do Governo Federal para que os entes federativos assumissem a gestão descentralizada das políticas.<sup>10</sup>

A capacidade administrativa, segundo esses autores, tem peso determinante para a descentralização. Embora esse peso varie de acordo com os requisitos institucionais da política para assunção pelos governos, estes necessitam de estratégias de indução para delegação das responsabilidades de gestão, tais como as políticas continuadas de capacitação municipal (ARRETCHE, 1999).

Pode-se dizer, com base em diversos autores, que a política de saúde brasileira sofreu modificações nos últimos 20 anos em relação a estrutura e papel do Estado, refletindo na atuação federal, na coordenação intergovernamental, especificamente em relação ao Ministério da Saúde (MS). Ao mesmo tempo, a implementação do SUS fortaleceu nacionalmente o arranjo federativo brasileiro, na medida em que ele é apontado como um bom exemplo de construção federativa de uma política social. Nessa construção, o MS “passou por um processo de redefinição político-institucional, a partir

---

10 Estudos demonstram que a concentração da autoridade política varia entre os Estados federativos e entre políticas particulares, dependendo da forma como estão estruturadas e distribuídas as atribuições das políticas intergovernamentais em cada estado, o que limita a capacidade de gasto do Governo Federal e de sua capacidade para a coordenação de políticas (ARRETCHE, 2004).

de dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa” (VIANA; MACHADO, 2009, p. 808).

O modelo federativo que se expressa na saúde é compreendido como a forma das relações intergovernamentais na oferta dos serviços de saúde públicos, independentemente do grau de descentralização/centralização e arranjos verticais/horizontais, baseados em pactos específicos (VIANA; MACHADO, 2009).

Fiori (1995) apontou a diferença entre o conceito de federalismo e de descentralização frente ao desafio da globalização. Considerado, equivocadamente, como sinônimo de democratização e descentralização, o federalismo, nos anos 1990, obedecia mais ao jogo de interesses imediatos e privados do que a qualquer princípio ou modelo constitucional. Mas há autores que afirmam que o federalismo não tem um modelo uniforme e que a descentralização não é típica do federalismo, ocorrendo também nos Estados nacionais unitários.

É preciso levar em consideração que as unidades, que negociam entre si, devem ser a um só tempo “desiguais”, mas “capazes”. Com a existência de instrumentos e mecanismos compensatórios, podem promover a diminuição das desigualdades estruturais, com a integração entre os entes federados, flexibilização das regras e instituições, institucionalizando mecanismos de reajustes quanto aos recursos e funções, bem como as formas de coordenação (DE SETA; REIS, 2009).

Estudos sobre federalismo<sup>11</sup> (PARADA, 2002; FELICÍSSIMO, 1991, ABRUCIO, 2006) assinalam que a descentralização e a centralização encontram-se presentes nas relações entre as três esferas, de acordo com a dinâmica social, o que possibilita a manutenção do federalismo, a descentralização administrativa e a centralização de políticas setoriais mediante legislações escritas e a Constituição.

Segundo Parada (2002), os mecanismos compensatórios e redistributivos para manutenção do federalismo são os políticos e fiscais. Os políticos ocorrem por meio da distribuição de representação parlamentar nas Câmaras de Deputados e no Senado Federal; já os recursos fiscais estão relacionados às atribuições definidas a cada esfera de governo para o exercício das políticas públicas através dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e de Participação dos Municípios (FPM). Ou ainda, mediante transferência de incentivos, de acordo com as prioridades políticas – indução política –,

---

11 Segundo Lima e Baptista (2006, p.108), o federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial do poder e da autoridade entre as instâncias de governo, definida e assegurada pela Constituição, de tal forma que as esferas de governo sejam independentes na sua esfera própria de ação.

o que implica a existência de pactuação, negociação, cooperação, conflitos e competições entre as partes, mas com flexibilização das políticas públicas para harmonização de interesses para alcance de fins comuns, tanto político, cultural e social.

Segundo Parada (2002, p. 18), a organização federativa necessita ter:

[...] estabilidade das relações políticas intergovernamentais, recursos suficientes para as demandas e concretude das políticas, definição clara das competências tributárias e de responsabilidades dos governos, pacto federativo centrado nas relações entre o nível federal e estadual de governo e mecanismos políticos de repactuação federativa no plano do legislativo e/ou dos partidos políticos.

Desde que o SUS foi instituído, a descentralização foi a principal estratégia utilizada para que os municípios assumissem a responsabilidade de prover os serviços de saúde, como também organizar os sistemas municipais. A regionalização, que tem sido apontada como uma ferramenta para o avanço da descentralização, também se efetivou como desconcentração da estrutura e da ação estadual, com a criação de regiões de saúde, para que as relações fossem mais cooperativas e pudessem atender demandas por serviços de saúde pela população. Contudo, no plano normativo, apesar de estar prevista na CF de 1988 e em leis e portarias, como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, a regionalização, somente na NOAS, em 2001, foi realçada no SUS.

De Seta (2007), com o objetivo de contribuir no aprimoramento do SNVS, buscou alternativas para essa construção ainda incipiente. A autora partiu do pressuposto de que a VISA deve considerar as características estruturais dos entes subnacionais na instituição de uma ação cooperativa e regionalizada, com reforço do papel da esfera estadual.

Com base em Amaral Filho, De Seta (2007, p. 9) destaca que, “como sistema, o regime federativo deve conter quatro princípios básicos”, são eles: autonomia mediante a descentralização administrativa e de recursos; cooperação horizontal (entre municípios, entre estados e entre regiões) e vertical (entre ente federal e demais entes subnacionais) em relação à responsabilidade de cada esfera de governo; coordenação pela esfera de governo mais abrangente – estados e federal – para a redução de desigualdades através da distribuição de recursos e para incrementar a cooperação; equilíbrio estrutural relacionado com o grau de igualdade existente entre as esferas de governo e regiões e a disponibilidade de bens e infraestrutura.

Ainda de acordo com De Seta (2007), a descentralização das políticas sociais em regimes federativos ocorre na dependência de um cálculo estratégico realizado pela esfera municipal; da capacidade do município em prover sua população com bens que tenham bom nível de segurança e qualidade; da natureza da atividade a descentralizar e de seus requerimentos técnicos, funcionais e políticos; da obrigatoriedade de sua execução, por exemplo, na Constituição; e da existência de políticas prévias. A descentralização das vigilâncias precisa seguir outro modelo, diverso do modelo da descentralização da assistência, em função de sua natureza distinta. E essas exigências nem sempre são alcançáveis por todos os municípios. A VISA, segundo De Seta e Reis (2009), necessita agir sistemicamente, ou seja, de forma que haja coordenação e cooperação, mas que considere também a territorialidade, com o fim de prevenir ou reduzir as situações de risco. Isso implica a capacidade de realizar certas funções, mediante o ajustamento, valendo-se dos mecanismos de coordenação.

O porte populacional, o nível de atividade econômica e o tamanho da área urbana condicionam a capacidade fiscal e administrativa dos municípios (ABRUCIO, 2006; DE SETA; REIS, 2009; SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

### **Regionalização da saúde e pacto de gestão**

Embora a regionalização não seja novidade, ainda mais quando se trata de um país de grande extensão territorial, na saúde, na declaração de seus atores, a regionalização representou uma estratégia para garantir o direito à saúde, promoção da equidade, integralidade, visando a reduzir as desigualdades sociais e territoriais com racionalização de gastos em recursos, eficiência quanto aos serviços prestados e para impulsionar o processo de descentralização (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

Assim, o MS, segundo Gil; Licht e Yamauchi (2006), ao definir as regiões de saúde, considerou que as ações de saúde devem ser planejadas com base na territorialização mediante as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas. Porém, a concepção de região como forma de prover saúde à população se deu em face da maior proximidade dos problemas.

Na regionalização proposta pelo SUS, um dos mais importantes instrumentos na definição do processo é a NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2001b), por sua estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de equidade. Com ela, e com a norma que a sucedeu, a NOAS 01/2001, se deveria contemplar o planejamento integrado, a

territorialidade para identificação dos problemas prioritários, não necessariamente o território se restringindo ao município, mas respeitando seus limites para garantia de acesso a todas as ações e serviços de saúde à população, respeitando as especificidades locais. No entanto, na prática não houve avanços na adesão por parte dos entes federativos, o que se atribuiu ao fato de os critérios não contemplarem princípios e diretrizes que permitissem que os municípios definissem as prioridades locais (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

A regionalização organizada por meio de ações intersetoriais, de planejamento e programação locais são opções a serem consideradas para responder às especificidades locais. Portanto, a regionalização implica a distribuição espacial de serviços de menor complexidade, de forma que os de maior grau de complexidade estejam centralizados. Para isso, tornam-se necessárias a negociação permanente e a cooperação para reestruturação dos serviços de saúde, considerando o território e a distância para estabelecimento de critérios de distribuição geográfica, destacando-se as regiões despovoadas e as populosas, para que seja bem-sucedida (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009).

A cooperação, segundo Oliveira e Artmann (2009, p. 756), é essencial para o equilíbrio da centralização estrutural e descentralização total dos serviços de saúde e, conforme a experiência de Quebec (Canadá) e da França, a dinâmica de mudança,

[...] depende de vários indivíduos em diferentes instâncias e esferas de poder, situação que coloca em pauta a noção de liderança coletiva, pois não supõe alargar a capacidade de decisão dos dirigentes locais e regionais, mas a necessidade de articular várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis de sistema.

Há autores que, mesmo para realidades díspares, consideram a regionalização uma tendência universal e irreversível. Ela é vista como uma solução adequada para a insuficiência de recursos, para problemas complexos e demandas crescentes de serviços e ações de saúde, inclusive para a área da vigilância (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009).

Em concordância com Oliveira e Artmann (2009), Vainer (1996 apud Albuquerque e Iozzi, 2008, p. 4) afirma que:

[...] se nenhum sujeito histórico político assume a região como recorte relevante nas suas estratégias políticas, econômicas, simbólicas, uma regionalização proposta pode nunca existir, pode ser um projeto de região não instaurado socialmente, concretamente, historicamente.

A descentralização, como visto anteriormente, teve o propósito declarado de promover a democratização na saúde<sup>12</sup> e representou uma estratégia para enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, com a transferência de poder da esfera federal para estados e municípios, considerando que quanto mais perto o gestor estivesse dos problemas da população, mais chance de resolutividade (FELICÍSSIMO, 1991). Entre as diretrizes, a regionalização e a hierarquização representariam formas de organização do sistema de saúde.

Contudo, para que a regionalização ocorresse, seria necessário que o gestor tivesse conhecimento sobre os problemas sociais e de saúde, considerando características geográficas, fluxo de demandas, perfil epidemiológico e oferta de serviços. A hierarquização dos serviços, ainda, seria organizada com base nos níveis de complexidade dos serviços de acordo com a realidade local e regional, configurando um desafio para o setor saúde ao se considerar a heterogeneidade em relação à capacidade política, institucional e técnicas dos estados e municípios (PAIM, 1992; LIMA; BAPTISTA, 2006).

Com base em diversos autores, podemos concordar que, para a área da saúde, a retirada da esfera federal não é suficiente para que outras esferas assumam de modo espontâneo a gestão da política. Ao mesmo tempo, a descentralização de forma isolada não garante o caráter democrático do processo decisório. A própria negociação e condução do processo necessitam do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central ou esfera de governo superior (ARRETCHE, 1997 apud LIMA; BAPTISTA, 2006; SOUZA, 2004). Os avanços dependem de recursos financeiros suficientes, fortalecimento da capacidade gestora nas três esferas de governo e permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos. No entanto, a maioria dos municípios e estados brasileiros não possui condições de atender a demanda de todas as ações e serviços necessários à atenção à saúde de forma integral, bem como de recursos financeiros, materiais e humanos diferenciados. Ou seja, são unidades espaço-território-população diferenciados (LIMA; BAPTISTA, 2006), embora os fatores determinantes dos problemas de saúde não respeitem as fronteiras dos territórios político-administrativos.

---

12 Hortale; Pedroza e Rosa (2000), por exemplo, defendem que se o sistema é descentralizado, permite à população um maior acesso aos serviços de saúde. O acesso é considerado pelas autoras como fundamental para a referência, além de orientador das políticas, considerando-se o processo de produção de serviços. A descentralização é a condição necessária para melhorar o acesso. Sugerem que um sistema de saúde descentralizado, mediante transferência de recursos e autonomia em diferentes instâncias e arranjos, causa impacto positivo na gestão.

O processo de municipalização teve um *boom* no final dos anos 1990, com a adesão dos municípios em patamar superior às metas do MS, principalmente devido às novas regras de transferências federais, com acréscimo aos cofres municipais (ARRETCHE, 2002).

Spedo, Tanaka e Pinto (2009) analisaram, entre os anos de 2005 a 2008, o processo de descentralização do município de São Paulo/SP. Em municípios de grande porte, evidenciaram como principais desafios a capacidade de gestão do nível local e sua potência para alcance dos objetivos do SUS. Apontaram a necessidade de retomar o processo de descentralização da saúde com avanço para as instâncias locorregionais de forma articulada à descentralização da gestão pública municipal.

Viana e Machado (2009), com base em Abrucio, apontam que a descentralização requer um projeto nacional e a construção de novas capacidades dos governos subnacionais, e do próprio Governo Federal, o qual deve habilitar-se para o repasse de funções e o exercício de um papel coordenador. A coordenação federativa consiste na integração, compartilhamento e decisão presentes nas federações que legalmente negociam com os atores decisões, tarefas, fóruns, mecanismos políticos de negociação entre as esferas de governo, o funcionamento das instituições representativas e o papel coordenador e/ou indutor do Governo Federal.

Ainda de acordo com Viana e Machado (2009), o ritmo e a intensidade da descentralização em saúde na esfera federal para os estados e municípios brasileiros variaram em relação a transferência de serviços e servidores públicos, responsabilidades e atribuições, recursos financeiros, poder sobre a política de saúde, e diferiu entre os campos da política de assistência, VE e VISA, com forte regulação federal.

No processo de descentralização, problemas estruturais do SUS e lacunas de atuação federal em relação à ausência de uma política de investimentos abrangendo a saúde limitaram a possibilidade de descentralização e conseqüente municipalização em saúde, o que reforça o papel estratégico da esfera federal como coordenadora e compensadora de desigualdades (PAIM, 1992).

A municipalização implica estruturação dos serviços e transferência de atividades, antes desempenhadas pela esfera federal, para os municípios, bem como a separação dos financiamentos a cargo das três esferas e a provisão dos serviços de responsabilidade municipal (PAIM, 1992; FELICÍSSIMO, 1991). A regionalização implica um novo papel da esfera estadual, em que ela assumira, mais próxima dos

municípios, as atividades de cooperação e coordenação dos esforços para maior efetividade das ações.

No período atual, após o Pacto, o avanço da regionalização depende da constituição de desenhos regionais que contemplem as realidades locais, além do estabelecimento de Colegiados de Gestão Regional (CGR) e do estímulo aos estados e municípios para a efetivação das ações de VISA. O processo de regionalização, segundo Viana et al. (2008), depende mais de uma estrutura de caráter político do que técnico, e é uma importante ferramenta no processo de planejamento no território como um todo, cujas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade locorregional para a construção de um sistema cooperativo e forte (ALBUQUERQUE; IOZZI, 2008).

O Pacto pela Saúde define prioridades articuladas e integradas mediante três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida é constituído de compromissos sanitários a partir da análise da situação da saúde mediante prioridades definidas pelas três esferas. O Pacto em Defesa do SUS pressupõe discutir, nos conselhos municipais e estaduais, as ações estratégicas, priorizar espaços com a sociedade civil para realização das ações previstas e lutar por um financiamento adequado.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a tornar claras as atribuições para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, e propõe avançar na regionalização e descentralização do SUS de acordo com as especificidades regionais. Pressupõe: (1) assumir de maneira efetiva as responsabilidades sanitárias inerentes a cada esfera de gestão; (2) reforçar a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas e do processo de trabalho, estruturando as regiões sanitárias; (3) instituir Colegiados de Gestão Regional; (4) buscar critérios de alocação equitativa dos recursos financeiros; (5) reforçar os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores (BRASIL, 2009a).

A Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão que serve para orientar na descentralização das ações e serviços, bem como nos processos de negociação e pactuação entre os gestores de saúde. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: Plano Diretor de Investimento (PDI), Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) da Atenção à Saúde (BRASIL, 2009a). O PDR apregoa o desenho do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde articulada com a PPI. O PDI expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no

processo de planejamento regional e estadual; deve também contemplar as necessidades da área da vigilância e ser desenvolvida de forma articulada com o processo da PPI e do PDR. A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território, bem como nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)<sup>13</sup> está organizada pelos seguintes eixos: notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; VA; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; imunizações; monitoramento de agravos de relevância epidemiológica; divulgação de informações epidemiológicas; alimentação e manutenção de sistemas de informação; monitoramento das ações de vigilância em saúde e VISA. Os gestores municipal, estadual e federal devem realizar avaliações anuais de execução da PAVS, incluindo-as em seu relatório de gestão (BRASIL, 2009a) de maneira efetiva, conforme as responsabilidades sanitárias.

Documentos oficiais sobre a regionalização da saúde em Mato Grosso explicitam que, para implementar a descentralização da atenção e da gestão dos recursos e das ações e serviços de saúde, desde 1995, esse estado tem priorizado a elaboração dos planos das políticas e metas do governo de forma articulada com os municípios, em cooperação técnica, planejamento e gestão regionalizada. Tem como referência Polos Regionais de Saúde e 15 Microrregiões de Saúde, para implantação de políticas econômicas e sociais cujas diretrizes foram a Regionalização, a descentralização e os novos modelos assistenciais (MATO GROSSO, 2002).

Para tanto, realizou curso de capacitação de gestores municipais e, em 1998, 100% dos municípios se habilitaram em algum tipo de gestão segundo a NOB/96. Assim, para o fortalecimento dos Polos Regionais de Saúde (atualmente Escritórios Regionais de Saúde - ERS), criaram-se as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) como espaço de interlocução entre estado e municípios, negociação e pactuação através da PPI para enfrentamento das questões regionais, bem como a pactuação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Os consórcios objetivavam, pela articulação com as microrregiões, facilitar a regionalização de especialidades médicas e serviços de

---

13 PAVS: um instrumento de planejamento para a definição de mínimo elenco norteador das ações de vigilância em saúde, a serem operacionalizadas pelos três níveis de gestão baseados em parâmetros a serem definidos no momento da pactuação e anualmente. Essas ações devem ser realizadas com outras áreas da atenção à saúde.

referência não disponíveis pelo SUS, no interior do estado, para melhoria do acesso da população a esses serviços.

Mais tarde, em relação à atenção primária, incentivaram-se a implantação, organização e capacitação de Equipes de Saúde da Família (ESF), centrada no local de moradia e na vinculação do profissional com o indivíduo e a família, para estruturação de uma rede hierarquizada em níveis de complexidade de ações e serviços, bem como mecanismo de regulação do acesso (MATO GROSSO, 2002).

Com o objetivo de ampliar a cobertura e o acesso da população a alguns serviços como hemorrede, reabilitação, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), unidades de prevenção, detecção e tratamento precoce do câncer de colo de útero e de mama, Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/Aids, laboratórios e hospitais regionais com base no Plano Estadual de Saúde (PES), iniciaram-se, no Estado de Mato Grosso, debates sobre a organização das ações de VE, Vigilância Ambiental (VA) e VISA no espaço regional, de modo integrado, articulado com os gestores municipais (MATO GROSSO, 2002).

Com a publicação da NOAS – Portaria nº 95/GM de 26/01/01 –, estabeleceram-se normas e diretrizes para a regionalização e a instituição do PDR da assistência e para o processo de habilitação dos estados e municípios. Esta norma fortaleceu o papel coordenador e articulador da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT) na organização dos sistemas microrregionais, agregando os pequenos municípios, promovendo a racionalização dos recursos e cooperação entre os gestores municipais e estaduais, além de instituir o planejamento nos espaços supramunicipais (MATO GROSSO, 2002).

No entanto, o foco na programação de procedimentos e na oferta de serviços impôs limites quanto às mudanças necessárias que não foram contempladas, como: o abandono da concepção da integralidade das ações das vigilâncias às ações de atenção primária, secundária e terciária no mesmo território/população; comando único, em que papel do Estado era gerenciar e ser o gestor de serviços de referência regional e estadual definido no Plano de Política Estadual e na Lei nº 8.080/90, bem como coordenar estruturas de gestão, como as centrais de regulação, hemorredes; qualificação das microrregiões conflitantes com os modelos de consórcios no quais as unidades que garantem a referência dos procedimentos definidos nos módulos assistenciais são de responsabilidade de gestão do Estado e/ou consórcios, e não do município-sede. Com a NOAS os municípios se habilitavam se assumissem a gestão plena.

Para tanto, utilizou-se o planejamento estratégico para condução da política em nível microrregional como opção metodológica, sendo estruturado em três eixos: atenção integral à saúde, Saúde Coletiva (Vigilância em Saúde) e Gestão e Construção dos Planos Microrregionais de Assistência e Saúde Coletiva no ano de 2001 (MATO GROSSO, 2002).

O processo de organização microrregional pode garantir os cuidados de atenção secundária e terciária por meio das Programações Pactuadas e Integradas, com regulação do acesso e fluxo dos usuários aos serviços de média e alta complexidade; no entanto, a oferta de serviços não é suficiente para garantir o acesso e necessita de ação regulatória de forma permanente, sendo realizada com base nos CIS. No entanto, os CIS não assumem atribuições referentes às ações das vigilâncias, preocupando-se somente com a assistência ambulatorial e hospitalar. Assim, o processo de microrregionalização da saúde, mediante elaboração dos planos microrregionais, possibilitou a integração da atenção às pessoas e às ações das vigilâncias com a sua implementação (MATO GROSSO, 2002).

Para o enfrentamento de três grandes desafios – atenção integral à saúde, saúde coletiva e gestão de sistemas e serviços de saúde –, o Estado de Mato Grosso realizou uma análise e descrição do PES, cuja implantação se deu mediante geração e renovação do processo de planejamento a partir de problemas, utilizando a epidemiologia e a demografia. O gestor estadual e a equipe técnica da SES/MT, valendo-se das prioridades sociais, estabeleceram um plano de ação integral para VE, VA e VISA, bem como para a organização da assistência à saúde mediante um novo pacto com gestores municipais com participação social, considerando a intersetorialidade (MATO GROSSO, 2002).

O processo de construção do SUS caracterizou-se pela descentralização municipal, permitindo ao gestor dirigir e orientar os recursos públicos para a resolução dos problemas de saúde e atenção integral da população, a luta pelo alcance da sustentação financeira do sistema pela EC e a NOAS/2001 orientada ao processo de planejamento e organização regional dos serviços assistenciais.

A regionalização do sistema estadual de saúde em Mato Grosso trouxe contribuições significativas, como o crescimento da atenção primária por meio da ESF, e apontou a necessidade do fortalecimento permanente de capacitação das ESFs, articulação e solidariedade municipal, com base nos consórcios em saúde como forma de provimento de serviços de saúde cooperativa. Portanto, a NOAS/2001 gerou avanço

qualitativo para o planejamento e organização regional dos serviços assistenciais e a SES/MT buscou, através de sua política de saúde, articular a saúde coletiva nas ações de VE, VA e VISA com a assistência à saúde. Essa experiência demonstrou a busca da equidade, o fortalecimento da atenção primária da saúde e da prática dos modelos de organização de recursos e serviços integrados em forma regional, com participação ativa e cooperativa da esfera municipal (MATO GROSSO, 2002).

A microrregionalização das ações de saúde coletiva no Estado de Mato Grosso inseriu-se numa organização regionalizada, segundo a qual municípios e estado vivenciaram experiências em espaços regionais de decisão, mas com aspectos referentes aos espaços municipal, regional e estadual na saúde, num caráter inovador. Os municípios foram convidados a participar de uma oficina para definir uma agenda articulada com a regional e estado, de prioridades e de investimentos em saúde coletiva, de forma a integrar os campos da vigilância e atenção à saúde com a particularidade de não se apoiar na programação de novos recursos financeiros. Nessa oficina, surgiu a oportunidade de cooperação técnica, trocas horizontais e parcerias, com participação e cooperação do nível estadual. Concluiu-se que seria necessário definir uma forma de monitoramento de processo e resultados e propor mecanismos de incentivos à organização municipal das ações de VISA, devido às mudanças territoriais e contextos sócio-políticos vivenciados tanto na área urbana como rural, além de áreas de assentamento (GUIMARÃES; MATO GROSSO, 2002).

Existe uma grande mobilização, no Estado de Mato Grosso, para integrar as áreas de atenção à saúde e vigilância em saúde dentro da lógica da regionalização solidária, como estratégia para o avanço no processo de descentralização das ações e serviços de saúde, conforme preconiza o SUS. A regionalização solidária ou cooperativa, segundo Silva e Mendes (2004), propõe uma associação entre os municípios da microrregião, por meio do reconhecimento do território e municípios contíguos, e com apoio da União e do estado, com base na cooperação gerenciada. É uma forma de organização dos sistemas de serviços de saúde, em atendimento às necessidades e demandas da população, considerando os interesses de vários atores sociais, e gerando economia e eficiência através do planejamento participativo.

### **A vigilância sanitária e seu processo de trabalho**

A VISA, uma das mais antigas práticas de saúde pública, complexa por natureza, era identificada sobretudo pelo poder de polícia, por sua capacidade de intervenção, de impor penalidades. Tida como atividade burocrática no senso comum, tanto por ser da administração pública, quanto por solicitar documentos e ter seu processo de trabalho em boa parte consolidado em registros administrativos, realiza também ações de cunho educativo, essenciais à saúde pública para profissionais, não só da saúde, mas também para a população, setor produtivo e prestador de serviços a ela sujeitos (EDUARDO, 1998).

A VISA é definida por Czeresnia (2008) como um conjunto articulado de intervenções pautadas no controle de causas e riscos sanitários, visando à garantia da qualidade de produtos, serviços e ambientes.

Episódios trágicos têm impulsionado mudanças nas práticas de VISA, na estrutura organizacional, bem como em relação aos padrões legais de qualidade em relação às atividades de interesse da saúde pública, e conseqüentemente, o desenvolvimento científico e tecnológico para resolução dos problemas que surgem decorrentes da incapacidade do setor regulado em autorregular seu modo de produção (COSTA, 2004).

A implantação de novas tecnologias em diversos segmentos do setor produtivo e de prestação de serviços gerou efeitos benéficos, mas também problemas de saúde. A VISA, no seu papel de caráter preventivo, atua avaliando a estrutura, o processo produtivo e os resultados decorrentes dos avanços tecnológicos (PEPE et al., 2006).

A avaliação é a produção de conhecimento que subsidia ações para a tomada de decisão das práticas de saúde, bem como sobre o consumo ou não dos produtos e serviços sujeitos à ação da VISA, seus malefícios, e se utiliza de vários métodos e do componente laboratorial para realizar análises fiscais, destinadas à comprovação ou não da conformidade do produto em questão com o objetivo de reduzir possíveis danos à saúde (DE SETA; REIS, 2009).

A VISA constitui uma subárea específica da saúde pública, de caráter intersetorial, que se configura em um cenário singular de articulações complexas, expressa por uma diversidade de interesses, e especificamente exercida pelo Estado, por seu poder de polícia administrativa (COSTA, 2004). Devido à condição de autoridade do Estado, o profissional de VISA enfrenta limites ao seu exercício profissional, razão pela qual não pode se empregar nos setores regulados, obrigando-o à dedicação

exclusiva ao Estado, com exceção ao exercício da docência e da pesquisa (COSTA, 2008).

Salienta-se que as diversas situações reais que se apresentam para decisões da VISA, e que nem sempre estão emolduradas na lei, implicam capacidade de julgamento e de manejo do poder discricionário.<sup>14</sup> E esse manejo não prescinde de profundo senso ético e de responsabilidade pública. Assim, ampliam-se os debates e a compreensão de que a efetividade das ações requer mudanças no modelo de atenção de forma sistêmica, articuladas entre as necessidades da população e as demandas referentes às novas tecnologias<sup>15</sup> (COSTA, 2008; TEIXEIRA; COSTA, 2003; CORDEIRO, 2006).

Essas múltiplas conexões, com o sistema produtivo e a inserção da VISA no campo regulatório das relações produção-consumo de bens e serviços, são aspectos que lhe conferem certa especificidade conceitual e técnico-operativa em relação a outras práticas sanitárias e ao âmbito da Administração Pública (COSTA, 2004; LUCCHESI, 2008; DE SETA; REIS, 2009).

A efetividade das ações de VISA, considerando a complexidade e a natureza dos riscos sanitários, exige mudança na base de conhecimento da organização para criar estruturas coletivas de referência, atuação organizada dos poderes públicos nas três esferas de governo, ações articuladas intra e intersetorialmente e o uso concomitante e complementar de vários instrumentos jurídicos e sanitários (COSTA, 2008; LUCCHESI, 2008).

Com o advento da CF de 1988, que instituiu o SUS, definindo a saúde juridicamente como um direito fundamental do ser humano, ampliaram-se as ações de VISA em relação ao ambiente, saúde do trabalhador e serviços de saúde (COSTA, 2004; ROZENFELD; COSTA, 2000; LUCCHESI, 2006).

Para Guilam e Castiel (2006), o conceito de risco traduz a probabilidade de ocorrência de um evento que pode interferir no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde de um indivíduo, grupo populacional ou ambiente e sua operacionalização/intervenção, e segundo De Seta e Reis (2009), determina a importância da VISA por meio da existência ou ausência de medidas preventivas, ou seja, sua ação regulatória para evitar agravos ou danos à saúde.

---

14 Discricionabilidade, segundo Ribeiro (2006, p. 160), é o exercício de um juízo de valor por parte do executor do ato administrativo.

15 Fragmentos baseados no material didático elaborado para a Oficina de Identificação de Competências dos profissionais de VISA do Estado de Mato Grosso, 2008.

De Seta e Reis (2009) afirmam que as ações da VISA, no contexto atual, devem também ser articuladas ao conjunto das ações de saúde. Em especial, ressaltam que a articulação entre as vigilâncias do campo da saúde (epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador) contribui para maior efetividade dessas práticas e maior capacidade de enfrentamento dos problemas complexos do campo da saúde. De um lado, o saber epidemiológico é fundamental para responder se há associação entre os fatores de risco relacionados aos elementos sob controle da VISA e a ocorrência de determinadas doenças, além do monitoramento em relação ao meio ambiente, como o ar, água e solo, reações adversas a medicamentos, vigilância de doenças veiculadas por alimentos, água, intoxicações por determinados produtos como proteção da saúde do trabalhador, vigilância de infecções hospitalares e outros agravos, fornecendo informações para controle das ações de saúde. De outro, a VISA se baseia em um conjunto de disciplinas que estão na base da polissemia do conceito de risco com o qual a vigilância trabalha (DE SETA; REIS, 2009).

Autoras como O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007) problematizaram, por meio das ações típicas da VISA a articulação dos campos de ação da ESF e VISA, tomando como ponto de partida a lógica da promoção da saúde, possibilitando a organização do processo de trabalho construído com a participação da sociedade e profissionais de saúde, considerando os diferentes grupos sociais e diferenças entre as necessidades, territórios e culturas, visando a reduzir os riscos sanitários de forma efetiva em resposta às necessidades sociais em saúde, dirigidas ao indivíduo e à coletividade. As autoras enfatizam como estratégia a formação/capacitação de recursos humanos através de uma reflexão sobre os conceitos e diretrizes essenciais para o SUS, como integralidade, controle social e promoção da saúde.

Nessa perspectiva, o conceito de empoderamento, segundo O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007), é considerado como a capacidade das pessoas conseguirem maior compreensão e controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, agindo para a melhoria de sua situação de vida, com a utilização de processos educativos para a saúde de forma participativa, com articulação de diversos saberes, considerando os diferentes atores sociais e relações de poder, em resposta às demandas de saúde.

Em 2004, a ANVISA, objetivando levantar dados referentes aos trabalhadores de VISA, contribuir para o fortalecimento da gestão do trabalho no SUS e oferecer subsídios aos gestores de saúde na organização e estruturação dos serviços e ações de

VISA, realizou o Censo Nacional dos Trabalhadores da VISA. Segundo a pesquisa, havia 32.135 trabalhadores, tanto de nível médio como superior. Dentre os de nível superior, 37% possuíam algum tipo de pós-graduação e, em 2000, contava com 22,6%. Dos 32.135 trabalhadores, 26.000 tinham conhecimento sobre a missão da VISA, de proteger e promover a saúde da população.

Autoras como Juliano e Assis (2004) realizaram uma análise da organização da VISA de Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000), apontando avanços e limites do cenário local. O estudo evidenciou a ausência de um projeto político para a gestão descentralizada das ações de VISA municipal e apontou limitações e avanços. Dentre as limitações: (des)articulação com o nível regional, recursos humanos temporários e sem qualificação técnica, dificuldades na utilização dos incentivos financeiros, insuficiência de infraestrutura e interferência política. Entre os avanços: cumprimento das metas pactuadas da PPI, cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária e articulações interinstitucionais, e propôs mobilização social para a promoção da qualidade de vida da população.

Piovesan e colaboradores (2005) estudaram a relação entre os serviços de VISA em oito municípios do Estado da Paraíba e os contextos sanitário, epidemiológico, político, social e econômico de seus territórios. Identificaram que os fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário citados são: atribuições pouco definidas das instâncias de governo; abordagem fragmentada do campo de atuação; pouca articulação intra e interinstitucional; insuficiência de recursos humanos; baixa qualificação técnica dos profissionais; sistema de informação insuficiente, com despreparo para utilizar os dados existentes; interferência político-partidária; falta de apoio político, assim como desmobilização e desinformação da sociedade.

Garibotti, Hennington e Selli (2006) realizaram pesquisa qualitativa, utilizando a técnica do grupo focal e observação participante, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o papel e as possibilidades de contribuição dos trabalhadores para a consolidação dos serviços de VISA em três serviços na região metropolitana de Porto Alegre/RS. Os resultados apontaram a precariedade da gestão dos serviços cujos problemas identificados foram deficiência na formação e capacitação dos profissionais, precárias condições de trabalho, falta de autonomia na alocação de recursos e autogestão, bem como a priorização de ações restritas voltadas para o controle e fiscalização dos produtos e serviços. E, apesar disso, os profissionais expressaram, no desenvolvimento de seu trabalho, não só questões objetivas, mas a subjetividade a partir

da sua compreensão como trabalhador e suas potencialidades para a consolidação do serviço em VISA, cumprindo a missão de promover e proteger a saúde da população. E ainda, consideram o trabalho vivo como um lugar novo, indeterminado, desafiador, resistindo à acomodação e à desmotivação diária com capacidade de modificar o processo de trabalho, contribuindo na criação de um novo modo de produzir saúde, agindo e pensando como protagonistas de novos processos, mudanças e significados (MERHY, 2007).

Silva e colaboradores (2007) analisaram a implantação da Gestão Descentralizada em Saúde em cinco municípios do Estado da Bahia e discutiram a influência das características de governo e de gestão em relação ao grau de reorganização das práticas e os efeitos na saúde das pessoas. A pesquisa apontou que a descentralização sozinha não explica o estágio de organização municipal de saúde e que as características do governo se revelaram importantes para a reorganização das práticas. Os problemas encontrados foram em relação a gestão dos sistemas, práticas assistenciais e institucionalização do planejamento e da avaliação, projetos intersetoriais voltados a problemas prioritários no território, incorporação, por parte do nível central e local, de tecnologias de comunicação social, ações de vigilância de riscos e danos à saúde com utilização de dados do sistema de informação para monitoramento da situação da saúde com tomada de decisão no nível local, bem como a integração das ações de VE e VISA e articulação entre as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Souza e Stein (2008) avaliaram a efetividade das ações de VISA do município de Canoas/RS, na implantação da GPSM, com o objetivo de conhecer e caracterizar o perfil dos agentes por delineamento transversal descritivo, e concluíram que durante a descentralização, a VISA apresentou efetividade nas ações com desempenho acima da média associado ao comprometimento dos fiscais, sendo a maioria feminina (66,75%), com idade média de 46 anos (+/- 7,5) e 58,31% possuíam nível superior e renda maior que cinco salários mínimos.

Leal e Teixeira (2009) realizaram estudo de caso referente aos recursos humanos em Salvador/BA, a partir da identificação, pelos atores, dos principais problemas e determinantes relacionados a categorias pré-definidas, com base no planejamento estratégico situacional. Os resultados apontaram insuficiência na quantidade; multiprofissionalidade e distribuição dos profissionais; insuficiente capacitação; desmotivação dos profissionais; insuficiente gratificação; não institucionalização do

Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); baixa utilização dos técnicos e indefinição de requisitos éticos para exercer função de fiscalização sanitária. Sugerem melhoria na estruturação do serviço de VISA, o estabelecimento de política de recursos humanos contemplando as especificidades do campo, considerando a necessidade de consolidação do SNVS, bem como investimento na gestão de recursos humanos.

Autoras como De Seta e Reis (2009) relatam a separação de atribuições entre ANVISA e a SVS/MS. No entanto, nos estados e municípios, sobretudo os pequenos, não existe a separação de funções e de equipes para o trabalho nas vigilâncias e, independentemente do nome do serviço, muitos têm uma só equipe ou um só profissional que se responsabiliza por todas as ações das vigilâncias e não realiza, portanto, todas que são relacionadas à sua esfera, o que leva ao processo tardio de descentralização das ações.

Com o objetivo de contribuir para a realização de estudos avaliativos comparativos entre municípios das diversas regiões do país, autoras como Ferraro, Costa e Silva (2009) discutem o potencial da estratégia avaliativa, ao formular e validar uma imagem-objetivo da VISA municipal que corresponda à definição de um sistema municipal adequado às necessidades da população em relação às ações descentralizadas. Para tanto, as autoras elaboraram uma matriz através do modelo lógico com critérios e dimensões para avaliar a gestão e as práticas, submetidas à validação por um grupo de especialistas mediante conferência de consenso, sendo 54 os critérios propostos, e apontam a possibilidade de redefinição de critérios e renovação do consenso, considerando as prioridades e, portanto, a possibilidade de sua adaptação ou modificação.

### **O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e o Pacto pela Saúde**

Em 1999, substituindo a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS) por meio de Medida Provisória, o Congresso Nacional aprovou a lei que dispõe sobre o SNVS, criando a ANVISA, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, juntamente com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Esta se tornou uma agência reguladora – autarquia sob regime especial, vinculada ao MS – com independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e

autonomia financeira, com a função de regulamentar, coordenar o SNVS/MS e também executar ações de controle (LIMA, 2001; DE SETA, 2006).

Mais recentemente, através da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, regulamentou-se o Pacto pela Saúde com suas dimensões, que são o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, e a Portaria GM/MS nº 698, de 30 de março de 2006, substituída pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, a qual instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde por meio de cinco blocos de financiamento: atenção básica; atenção média e alta complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Esta reafirma a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação através do PDR, PDI e PPI, com o objetivo de reorganizar a gestão, bem como regular o SUS.

O Bloco de Vigilância em Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, é dividido em dois componentes: a VE e Ambiental em Saúde e a Vigilância Sanitária em Saúde, nos quais se observaram diferenças da magnitude de recursos destinados aos componentes, culminando na discussão em relação à construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), segundo De Seta (2006).

O componente VISA em Saúde constituiu-se do Termo de Ajustes e Metas (TAM) e do Piso da Atenção Básica (PAB/VISA), e se mantiveram o Fundo de compensação em VISA e o Piso Estadual em VISA (DE SETA, 2006).

No Pacto pela Saúde, foi estabelecido um TCG, no qual todos passaram a ser gestores das ações de saúde ou do conjunto de municípios que compõem a região de saúde, suas responsabilidades, atribuições definidas e metas a serem cumpridas, não havendo mais diferença com relação às habilitações, como na década de 90 (BRASIL, 2001b, 2003, 2006a, 2006d, 2007a).

Portanto, em conformidade com De Seta e Reis (2009), o Pacto pela Saúde defende a regionalização com recortes territoriais que contemplam as redes de serviços para resolutividade dos problemas de saúde daqueles territórios, não limitando a somente um município e defendem a ideia de que a regionalização pode ser incorporada na atuação e organização das VISAs, desde que respeitada sua jurisdição, de acordo com os problemas locais. Deve-se, para tanto, identificar as necessidades sociais de saúde e problemas através de uma análise e utilização dos enfoques clínico, epidemiológico e social. Enfoques que identifiquem os problemas em sua dimensão biológica e individual, de grupos populacionais e a partir do desenvolvimento

socioeconômico e político, para possível planejamento das ações e áreas de atuação de forma efetiva, cumprindo a missão de promoção e proteção da saúde da coletividade.

Assim, o Pacto pela Saúde, diferentemente de outras normas, representa a retomada dos objetivos propostos na reforma sanitária e reafirma a importância da mobilização social em defesa do SUS, com gestão descentralizada na lógica do planejamento nos âmbitos municipal, regional e estadual. A responsabilidade sanitária deve ser compreendida e apropriada por todos os atores envolvidos, para o avanço do processo de descentralização e consolidação no âmbito do SUS (BRASIL, 2001b, 2003, 2006, 2007a; DE SETA, 2007). Portanto, torna-se imprescindível refletir sobre quem estabelecerá tais necessidades, suas concepções, conflitos de interesses, valores e visão percebidos, considerando o Pacto pela Vida, suas prioridades, áreas estratégicas e o plano de saúde de cada esfera de governo.

Segundo Piovesan e colaboradores (2005), a partir de 1990, com as mudanças na política de saúde no país, surgiram novos desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar diante do processo de descentralização e autonomia adquirida pelas esferas estadual e municipal. E, no campo da VISA, a descentralização envolve articulação das instâncias inter e intrasetorial, bem como intergovernamental no SNVS, ou seja, interdependentes e necessariamente cooperativas.

Em retrospectiva, convém salientar que na I Conferência Nacional de VISA, em novembro de 2001, diante do diagnóstico nacional de fragilidades das ações de VISA, foi apontada a necessidade da construção de um Plano Diretor para subárea específica, a fim de fortalecer e concretizar o SNVS no Brasil. No entanto, diante da deficiência de estruturação dos recursos da ANVISA, somente em 2005 esta assumiu o compromisso e constituiu um grupo de trabalho, envolvendo representantes da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), para construir o documento base do PDVISA. Após debates e discussões com gestores, profissionais e acadêmicos nas três esferas de governo, o documento foi encaminhado às instâncias de pactuação e deliberação, para então ser publicada a Portaria GM/MS nº 1.052, de 08 de maio de 2007.

Portanto, no bojo dos debates do Pacto pela Saúde, foi elaborado o PDVISA, que estabeleceu eixos e diretrizes norteadoras no escopo de atuação da VISA, fazendo interface com o Pacto e seus desdobramentos. Este definiu, portanto, as prioridades das

ações para o gerenciamento de risco e intervenção, respeitando a dinâmica locorregional e a heterogeneidade nacional.

O PDVISA representa um instrumento de reafirmação da VISA na saúde pública e possui papel político, estratégico e pedagógico. Configura-se em cinco eixos, a saber: I) Organização e Gestão da VISA; II) Ação regulatória: Vigilância de Produtos, de Serviços e Ambiente; III) A Visa no contexto da Atenção Integral à Saúde; IV) Produção do conhecimento, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico; e V) Construção da Consciência Sanitária: Mobilização, Participação e Controle Social. O Eixo I corresponde à revisão do planejamento e execução das ações de VISA, considerando a responsabilidade sanitária, os problemas e as diversidades locais, além das ações de intervenção necessárias, contribuindo para o avanço da descentralização.

Diante disso, uma nova regulamentação referente ao repasse do recurso financeiro para a execução das ações de VISA, do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, foi estabelecida pela Portaria nº 1.998, de 21 de agosto de 2007. Esta Portaria revogou a de nº 2.473/03, que se baseava em níveis de complexidade das ações, e criou o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), formado por dois pisos: o estruturante, destinado a municípios, e o estratégico, voltado para os estados e municípios. O piso estruturante objetiva favorecer condições para realizar e gerir as ações sanitárias locais e o piso estratégico é relacionado à intervenção sobre os riscos sanitários, ou seja, as ações serão orientadas para identificar e controlar de forma a prevenir os riscos.

O piso estruturante é calculado de acordo com o número de habitantes: para municípios com até 20 mil habitantes, tendo o valor fixo de R\$ 7.200,00 por ano; nos com população superior, o recurso passa a ser calculado como R\$ 0,36 por habitante ano. Para o piso estratégico, as regras se diferenciam em relação aos estados e municípios, sendo que no estado com até 2.142.587 habitantes, o valor fixo é de R\$ 450 mil, e para estados e municípios com populações maiores, o repasse passa para R\$ 0,21 por habitante ano, desde que pactuem as ações municipais com os respectivos estados, servindo de incentivo. O município que se articular com as ações prioritárias do estado terá o direito de receber R\$ 0,20 por habitante/ano, recurso que virá da ANVISA e MS, independentemente do piso do estado. Para tanto, os municípios devem elaborar um plano de saúde para as ações de VISA para o quadriênio, com aprovação dos respectivos conselhos de saúde e assessoria da ANVISA, por meio do Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (NADAV) e da

Assessoria de Planejamento (APLAN), devendo ser avaliado pelo estado e enviado para CIB para homologação da pactuação realizada.

O elenco norteador (anexo IV da Portaria nº 1.998/2007) é o conjunto de ações que engloba as atividades necessárias para realização das ações pelos estados e municípios e se divide em dois grandes grupos: I) Ações para estruturação e fortalecimento da gestão relacionada à implantação e manutenção dos serviços de VISA; e II) Ações estratégicas para o gerenciamento de risco sanitário relacionado às ações cotidianas necessárias para que o risco seja minimizado, sendo baseado em áreas de intervenção.

Quanto aos critérios para a pactuação, os estados e municípios deverão considerar aspectos como objetos sujeitos a ação de VISA existentes nos municípios, problemas sanitários prioritários, equipe municipal, estrutura física, área de atuação, entre outros. Assim, devem utilizar como ferramenta de planejamento a Programação de Ação com todas as ações de VISA que se pretende realizar durante o ano, atividades desencadeadas, metas, resultados esperados, meios de verificação, recursos financeiros implicados, responsáveis e parcerias para execução das ações.

Em relação ao Estado de Mato Grosso, a SES/MT, por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde e Coordenadoria de VISA, participa do processo de descentralização por meio da Resolução da CIB nº. 092/2007, que dispõe sobre critérios e fluxos aos municípios para o processo de análise de suas propostas. Em seguida, identifica-se a elegibilidade destes ao recurso do piso estratégico, mediante a Programação das Ações Prioritárias (PAP), atualmente PAVS, e os Planos de Ação<sup>16</sup> em VISA, em conformidade com o Plano de Saúde e prévia aprovação de um Colegiado de Gestão Regional (CGR), para divisão das responsabilidades sanitárias entre estado e municípios.

O CGR foi instituído pelo Pacto pela Saúde, estabelecendo uma inovação em relação à atividade de cooperação técnica que o MS ofereceu à gestão do SUS para efetivação do Pacto pela Saúde. Trata-se de um eixo de ação de regionalização do Pacto de Gestão que constitui um espaço de pactuação regional para o avanço e consolidação da descentralização e regionalização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

---

16 Segundo PDVISA/ANVISA/MS (2007, p. 4), o Plano de Ação em VISA (atual Programação das Ações de VISA), que é uma ferramenta de planejamento onde estão descritas as ações que a VISA pretende realizar durante o ano, assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações, incorpora a lógica sistêmica do PlanejaSUS.

Portanto, embora a CF (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) tenham definido o papel da regionalização como instrumento a ser implantado para estruturação do sistema de saúde, isso tem ocorrido de maneira gradual, considerando-se as NOBs (NOB 1993, NOB 1996). Somente com a NOAS (BRASIL, 2001b, 2002a) é que a regionalização se sobressai, instituindo o PDR já citado, como instrumento para organização do SUS em relação à assistência à saúde.

Em 2009, o MS, para organizar a saúde de forma integral, incluindo a vigilância em saúde, ampliou a regionalização a partir do Pacto de Gestão, por meio de um planejamento sistêmico. E o CGR surge como instância de cogestão no espaço regional, para garantia dos princípios do SUS.

Com o objetivo de fortalecer e descentralizar as ações de VISA, nos últimos anos, mudanças significativas nas três esferas de governo vêm ocorrendo. No entanto, em conformidade com De Seta (2007), a municipalização, como etapa de processo de descentralização das ações de saúde, requer, além da adoção de política específica de financiamento, uma nova reestruturação com a criação de equipes qualificadas, infraestrutura e gestão fortalecida, entre outras, para sua operacionalização. E, nos municípios brasileiros, constata-se realidades locorregionais distintas, diferentes modelos de gestão, necessitando de conhecimento sobre a complexidade de ações locais a serem desenvolvidas, representando o perfil epidemiológico e sanitário local, que apontam para medidas de prevenção e controle de risco sanitário. Além disso, a maioria das ações mais complexas de VISA são executadas pela esfera estadual.

Portanto, há que se considerar que os estados brasileiros são muito diferentes entre si, mas os municípios são ainda mais heterogêneos (DE SETA, 2007). O porte populacional é só um aspecto da heterogeneidade e a ele se acrescentam as desigualdades regionais, bem como características, capacidades e infraestruturas diferenciadas, embora considerados agentes executores e participantes da construção da VISA no Brasil (DE SETA; REIS, 2009).

Costa (2004) considera, ainda, as distintas concepções sobre a VISA e escassa percepção sobre a importância de suas ações, inclusive sobre a missão de prevenção, proteção e promoção da saúde, somadas às limitações estruturais, a precariedade na organização dos serviços das VISAs municipais e sua heterogeneidade.

Em conformidade com Lucchese (2008) e De Seta (2007), os problemas sanitários devem ser tratados como importantes elos de interdependência entre os estados ou municípios, sejam eles produtores ou consumidores ou apenas consumidores

de bens, processos e serviços submetidos ao regime da VISA, em que o controle que uma unidade, Estado ou município faz, ou deixa de fazer, repercute de forma imediata ou mediata nas outras. Ou seja, as deficiências e o baixo nível de consciência social do risco sanitário atingem outras localidades, sendo observada a emancipação de muitos municípios de pequeno porte com alta dependência de recursos financeiros insuficientes e funcionamento precário.

### **Financiamento e ações de vigilância sanitária**

Souza (2004), ao analisar a esfera municipal e a gestão de políticas sociais, apontou que a descentralização/municipalização, embora tenha sido impulsionada pela esfera federal com incentivos financeiros, dependeu de questões políticas.

Souza (2004), Scatena, Viana e Tanaka (2009) questionam as inovações das instituições e impactos nos governos locais em relação a gestão (governança), garantia de provimento de serviços públicos com qualidade e sustentabilidade em relação aos recursos, considerando as heterogeneidades locais – porte populacional, extensão territorial, níveis socioeconômicos, demográficos, políticos, entre outros – verificadas mediante indicadores dentro de uma mesma região de um mesmo estado e que influenciam nesse processo. Segundo esses autores, as diferenças de distribuição populacional limitam os recursos a serem arrecadados pelos municípios de menor porte e impedem o aumento da receita para atender às demandas de populações pobres com as mesmas responsabilidades de outros entes. Como forma de compensar os municípios menos populosos, que abrigam a população mais pobre e rarefeita, existem as transferências constitucionais advindas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Com a Emenda Constitucional (EC) n.º29, embora o município, segundo a CF, tivesse liberdade para determinar sobre onde e como aplicar seus recursos, havia restrições, assim como com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que impôs limites na capacidade de despesa. Mesmo assim, os municípios são os mais beneficiados com transferências federais (4,4% do PIB) em relação aos estados (3,3% do PIB), segundo Souza (2004). E, apesar do relativo aumento de receita local e estruturação do sistema tributário, a arrecadação apresenta limitações, como: (1) no Sistema Tributário Nacional (STN), os impostos são cobrados sobre a produção, vendas e consumo e que estão sob a jurisdição local; (2) os impostos locais, como o Imposto sobre Serviços (ISS) e Imposto

Predial Territorial Urbano (IPTU), necessitam de bancos de dados, cadastros e atualizações, mais recursos a serem gastos e a cobrança incide sobre empresas de pequeno porte; (3) em pequenas localidades, além dos altos níveis de pobreza, muitas vezes não existem serviços que são passíveis de cobrança do ISS.

Scatena, Viana e Tanaka (2009) analisaram a sustentabilidade financeira e econômica dos gastos públicos em saúde de 21 municípios do Estado de Mato Grosso, segundo porte, localização geográfica, nível socioeconômico, índice de desenvolvimento humano (IDH) e forma de GPAB. Para a amostra, dividiram-se os municípios em grande porte ( $\geq 50$  mil habitantes), porte médio (entre 20 mil e 49.999 habitantes) e de pequeno porte ( $< 20$  mil habitantes), entre os períodos de 1996 a 2006, com base nos balanços municipais – mais especificamente, a partir do orçamento-base da EC-29, considerando que a arrecadação e as transferências de recursos estão relacionadas ao tamanho da população. O estudo apontou que a composição dos orçamentos gerais municipais variou de acordo com o porte, sem se considerar a arrecadação e a transferências específicas da União e estado.

A pesquisa assinalou que, no Estado de Mato Grosso, as receitas dos municípios estudados elevaram-se tanto na arrecadada pelo município quanto nas transferidas pela União e estado, superando a inflação e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que é um indicador macroeconômico que mede a atividade econômica de um país, estado ou município. Ou seja, conforme aponta o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), praticamente metade dos recursos que são investidos na saúde, em nível municipal, não depende do comportamento do orçamento-base da EC-29, mas provém de transferências do estado e União, superando o mínimo de 15% estabelecido na EC-29 como contrapartida municipal destinada à saúde. Os recursos do orçamento-base da EC-29 são aqueles cuja utilização os municípios têm autonomia para definir, conforme a necessidade local. E o município, ao ter que alocar mais recursos de acordo com suas necessidades, pode comprometer outros setores da administração, gerando conflitos na gestão municipal. Os autores pontuam como prováveis fatores interferentes para o financiamento público da saúde no período estudado: a extinção da Contribuição por Movimentação Financeira (CPMF), substituída pela Contribuição Social para a Saúde (CSS); a regulamentação da EC-29, mediante o projeto de Lei complementar nº 306/08, em tramitação na Câmara dos Deputados; a eminência de uma recessão devido à crise do sistema norte-americano; e a proposta de reforma fiscal em curso.

Enfim, a estratégia de descentralização adotada no âmbito do SUS, de municipalização das ações de saúde, proporcionou ganhos na cobertura assistencial e fragmentação da rede de serviços. Contudo, ressalta-se que, às desigualdades regionais, se somam capacidades, características e infraestruturas diferentes, o que reforça a necessidade de coordenação efetiva, pela União, para obtenção da cooperação. Necessita-se, ainda, de reforço ao papel da esfera estadual cooperando regional e localmente, bem como a reformulação de critérios de descentralização e financiamento para as ações de saúde, como da VISA, por sua especificidade (DE SETA, 2007).

A VISA faz interface com vários setores, de diferentes naturezas e dimensões, frente a seu poder de polícia administrativa no campo da saúde. E, ao intervir sobre os problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, do processo de produção, comercialização, consumo e prestação de serviços, acarreta conflitos entre os setores produtivos. Segundo De Seta (2007), diferentemente das ações de assistência à saúde, que podem ser providos pelos setores públicos ou privados, vistas como um benefício, a VISA provém do setor público e não pode ser exercida por particulares, não gera custos por parte do cidadão, mas sua atuação ou omissão podem causar benefícios ou prejuízos, inclusive para a população.

Contudo, a VISA por sua função social, instituída no SUS e construída dentro do sistema federativo, não era tratada como área prioritária do governo, o que gerava ineficiência das ações e serviços e, conseqüentemente, dificultava o processo de descentralização. Conforme citado por De Seta (2007), a VISA precisa seguir o modelo sistêmico diferentemente da assistência, ou seja, precisa agir de forma territorialmente abrangente, coordenada e cooperativa, para prevenir ou minimizar os prováveis danos e agravos decorrentes da exposição aos riscos, fatores e situações de risco.

Nogueira Tofani, Carpintéro e Bruno (2009) realizaram pesquisa com o objetivo de reorganizar o orçamento do município de Várzea Paulista-SP, segundo o Pacto pela Saúde, através da integração das ações de planejamento e gestão orçamentário-financeira e atualização da legislação municipal com implantação do sistema de monitoramento. Os autores observaram que, com a reestruturação do Fundo Municipal de Saúde (FMS) em cinco blocos de financiamento, conforme o Pacto pela Saúde, houve maior interface entre planejamento e gestão. A previsão, a programação, monitoramento e a execução orçamentário-financeira foram condizentes com as diretrizes e metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e as programações anuais de 2007 e 2008, instituindo-se compatibilidade e coerência entre os instrumentos

do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS) e a Legislação Orçamentária Municipal.

E ainda, segundo Pereira e Barcellos (2006 apud DE SETA; REIS, 2009), considera-se que um território não se limita a uma divisão de fronteiras e limites físicos, pois existem fluxos e os territórios são dinâmicos, modificando-se com maior ou menor rapidez, considerando as relações entre as pessoas, espaços de poder e determinados agravos que não respeitam as divisas federais, estaduais ou municipais.

Assim, com o objetivo de controlar riscos e danos à saúde da população, a SVS/MS publicou recentemente a Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que preconiza o desenvolvimento de dois sistemas nacionais: o de vigilância em saúde e o de VISA, objetivando o alcance da integralidade da atenção no território. Para tanto, requer a integração ao conjunto das ações executadas no âmbito dos sistemas locais de saúde, em especial a atenção básica, mediante uma avaliação mais contextualizada na gestão do sistema municipal, ainda insuficiente.

Segundo as Portarias n.º 3.252/2009 e 1.106/2010, os municípios deverão registrar os procedimentos realizados pelo serviço de VISA, respeitando a pactuação, no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), cuja tabela se encontra estabelecida na Portaria SAS nº 323/2010, e os procedimentos de prioridades definidas pelo Pacto pela Saúde. As informações obtidas do SIA/SUS mediante análise servem como importante ferramenta de gestão da VISA que poderão ser utilizadas para planejamento, avaliação, controle e auditoria. Portanto, todas as Secretarias deverão cadastrar o serviço de VISA no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), e o registro dos procedimentos terão prazos definidos pelo MS.

O termo “Vigilância da/na/em Saúde” tem sido amplamente citado (DE SETA; REIS, 2009) e existe uma polêmica sobre seu significado. Teixeira e Pinto (1993, p. 6, apud DE SETA; REIS, 2009) utilizam “Vigilância à Saúde”, que representa um: “imenso guarda-chuva” que busca articular “práticas dispersas e heterogêneas em saúde coletiva”, desde as assistenciais até as dirigidas para a prevenção.”

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) defendem a criação de uma proposta de construção de um modelo fundamentado na “Vigilância da Saúde”. Esse modelo deve apresentar sete características básicas: (1) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); (2) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; (3) operacionalização do conceito de risco; (4) articulação

entre ações promocionais, preventivas e curativas; (5) atuação intersetorial; (6) ações sobre o território; (7) intervenção sob a forma de operações.

A Vigilância da Saúde propõe mudança do modelo de atenção, redefinindo as práticas sanitárias para reorganização da atenção primária, com a municipalização da gestão do sistema e das unidades de saúde. Considera (1) a dimensão técnica, que reúne práticas sanitárias com combinações tecnológicas distintas para controle dos riscos e danos; (2) privilegia a dimensão gerencial organizada sob a forma de operações para o enfrentamento contínuo de problemas das práticas de Vigilância da Saúde, (3) as relações técnico-sociais, (4) as organizações de saúde e (5) a cultura sanitária. Ou seja, este modelo inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos vários grupos sociais na promoção e na defesa das condições de vida e saúde, tais como profissionais de saúde, população organizada, órgãos governamentais e não-governamentais. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

No entanto, independentemente dos diferentes termos, atualmente tem sido citado como “Vigilância em Saúde” e representa a possibilidade de ação menos fragmentada em relação às vigilâncias (DE SETA; REIS, 2009). Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a VISA.

Atualmente, em substituição a Portaria GM/MS nº 1.998, de 21 de agosto de 2007, foi republicada a Portaria nº GM/MS 1.106, de 12 de maio de 2010, que atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais de VISA do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde destinada à execução das ações de VISA. A principal alteração relaciona-se à periodicidade do repasse, passando a receber quadrimestralmente, nos meses de janeiro, maio e setembro, com atualização populacional segundo o IBGE 2009. Quanto ao elenco norteador (Anexo II), houve a inclusão de ações relativas ao fortalecimento de gestão, entre outros, e o repasse retroativo será o da competência janeiro de 2010 pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) - Quadro 1.

O componente de VISA que se refere aos recursos federais destinados às ações de VISA é formado pelo Piso Fixo de Vigilância (PFVISA), composto de estruturante e estratégico, acrescido dos valores referentes ao Financiamento de Laboratório para Ações de Vigilância Sanitária (FINLACEN/VISA), nos termos da Portaria GM/MS nº 3.271, de 27 de dezembro de 2007, e Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA),

constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica. Os valores de PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE, e o PFVISA será composto pelo Piso Estruturante, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,36 por habitante/ano ou Piso Municipal de VISA, no valor de R\$ 7.200,00 ao ano para municípios cujo total *per capita* configurar um valor abaixo desse Piso; o Estratégico será calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,20 por habitante/ano, abatido dos valores já pactuados na CIB (ANVISA/MS, 2010).

No Estado de Mato Grosso, a Coordenadoria de VISA publicou a Resolução CIB nº 092/2007, que dispõe sobre os critérios para a transferência do Piso Estratégico de VISA para os municípios do Estado de Mato Grosso. Mediante essa publicação, foram estabelecido os fluxos e parâmetros para análise das programações de ação de VISA, com base no elenco norteador para homologação do repasse do Piso Estratégico de VISA pela esfera federal.

Quadro 1 - Repasse de Recursos Financeiros Federais (FNS E ANVISA) do componente VISA do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Municípios	Cód. IBGE	POP-2009	Repasse Total anual Piso estruturante	Piso estruturante FNS mensal	Piso estruturante FNS Quadrimestral
Cláudia	510305	11.148	7.200,00	600,00	2.400,00
Feliz Natal	510370	11.170	7.200,00	600,00	2.400,00
Ipiranga do Norte	510452	4.641	7.200,00	600,00	2.400,00
Itanhangá	510454	5.061	7.200,00	600,00	2.400,00
Lucas do Rio Verde	510525	33.556	12.180,83	1.015,07	4.060,28
Nova Mutum	510622	26.874	9.755,26	812,94	3.251,75
Nova Ubiratã	510624	8.372	7.200,00	600,00	2.400,00
Santa Carmem	510724	4.573	7.200,00	600,00	2.400,00
Santa Rita do Trivelato	510776	2.751	7.200,00	600,00	2.400,00
Sinop	510790	114.051	41.400,51	3.450,04	13.800,00
Sorriso	510792	60.028	21.790,16	1.815,85	7.263,39
Tapurah	510800	11.517	7.200,00	600,00	2.400,00
União do sul	510830	4.093	7.200,00	600,00	2.400,00
Vera	510850	9.502	7.200,00	600,00	2.400,00
Total		307.337	157.126,76	13.093,90	52.375,42

Fonte: ANVISA/MS, 2009 (elaborado pela autora)

## **Descentralização da Vigilância Sanitária no Estado de Mato Grosso**

A descentralização durante a NOB/96, no Estado de Mato Grosso, foi realizada por meio do processo de municipalização das ações e serviços, levando em consideração que os municípios estavam mais próximos dos problemas e da população. Para tanto, havia a necessidade de se organizar para a resolutividade dos problemas e demandas com rapidez e qualidade, contando com o apoio da esfera estadual, e desta com a União (MÜLLER NETO, 2001).

Em Mato Grosso, entre as mudanças significativas ocorridas na gestão, destacam-se: o apoio à formação de recursos humanos nos níveis central, regional e municipal, além da publicação da cartilha da municipalização da VISA de MT. Ambas visavam a melhorar a prática municipal das ações em VISA, ao apresentar: (1) as áreas de atuação; (2) as competências; (3) o papel do gestor; (4) os recursos financeiros; (5) a equipe mínima; (6) a infraestrutura mínima de acordo com o número de fiscais sanitários; (7) a quantidade e complexidade das ações executadas em VISA; (8) o planejamento das ações e as consequências de sua não-efetivação; (9) legislações pertinentes; (10) publicação do Código Sanitário Estadual.<sup>17</sup>

Em 2001, com o objetivo de organizar a VISA, a SES/MT publicou no *Caderno do Gestor Municipal de Saúde* um novo modelo de gestão, o qual continha as responsabilidades e a composição mínima de equipe para execução das ações de baixa complexidade, a partir do repasse de recursos financeiros aos municípios habilitados.

Com relação à composição mínima de equipe, os municípios que apresentam população de até 10 mil habitantes devem ter, no mínimo, dois técnicos de nível médio; naqueles em que a população varia entre 10 a 50 mil habitantes, dois técnicos de nível médio e um técnico de nível superior com formação na área de saúde. Os que apresentam população acima de 50 mil habitantes necessitam de dois técnicos de nível médio e dois de nível superior com graduação nas ciências da saúde.

Os municípios em Gestão Plena Municipal, além da equipe mínima para as ações de baixa complexidade, devem ser acrescidos mais dois técnicos de nível superior

---

<sup>17</sup> Promulgado pela Lei nº 7.110, de 10/02/1999, de cujas disposições vale a pena assinalar: a possibilidade de captação de recursos financeiros por parte dos municípios para as ações descentralizadas em VISA, bem como do repasse mensal por intermédio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em conta específica, para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) dos municípios habilitados na NOB/96 (MÜLLER NETO, 2001).

com graduação na área da saúde e quatro técnicos de nível médio. Os municípios habilitados devem possuir uma infraestrutura mínima para todos os níveis, ou seja, a quantidade proporcional ao número de fiscais sanitários para a quantidade e complexidade das ações a serem executadas pela VISA municipal, contemplando: salas providas de computadores com acesso à internet, impressoras, aparelhos de telefone e fax; arquivos para a guarda de documentos administrativos e relativos às inspeções; armários para acondicionamento de legislações, materiais orientativos e educativos e formulários; material de expediente; veículos; bebedouros; refrigeradores (freezer e geladeiras); estrados; quadro-mural e salas adequadas para o acondicionamento dos produtos apreendidos.

As programações ocorrem de acordo com as necessidades dos estabelecimentos, sendo pautadas numa legislação sanitária municipal ou estadual e de conhecimento, as quais incluem "a elaboração/preenchimento de roteiros de inspeção; auto/termo; relatório técnico-conclusivo; coletas de amostras para análise laboratorial (quando for o caso); orientações/educação sanitária; fotografias das inspeções realizadas" (MATO GROSSO, 2001, p. 19), bem como os estabelecimentos por complexidade a serem inspecionados. O Estado de Mato Grosso é uma macrorregião que atualmente se encontra conformada em módulos assistenciais e em 16 microrregiões configuradas para efeito de planejamento da assistência em regiões. Entre elas, encontra-se a Microrregião Teles Pires, situada na Região Norte, conforme Decreto Estadual nº 7.442, de 12 de abril de 2006.

Entende-se por módulo assistencial:

o espaço de organização da assistência à saúde, capaz de garantir, além da Atenção Básica, o acesso com qualidade aos procedimentos e serviços definidos no primeiro nível de referência por uma determinada população, circunscrita a um município ou a um conjunto de municípios. (MATO GROSSO, 2002, p. 143)

Já as microrregiões são espaços territoriais geograficamente delimitados que contêm um conjunto de municípios e um Escritório Regional de Saúde (ERS), que devem atender a requisitos específicos, como contiguidade entre os municípios, garantia do acesso, capacidade instalada e de gestão, bem como critério político e município-polo (MATO GROSSO, 2005).

Dentre as estratégias adotadas pela VISA/SES, na descentralização das ações para os municípios, Marangon, Scatena e Costa (2009) destacam: a capacitação dos técnicos da VISA dos níveis central, regional e municipal; a elaboração de materiais

técnicos; a assessoria aos municípios, as inspeções conjuntas com os três níveis de gestão e a criação de instrumentos jurídicos. Os autores constataram, ainda, que a VISA/SES adotou postura ativa no processo de descentralização, mas que as ações de VISA, em todos os níveis de complexidade (baixa, média e alta), não causaram grande impacto, em função da ausência de supervisão, da falta de avaliação do processo de trabalho e de apoio permanente e contínuo para a estruturação dos serviços municipais.

Estudo qualitativo realizado pelos mesmos autores, sobre o processo de descentralização da VISA do município de Várzea Grande-MT, no período de 1998 a 2005, apontou deficiências estruturais, reduzido investimento no número e em diferentes categorias profissionais, desconhecimento quanto à utilização de recursos financeiros, inexistência de planejamento e de avaliação das atividades realizadas e necessidade de maior apoio técnico e político da VISA Estadual, ANVISA e CMS para o desenvolvimento das ações de VISA. Suas atividades não apresentavam correspondência com a condição de gestão habilitada para assunção de ações de baixa e média complexidade

As características apontadas acima remetem à realidade dos municípios que compõem a Microrregião Teles Pires, seja ela socioeconômica, cultural, demográfica, política, epidemiológica e de influência na organização administrativa e na resolução das ações de VISA.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem predominantemente qualitativa, de natureza exploratória, abrangendo a totalidade dos municípios da Microrregião Teles Pires-MT e com a qual todos concordaram em participar. Mesmo sendo a totalidade de municípios de uma microrregião, não se pretende qualquer tipo de generalização.

A pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008) estuda o fenômeno humano quanto a sua forma de agir, pensar sobre o que faz, e sua interpretação a partir da sua vivência com seus semelhantes, ou seja, a dinâmica da realidade social através dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

A pesquisa exploratória tem a finalidade de esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionar uma visão sobre determinados fenômenos, muito utilizada na pesquisa social (GIL, 2008). No estudo transversal as observações e os dados coletados ocorrem em um dado momento, constituindo assim uma radiografia estática do que ocorre em determinado momento (PEREIRA, 2002).

### **Estratégia da pesquisa e limitações do método**

A estratégia de pesquisa escolhida é a do estudo de caso múltiplo, metodologia adequada para se buscar entender o “como” e o “porquê” de acontecimentos atuais, sobre os quais se tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2005). Permite conhecer e interpretar vários aspectos de uma realidade social sem que se pretenda fazer generalizações, sequer para o estudo em foco, visto que cada caso é único e traz uma experiência particular (YIN, 2005). Além disso, possibilitam um estudo aprofundado acerca do fenômeno, organização ou grupo em múltiplas dimensões (GIL, 2009).

Outros motivos para a escolha do estudo de caso como estratégia de pesquisa se devem: (1) à multiplicidade de variáveis a serem analisadas (GIL, 2009), sem que se possa determinar quais são variáveis dependentes e independentes *a priori*; (2) ao fato de mudanças de unidades de análise e de métodos de coleta de dados poderem ocorrer durante o estudo. A utilização de várias unidades de análise acrescenta maiores oportunidades para ampliação da crítica, aprofundamento quanto às questões investigadas sobre os casos (YIN, 1994 apud COSENDEY, 2000).

Com a escolha do estudo de caso múltiplo, pretendeu-se, a partir de um maior número de unidades de análise, desvendar ângulos complementares para estudo, ainda mais em função da tão propalada heterogeneidade estrutural dos municípios – tipo de ente federativo que na saúde é considerado o executor preferencial das ações (DE SETA, 2007).

Muitos pesquisadores fazem críticas quanto à escolha deste método (YIN, 2005), relatando a falta de rigor que pode causar um viés, se o pesquisador permitir que evidências equivocadas e visões tendenciosas influenciem nas conclusões, por fornecerem pouca base para generalizações científicas e pelo fato de serem demoradas, resultando em documentos ilegíveis. Para isso, Yin (2005) sustenta que o pesquisador deve se precaver em relação ao planejamento das técnicas de coleta de dados e sua análise, levando em consideração as condições relacionadas à qualidade do projeto, que são: a validade do constructo, a validade interna, a validade externa e a confiabilidade.

Para aumentar a validade do constructo, existem táticas como a utilização de várias fontes de evidências, o estabelecimento do encadeamento das evidências e a construção de um relatório do estudo de caso. Em relação à validade interna, o pesquisador tenta determinar se uma condição levou a outra, não sendo aplicável para estudos exploratórios, mas para os estudos de caso causais. Quanto à validade externa, utiliza-se a lógica da replicação em estudos de casos múltiplos e, quanto à confiabilidade, utiliza-se a tática do protocolo de estudo de caso.

Sendo assim, buscou-se maior validade do constructo mediante a triangulação de dados, segundo Gil (2009) e Yin (2005), com a utilização de várias fontes de evidências (IBGE, DATASUS, SIOPS, dados institucionais e fontes orais) e estratégias de coleta (base de dados disponíveis na internet, dados institucionais, entrevistas e observação sistemática). A triangulação dos dados é estrategicamente utilizada para a análise e interpretação dos resultados do estudo, para confrontar a informação obtida, corroborando os resultados da pesquisa. Segundo Yin (2005), na triangulação as informações são obtidas de três diferentes fontes, das quais pelo menos duas podem convergir corroborando os resultados; no entanto, se as informações forem divergentes, torna-se necessário obter informações adicionais. Os dados foram organizados selecionando-se as entrevistas e dados coletados confrontando-os de forma a obter a evidência do objeto de estudo.

Quanto à validade externa, será baseada no confronto dos resultados encontrados entre os casos, verificando a existência de generalização analítica de um conjunto de casos aos pressupostos teóricos (YIN, 2005), mas considerando cada caso como único.

### **Seleção dos casos e unidade de análise**

A Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso, foi selecionada pelo fato de a pesquisadora ser servidora lotada na Regional de Saúde de Sinop-MT, sede da microrregião. A pesquisa vai ao encontro do vivido na gestão da vigilância e da formação recebida pela servidora, que integra o plano de capacitação do serviço e concorre para aumentar a viabilidade do estudo em termos, inclusive, de tempo. Os municípios selecionados são de abrangência desta microrregião de saúde e concordaram em participar da pesquisa, constituindo uma amostra intencional (de conveniência). Desta forma, os municípios selecionados foram: Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera.

As unidades de análise foram os serviços de VISA municipal, constituindo 14 casos, totalizando 31 entrevistados, sendo 14 Secretários Municipais de Saúde e cinco coordenadores de Vigilância em Saúde (dois acumulavam a coordenação da VISA) e 14 coordenadores das Vigilâncias Sanitárias municipais dos municípios acima descritos.

O critério para seleção dos entrevistados foi a ocupação de cargo, considerando que possuem atribuições e responsabilidades diferentes em relação ao serviço e nível hierárquico. Os secretários de Saúde são responsáveis pela proposição e formulação de políticas e estratégias, tomando decisões que influenciam na estrutura e processo de trabalho de todo o sistema de saúde; os coordenadores/técnicos têm responsabilidades quanto ao processo de trabalho, constituindo uma amostra de conveniência (intencional).

### **Procedimentos para coleta, codificação e análise de dados**

Procedeu-se à revisão da literatura existente, para a construção dos pressupostos teóricos, e os dados documentais foram previamente levantados e analisados, para facilitar a pesquisa de campo, com agendamento prévio a informantes-chave. Os informantes-chave selecionados foram os 14 secretários municipais de Saúde e 14

coordenadores/técnicos das VISAs Municipais e cinco coordenadores de Vigilância em Saúde, pertencentes à Microrregião Teles Pires-MT, totalizando 31 entrevistados, cujo critério de escolha foi a ocupação do cargo.

Os dados primários foram gerados mediante a utilização de: Protocolo para Estudo de Caso (Apêndice 1), com entrevista semiestruturada; roteiro de observação sistemática (Apêndice 2) e *check list* de atividades realizadas (Apêndice 3).

A coleta de dados primários e de alguns dados secundários, que só poderiam ser encontrados no município de origem, ocorreu no período de maio a junho de 2010, em função do agendamento que se conseguiu fazer com os entrevistados.

O Protocolo para Estudo de Caso (YIN, 2005) aumentou a confiabilidade da pesquisa e orientou o pesquisador ao longo do estudo, já que continha o planejamento em relação aos aspectos a serem considerados, tais como: os locais, os informantes-chaves, os instrumentos necessários, a programação, a previsão das entrevistas em cada local, conforme seu porte, natureza e tipo das ações (serviços) executadas e as análises.

O formulário semiestruturado teve sua validade interna maximizada pela realização de pré-testes com a população de mesmo perfil, porém não integrante do estudo, consistindo de perguntas abertas e um questionário com perguntas fechadas sobre o perfil demográfico e funcional dos respondentes, visando a subsidiar a informação sobre as atividades realizadas e sua ordem de grandeza em relação a sua agenda de trabalho.

Solicitou-se aos informantes o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O termo informava sobre os direitos de preservação de sua identidade e de desistência de sua participação em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para si próprio, bem como sobre a relevância e objetivos da pesquisa (Anexo I). A organização, sistematização e análise dos dados documentais foram processadas com o auxílio de planilhas eletrônicas elaboradas por meio do software *Excel*, antecedendo a entrevista.

As entrevistas foram registradas por meio de um gravador digital de voz modelo *DVR – TF 580 – POWERPACK* com reprodução de arquivos *MP3/WMA*, que permitiu a reprodução das gravações e releituras das cópias integrais dos dados da entrevistas, para posteriormente serem transcritas e submetidas à análise de conteúdo (YIN, 2005; GRAHAM GIBBS, 2009), seguindo toda a processualística: leitura flutuante das representações sociais, com a construção de tabelas/instrumentos de análise das

transcrições, para organização e sistematização dos mesmos e o roteiro de observação sistemática. A análise de conteúdo, segundo Gil (2009), é uma técnica em que se estuda a comunicação humana de maneira sistemática e objetiva, bem como: (1) auxilia na identificação das intenções e outras características dos entrevistados; (2) identifica o *status* de pessoas ou grupos; (3) revela atitudes, interesses, crenças e valores dos grupos; (4) identifica o foco de atenção das pessoas e grupos; e (5) descreve as atitudes e respostas aos meios de comunicação. Entretanto, é utilizada com restrição, devido a suas limitações em práticas quantitativas de análise de dados. Maiyring (2003 apud KOHLBACHER, 2005 apud GIL, 2009) desenvolveu um modelo de análise qualitativo que pode ser aplicado nos estudos de caso e pode ter nove estágios, cujas categorias de análise são obtidas de modelos teóricos ou podem surgir da análise de material obtido em campo.

As categorias de análise foram definidas considerando-se suas especificidades, a organização, sistematização e discussão dos resultados, subsidiadas pela revisão bibliográfica e pressupostos teóricos. O tempo médio das entrevistas foi em média de 53 minutos, e de permanência no serviço, de mais ou menos 4 horas. Entre os entrevistados, um dos secretários de Saúde indicou uma funcionária para as entrevistas, justificando com seu conhecimento sobre o tema e o tempo de serviço na instituição, mas com autorização e agendamento prévios.

Os dados secundários procederam de informações institucionais previamente autorizadas pelos gestores municipais (relatórios, registros sistematizados), tais como: Regimento Interno da SES/MT, ERS, Programação de Ações da VISA Municipal e Estadual; TCG; relatórios de monitoramento da PAVS; indicadores e arquivos em registros disponíveis na internet sobre os aspectos demográficos, socioeconômicos, sanitários e políticos, em fontes tais como o DATASUS (informações em saúde); IBGE (perfil dos municípios brasileiros); e SIOPS de 2009 e recursos repassados pelo FNS como é controlado, monitorado e avaliado em relação à PAVS do ano de 2009, programação das ações de VISA de 2008, o que realiza, não realiza e por que não realizou o que pactuou, considerando os parâmetros do elenco norteador das ações de VISA (Anexo 2) utilizados para avaliação das programações realizadas pela VISA estadual, cujos dados encontravam-se consolidados.

Os dados secundários coletados foram processados com o auxílio de planilhas *Excel*, compondo um banco de dados além da construção de tabelas e quadros.

Realizaram-se codificações para preservação da identidade dos entrevistados e do seu local de trabalho (município). Inicialmente, os municípios foram codificados por meio de letras alfabéticas escolhidas aleatoriamente, de A-N.

Codificaram-se por meio de algarismos arábicos, sendo o número 1 para secretários de Saúde, número 2 para coordenadores de Vigilância em Saúde e número 3 para coordenadores de VISA, visto que, em alguns municípios, existe o cargo de coordenador de Vigilância em Saúde no organograma da instituição.

As entrevistas foram sistematizadas, considerando que cada grupo ou membros dos grupos são produtos das mesmas condições vivenciadas, independentemente de sexo, idade, condição sociocultural e ocupação, e permite a recuperação da fala do grupo estudado. Para tanto, foi construído um instrumento para análise do conteúdo das entrevistas, considerando as questões investigativas e sua ideia central para selecionar as falas dos sujeitos entrevistados. Foram utilizados recortes das entrevistas relacionados às categorias de análise previamente identificadas e que surgiram da leitura flutuante do material, bem como as relacionados às perguntas formuladas para a questão em pauta. Os pontos de vista dos entrevistados, de acordo com suas distintas características sociodemográficas, também foram cotejados.

Para análise do estudo de caso múltiplo, segundo Gil (2009), consideraram-se as seguintes categorias e variáveis, constantes no quadro abaixo:

- **Meios de Verificação:** análise documental, entrevista, roteiro de observação sistemática.
- **Fontes:** entrevistas dos secretários municipais de Saúde e trabalhadores da VISA, dados documentais da instituição e arquivos de dados disponíveis via internet (IBGE, DATASUS, PNUD, SIOPS).

<b>Categorias de Análise</b>	<b>Categorias Operacionais</b>	<b>Variáveis</b>
Descentralização e Gestão	Estruturação dos Serviços	Estrutura física
		Estrutura administrativo-operacional e legal
		Agentes do processo
		Conhecimento técnico
		Recursos Financeiros
	Ações de controle de risco sanitário (Processo de Trabalho)	Tipo de estabelecimento
Incorporação das especificidades locais		Objeto de ação
		Natureza das ações
Contexto local/ atributo municipal	Características demográficas	Porte populacional e extensão territorial
	Sócio - econômicas	PIB <i>per capita</i> , IDH, assentamentos.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, de acordo com a Resolução nº 196/96 do CONEP, tendo sido aprovada em 03 de maio de 2010, de acordo com o Protocolo nº 41/10, com os seguintes apêndices: carta de solicitação de autorização para disponibilização e coleta dos dados institucionais (Apêndice 1) e termo de consentimento livre e esclarecido em conformidade com a Resolução nº 196/96 do CONEP (Anexo I), com explicitação dos procedimentos para garantia do anonimato dos entrevistados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A Microrregião Teles Pires

Localizada no Centro-Oeste brasileiro, a Microrregião Teles Pires está situada na parte central do Estado do Mato Grosso, e é composta por 14 municípios, apresentando extensão territorial de 80.245,4 Km<sup>2</sup>, com população de 307.837 habitantes, segundo dados do IBGE, 2009.

O município mais populoso dessa microrregião é o de Sinop, e o menos populoso é Vera, com 114.051 e 2.751 habitantes, respectivamente. Caracterizada como grande produtora de grãos, a microrregião se destaca na cultura da soja, pecuária e extrativismo vegetal.

A sede do ERS é no município de Sinop, o qual se localiza a 504 quilômetros da capital Cuiabá; já o município mais distante da microrregião é o de União do Sul, que se encontra a 688 quilômetros de Cuiabá e a 180 quilômetros de Sinop.

Os municípios de Itaúba, Marcelândia e Nova Santa Helena integram, atualmente, o ERS de Colider. Os municípios de Ipiranga do Norte e de Itanhangá foram emancipados recentemente, e antes pertenciam ao município de Tapurah. Dentre os municípios da Microrregião Teles Pires, sete possuem assentamentos e uma gleba, Sinop (MATO GROSSO, 2005). Alguns atributos dos 14 municípios que integram a microrregião se encontram resumidos na Tabela 1, a seguir.

Com exceção de Nova Mutum, Sinop e Lucas do Rio Verde, os quais estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), respectivamente, através das Portarias nº 2.428 GM/2002, nº 1.785 GM/2003, os demais municípios desta microrregião se encontram habilitados no GPAB. (MATO GROSSO, 2005).

Nenhum dos municípios se habilitou para o recebimento do componente TAM, nem pactou a execução das ações de média e de alta complexidade (BRASIL, 2003), segundo a Portaria nº 2.473/2003. Atualmente, dentre os municípios da microrregião, dois não assinaram o TCG do Pacto pela Saúde, conforme Resolução CIB nº 017, de 17 de abril de 2008.

Há predomínio de pequenos municípios, conforme demonstra a Tabela 1, e de uma grande diversidade de extensão territorial. O IDH<sup>18</sup> da microrregião variou entre

---

<sup>18</sup> Índice de Desenvolvimento Humano é um indicador que sintetiza o nível de sucesso atingido em relação à educação, renda e longevidade (PNUD 2000).

0,748 e 0,824. O valor de 0,813 indica um alto desenvolvimento humano, e três municípios se encontram nessa situação. Destacam-se dois desses municípios, que podem ser considerados pequenos, ou seja, abaixo de 50.000 habitantes, de alta renda *per capita*. O PIB *per capita*<sup>19</sup> também apresentou valores relativamente altos em municípios muito pequenos.

---

<sup>19</sup> PIB/*per capita* mede a capacidade da população em adquirir bens e serviços e a atividade econômica de uma região (IBGE, 2007).

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas dos municípios da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010

Municípios	População IBGE 2009	Área territorial Km <sup>2</sup> IBGE 2007	Assentamentos	Distância da Capital (Km) PNUD 2000	PIB <i>per</i> <i>capita</i> (reais) IBGE 2007	IDH PNUD 2000	Renda <i>per Capita</i> (PNUD 2000)
Cláudia	11.148	3.821	-----	608	7.308,00	0,813	439,76
Feliz Natal	11.170	11.448	Assentamento Ena (840 hab) ; Parque Nac. Xingu(839 hab)	379	10.042,00	0,748	324,84
Ipiranga do Norte	4.641	3.440	-----	476	48.477,00	0,783	Dado não disponível
Itanhangá	5.061	Dado não disponível	Maria Oliveira I e Maria Oliveira Simioni	475	11.181,00	0,783	Dado não disponível
Lucas do rio Verde	33.556	3.660	-----	340	23.019,00	0.818	384,03
Nova Mutum	26.874	9.538	Pontal do Marape e Ranchão	242	27.902,00	0.801	395,34
Nova Ubiratã	8.872	12.695	Cedro Rosa, Piratininga Entre Rios e Santa Terezinha	494	20.514,00	0.779	290,33
Santa Carmem	4.573	3.920	-----	540	12.009,00	0,787	342,91
Santa Rita Trivelato	2.751	3.345	Ponte de Barro(60 hab) 20 famílias(ñ oficial)	357	52.984,00	0,773	Dado Não disponível
Sinop	114.051	3.194	Gleba Mercedes	505	10.565,00	0,807	340,38
Sorriso	60.028	9.346	Boa Esperança	420	20.087,00	0,824	461,37
Tapurah	11.517	11.600	-----	445	18.403,00	0,783	315,60
União do Sul	4.093	4.581	Projeto Cooperguaribe(809 hab) 231 fam.(ñ oficial)	688	7.316,00	0,768	292,69
Vera	9.502	2.951	-----	375	9.999,00	0,772	254,61

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Municípios. (Elaboração própria).

NOTA: No IBGH, não há dados disponíveis relativos ao IDH de Itanhangá e de Ipiranga do Norte. Para a construção do quadro, foi utilizado o IDH de Tapurah, município que foi desmembrado recentemente.

## **Caracterização dos entrevistados**

### **Secretários Municipais de Saúde**

Dos 14 secretários municipais de Saúde, foram entrevistados 13. Um dos gestores indicou um profissional, argumentando ter este um maior domínio sobre a temática, e também mais tempo na instituição. As variáveis grau de escolaridade, vínculo empregatício e idade encontram-se resumidos nos Quadros 2 e 3, para os grupos de entrevistados, respectivamente.

Sobre o grau de escolaridade, cinco dos gestores não apresentam formação de nível superior. No que diz respeito ao vínculo empregatício, há o predomínio de estatutários municipais (9) em relação aos demais, que são contratados e nomeados por meio de portaria. O tempo de serviço varia de um a 16 anos de serviço e de nove meses a um ano no cargo.

### **Coordenadores de Vigilância Sanitária e de Vigilância em Saúde**

Foram entrevistados também cinco dos sete coordenadores de Vigilância em Saúde e 14 coordenadores de VISA. Dois dos coordenadores de Vigilância em Saúde estavam ausentes, por motivo de licença e férias, embora as datas das entrevistas tenham sido agendadas previamente. Dois dos entrevistados ocupam o cargo de coordenador de VISA e um terceiro também é responsável por coordenar a Saúde do município. Neste grupo, somente um dos coordenadores não possui formação superior e a maioria é estatutário municipal (4) e do sexo feminino (4). O tempo de serviço varia entre 20 a um ano, já o de cargo entre 13 a um ano.

Dentre os 14 coordenadores de VISA entrevistados, oito não possuem formação superior, havendo predomínio de estatutários municipais (9), do sexo masculino (8) e com um tempo de serviço que oscila de um mês a 35 anos, e um mês a 12 anos no cargo.

Quadro 2 - Distribuição do quantitativo de Gestores e coordenadores de VS e VISA segundo categoria profissional da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Categoria Profissional	SMS	Coordenador VS <sup>(2)</sup>	Coordenador VISA <sup>(3)</sup>
	Nº	Nº	Nº
Bióloga			1
Economista	1		
Enfermeira		2	
Engenheiro Sanitarista			1
Farmacêutica- Bioquímica	1		
Farmácia e Biomedicina	1		
Fisioterapia	1		
Gestão Pública	1		1
Gestão em sistemas e Serviços em Saúde		1	
Letras	1		1
Médico	1		
Pedagogo			1 <sup>(5)</sup>
Psicólogo	2 <sup>(1)</sup>		
Tecnólogo em alimentos			1
Sem graduação	5		8 <sup>(4)</sup>
Total	14	3	14

Fonte: Dados da pesquisa (Elaboração própria)

<sup>(1)</sup>um destes entrevistados é representante do SMS

<sup>(2)</sup>VS= Vigilância em Saúde

<sup>(3)</sup>VISA= Vigilância Sanitária

<sup>(4)</sup>um destes entrevistados é coordenador de VS

<sup>(5)</sup>o entrevistado é também coordenador de VS

Quadro 3 – Distribuição de gestores e coordenadores de vigilância em saúde e de VISA municipal segundo características sociodemográficas e funcionais, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Variáveis	SMS <sup>(1)</sup>	Coordenador VS <sup>(2)</sup>	Coordenador VISA <sup>(3)</sup>
	Nº	Nº	Nº
<b>Idade (anos)</b>			
20 a 29 anos	1	2	3
30 a 39 anos	5	2	5
40 a 49 anos	8	1	2
50 a 59 anos			2
60 a 69 anos			1
<b>Escolaridade</b>			
Nível elementar			
Ensino fundamental			
Ensino médio	1	1	7
Ensino superior incompleto	4		1
Graduação	4	1	3
Especialização	5	3	3
Mestrado			
Doutorado			
Não Informado			
<b>Sexo</b>			
Masculino	9	1	8
Feminino	5	4	6
<b>Tempo de Instituição</b>			
Menos que 1 ano			2
De 1 a 5 anos	10	2	5
De 6 a 10 anos	3	2	3
De 11 a 20 anos	1	1	3
De 21 a 30 anos			
De 31 a 40 anos			1
<b>Tempo no Cargo</b>			
Menos que 1 ano	1		3
De 1 a 5 anos	11		6
De 6 a 10 anos	2	2	3
De 11 a 20 anos		1	2
De 21 a 30 anos		1	
De 31 a 40 anos		1	

Fonte: Dados da pesquisa (elaboração própria)

<sup>(1)</sup>Secretário (a) Municipal de Saúde

<sup>(2)</sup>Vigilância em Saúde

<sup>(3)</sup>O cargo de coordenador de Vigilância em Saúde (VS) é inexistente no organograma de alguns municípios da Microrregião Teles Pires e em alguns o mesmo profissional coordena a VISA.

## A perspectiva dos Secretários Municipais

### Estruturação dos Serviços de VISA

Os resultados demonstraram, nos municípios pesquisados, a existência de cargos hierárquicos em seu organograma com suas funções e atribuições. Esse é um dos fatores determinantes na conformação de uma instituição (ROMIO, 2004) e influencia no processo de trabalho, no desenvolvimento das ações de forma efetiva e articulada.

Constatou-se que os municípios A, C, G, H, K, M e N possuem coordenador de Vigilância em Saúde e, ligada a essa coordenadoria, se inserem as coordenações de Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Conforme relatos dos entrevistados, tal mudança no organograma proporciona uma forma de divisão do trabalho e favorece a reorganização do serviço.

Nos demais municípios pesquisados, em seu organograma, encontram-se instituídos os cargos de coordenação para as vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental separadamente. Contudo, o coordenador é, muitas vezes, o único profissional para planejar e executar as ações específicas. Neste sentido, um dos secretários afirma:

[...] temos um só servidor fazendo esse papel de fiscalizar os mercados, comércios, farmácias, as empresas. Como [...] estou no cargo há um ano e pouco, tenho procurado contratar mais pessoas, qualificar essas pessoas para depois desempenhar um papel mais expressivo dentro do município (G1)

Um dos grandes desafios para a capacitação é a competência para as ações múltiplas. Na fala do secretário de um dos municípios (H1), a importância de tais ações é explicitada: “[...] nós estamos com uma responsável para gerenciar essas vigilâncias, vejo que é muito importante [...] você ter profissionais que possam fazer ações múltiplas.” (H1).

No quesito estrutura física, somente quatro (28,6%) municípios (B, L, I, M) apresentam estrutura física específica e em condições satisfatórias, o que, segundo os gestores, favorece o desenvolvimento das atividades de VISA. Destes quatro, apenas um apresenta população inferior a 20.000 habitantes. Todos os gestores partilham da opinião de que a precariedade estrutural contribui para que o serviço de VISA execute apenas um pequeno leque de ações, tais como: informação/orientação à população, abatedouros, criação de animais, supermercados, serviços de alimentação, fiscalização para apurar denúncias e reclamações da população e do Ministério Público (MP).

Embora quatro (28,6%) municípios (B, I, L, M,) tenham locais específicos para VISA, estes mencionam deficiências na estrutura física. Não há disponibilidade de veículos, que são necessários em decorrência da extensão territorial e das áreas rurais, e nem mesmo de equipamentos essenciais à rotina de serviço, como: medidores de cloro, termômetros, aparelhos telefônicos e de fax (para atendimento às denúncias e reclamações) e canais de comunicação via internet. Falam, ainda, sobre a desatualização da legislação sanitária no que diz respeito à arrecadação de recursos com as ações de VISA, sobre os conflitos em relação à atuação do profissional de VISA pelo setor regulado e sobre a baixa prioridade atribuída às ações de VISA. Tais ações não são priorizadas, devido, principalmente, à escassa percepção sobre sua importância, e em alguns casos, pela própria gestão. Alguns depoimentos transparecem a diferença entre o que é e o que deveria ser:

[...] Deveria ser uma vigilância [...] capacitada, com condições de fazer suas ações, ter o poder de polícia nas ações que ela executa no dia-a-dia [...] todos os profissionais que trabalham têm dificuldade em termos de conhecimento e de capacitação para executar um trabalho. (H1)

[...] trabalhar mais com a parte preventiva [...] orientadora, não só nos estabelecimento, mas também nas escolas [...] seria importante repassar também para outros profissionais [...] nas escolas com os alunos a questão da [...] higiene alimentar, higiene em casa... Acho que a maior dificuldade é financiamento que existe para VISA que é mínimo, né? (L1)

Nos demais municípios, o espaço físico, os materiais, os veículos, os equipamentos e os recursos humanos são compartilhados, principalmente com a VA. Esses aspectos foram mencionados em outras entrevistas, conforme pode ser observado no Quadro 4. Os depoimentos apontam, ainda, para uma insatisfação sobre os locais destinados ao atendimento do setor regulado, após uma denúncia ou reclamação, por exemplo. Os depoentes consideram tais locais sem privacidade, além de interferirem no processo de trabalho. Ressaltam a necessidade de mais recursos financeiros e de maior prioridade aos municípios, conforme podemos observar na fala a seguir:

[...] para montar o espaço da VISA [...] infelizmente a parte financeira deixa a desejar [...] a gente tem outra sala que já está em vista para trazer a VISA para perto da secretaria de saúde [...] o bom seria se tivesse espaço adequado para guardar os saneantes [...] os inseticidas que são usados, né? Precisamos [...] mesmo da área de construção [...] e não fazemos um bom trabalho... O governo tinha que olhar essa área, pelo menos da saúde [...] uma questão bastante debatida [...] Que entre um bom gestor, um bom presidente, para o ano que vem mudarmos essas leis para beneficiar os municípios. (J1)

Os inseticidas não são usados nas ações típicas de VISA, e sim nas de vigilância ambiental. Pode-se afirmar que, na divisão de receitas federativas, a partilha beneficia os municípios, tendo como resultado o aumento do número mediante desmembramento através do FPM, como medida de compensação (DE SETA, 2007). No entanto, no relato acima, o gestor ressalta que a criação de leis, por meio de novos gestores e presidentes, poderá beneficiar os municípios.

Entre os gestores, um dos entrevistados relata a baixa complexidade e a gestão plena, o que denota a continuidade para o gestor do pré-pacto, visto que seu município é um dos dois que não assinou o TCG. Sobre esse assunto, afirma:

[...] nesse momento ela só atua até a baixa complexidade né? [...] por não ser uma gestão plena então ela [VISA] atua em pequenos pontos principalmente em estabelecimentos de saúde e em pequenas partes de algumas unidades de saúde também, o resto fica a cargo da SES. (B1)

Quadro 4 - Número e percentual de municípios que possuem equipamentos/veículos para VISA (n=14)

Equipamentos	Municípios	
	Nº	%
Computador exclusive	03	21
Computador compartilhado	11	79
Notebook compartilhado	01	7
Impressora exclusive	04	29
Impressora compartilhada	07	50
Fax exclusive	-	-
Fax compartilhado	04	29
Telefone exclusive	04	29
Telefone compartilhado	08	57
Internet	13	96
Máquina fotográfica exclusivo	03	21
Máquina fotográfica compartilhado	04	29
Veículo exclusive	05	36
Veículo compartilhado	09	64
Moto exclusive	03	21
Moto compartilhada	01	7
Termômetro	07	50
Medidor de cloro	08	57
PHmetro	02	14
Turbidímetro	01	7
EPI em quantidade suficiente	04	29
Datashow	01	7
Internet	09	64
Retroprojektor	01	7

Fonte: Dados da pesquisa (Elaboração própria)

Em relação à estrutura administrativa, os municípios A, B, C, D, H, I, J, K, L, M e N realizam o cadastramento dos estabelecimentos sujeitos às ações de VISA de forma manual, sendo constituídas metas para realização dessas ações. Alguns gestores não conhecem os tipos de estabelecimentos sujeitos às ações de VISA. Sobre o número de estabelecimentos cadastrados, dois gestores (E1 e J1) afirmam:

[...] mais ou menos em torno de quatrocentos e setenta [...] claro que regularmente, como o município cresce assim numa situação bastante vantajada em todos os sentidos, não só os comerciais, mas também em residenciais. A gente hoje tem uma demanda maior [...] por isso que estamos fazendo um trabalho diferenciado também [...] um crescimento além entendeu? Que o poder público poderia estar oferecendo. (E1)

[...] realmente de números eu não teria como dar dados pra você [...] ele [coordenador de VISA] tem todos os dados arquivados, eles trabalham todos os mercados [...] os pontos críticos eles trabalham mais sequenciado né? E os outros eles passam pra rotina [...] no salão de beleza [...] (J1)

Três (21,3%) dos municípios pesquisados (E, F, G) não realizam a atualização de cadastros de estabelecimentos sujeitos às ações de VISA.

Os instrumentos de trabalho utilizados para o desenvolvimento das ações de VISA encontram-se descritos, segundo municípios pesquisados, no quadro abaixo.

Quadro 5 - Instrumento de trabalho segundo municípios da Microrregião Tele Pires, Mato Grosso, 2010.

<b>Instrumentos de Trabalho</b>	<b>Municípios</b>
Roteiro de inspeção	A, B, C, D, E, F, H, I, J, K, L, M, N
Relatórios técnicos	A, B, C, D, E, F, H, I, J, K, L, M, N
Arquivos dos estabelecimentos inspecionados/cadastrados	A, B, C, D, E, F, H, I, J, L, M, N
Planilhas de controle das ações de VISA	B, C, D, F, H, I, J, L, M
Protocolo de recebimentos de denúncias	C, D, I, J
Organograma	C, D, M
Fluxograma	-
Manual de normas e rotinas e procedimentos técnicos, administrativos	-
Material para coleta, acondicionamento e transporte de amostras para análise fiscal	-
Realização da análise de água	A, B, C, D, E, I, J, K, M, N
Realização da análise de alimentos	E, I, M
Sistema de informação	-

Fonte: Dados da pesquisa (elaboração própria).

Quanto à estrutura legal/fiscal, ao se verificar o Código Sanitário e/ou de Postura, em alguns casos, as autoridades sanitárias são: os técnicos da Vigilância

Epidemiológica, Ambiental e até da Saúde do Trabalhador, além do secretário de Saúde e o prefeito.

Entre os problemas a serem enfrentados, diante da prática e organização dos serviços de VISA, observa-se que, nos municípios pesquisados, o apoio jurídico para orientar os processos administrativos difere, conforme demonstrado no Apêndice 4.

No que concerne ao uso do poder de polícia, autuação, aplicação de multas e cobranças de taxas, a legislação sanitária municipal viabiliza a aplicação de penas, por meio do auto de infração, inclusive em casos de apreensão para inutilização de produto. No entanto, o profissional não executa tais procedimentos, o que é atribuído à falta de respaldo no uso do poder de polícia da VISA ou por problemas estruturais da própria VISA:

Ela [VISA] encontra certa dificuldade hoje na parte da prefeitura. Muitas vezes você faz a fiscalização. Ainda fica muito a cargo de a prefeitura liberar os alvarás para funcionamento ou não, não fica vinculada à secretaria de saúde de fazer, usar essas autorizações [...] (B1)

[...] faz notificações, autua, só que multas nós ainda não emitimos, pela dificuldade. Temos o Código da Vigilância Sanitária, só que ainda não conseguimos emitir as multas por resistência mesmo da população, por uma falta de apoio também dos próprios órgãos públicos do município. (D1)

[...] temos um trabalho de conscientização ainda. Temos apreendido muitos alimentos vencidos, produtos fora dos padrões [...] Fazer com que a população entenda, na verdade, o que a VISA está fazendo né? Qual a função da VISA [...] fiscalizar o estabelecimento né? Então, MULTA NÃO! Apreensão sim! [...] Notificação sim! (F1)

Aparece o recurso ao ERS de Sinop para medidas de maiores efeitos. A cooperação do ERS de Sinop no exercício do poder de polícia administrativa que seria da VISA municipal, designada como assessoria:

Esse é o grande problema, né? (suspiro) A gente autua [...] nas áreas que tiver de lacrar e tudo. Só que muitas vezes as pessoas também não pagam taxas né? Então, foi pedido uma época para fazer um TAC de um senhor ali, e muitas vezes eles não assinam né? [...] Então, é tudo vigilância é muito complicado, por isso que na hora que a gente estiver em situações piores né? A gente sabe que o pólo vem nos ajudar [...] essa parte de assessoria ajuda muito porque vai ter momento que nós vamos precisar, porque teremos que agir em vários locais. (J1)

Em meio à reposta sobre a questão do uso do poder de polícia administrativa da VISA, um secretário expressa sua visão sobre o fato gerador e a finalidade do trabalho da VISA, quase que exclusivamente voltado para a questão ambiental urbana:

Sim! Nós temos o alvará sanitário, que o alvará é cobrado para que a VISA faça esse trabalho de liberação para o alvará, é cobrado essa multa. O alvará de multa também na questão das apreensões [...] lotes, questão de esgotos [...] através de fossas que as pessoas não cuidam, também tem multado bastante. (I1)

Em relação aos recursos humanos, em nove dos municípios (A, C, D, F, G, H, K, L, N) pesquisados existe somente um profissional que coordena a VISA e Vigilância em Saúde ao mesmo tempo. Essa escassez de recursos humanos é assinalada como uma das dificuldades do trabalho. Não existe qualquer instrumento definidor do número adequado de profissionais para compor a equipe municipal de VISA, que considere os tipos e o quantitativo de estabelecimentos existentes em cada município. Nos outros cinco municípios, há equipe e ela é composta por quatro a 14 profissionais de VISA, naqueles de maior porte populacional da microrregião.

Em Mato Grosso, no ano de 2001, com o objetivo de organizar a VISA, a SES/MT institucionalizou, por meio de um novo modelo de gestão, as responsabilidades e equipe mínima para execução das ações de baixa complexidade:

- até 10 mil habitantes, deverá ter, no mínimo: 02 técnicos de nível médio.
- de 10 mil a 50 mil: 02 técnicos de nível médio e 01 de nível superior, da área da saúde.
- acima de 50 mil: 02 técnicos de nível médio e 02 técnicos de nível superior, da área da saúde. (MATO GROSSO, 2001, p. 131).

Já os municípios em Gestão Plena Municipal, além da equipe mínima para as ações de baixa complexidade, devem ser acrescidos dois técnicos de nível superior da área da saúde e quatro técnicos de nível médio (MATO GROSSO, 2001). No entanto, essa condição, até o momento da pesquisa, não foi evidenciada em todos os municípios pesquisados.

Entre outras dificuldades para a operacionalização das ações de VISA, os gestores se referem à capacitação desses profissionais e relatam a inexistência de um plano de capacitação necessário para o desenvolvimento das atividades de VISA. Na percepção de uma das gestoras, o aprendizado é construído em função da busca individual diária, e os profissionais da VISA se sentem isolados em relação às outras áreas da saúde.

Os gestores afirmam que a falta ou insuficiência de capacitações dificulta o processo de trabalho e gera insegurança ao profissional, em virtude da falta de conhecimento para fundamentar suas decisões. Neste sentido, um dos depoentes assegura:

[...] temos dificuldades de trabalho, na maioria das vezes pela falta de capacitação dos profissionais, estrutura do município, que o próprio estado teria que disponibilizar aos municípios para suas ações do dia-a-dia. Deveria ser uma vigilância [...] capacitada, com condições de fazer suas ações e ter o poder de polícia nas ações que ela executa no dia-a-dia [...]. Os profissionais que trabalham têm dificuldade em termos de conhecimento, de capacitação para poder executar um trabalho. (H1)

Em seu processo de trabalho, os profissionais que atuam na VISA necessitam tomar decisões frente as mais diversas situações – por exemplo, em casos de conflitos gerados durante as ações de poder de polícia (apreensões e interdições). Os achados deste estudo se assemelham com os de outras pesquisas encontradas na literatura, como na de Bastos, Costa e Castro (2009).

No relato de um dos gestores (D1), foi destacada a padronização do ensino/formação, qualificação e não simples capacitação. Detentor do poder de polícia, o profissional de VISA enfrenta limites ao seu exercício profissional. Este ultrapassa limites da fiscalização, e requer do trabalhador valores éticos que influem no processo de decisão e competência no ato de fiscalizar (COSTA; ROZENFELD, 2000; COSTA, 2008, 2004; CORDEIRO, 2006; DE SETA, 2007).

Dito de outro modo, seu trabalho exige conhecimento sobre várias áreas de atuação, habilidades e atitudes éticas para criar soluções rápidas e dentro da legalidade (poder discricionário), que muitas vezes não estão incluídos na sua formação (COSTA 2004; COEHN; MOURA; TOMAZELLI, 2004; GARIBOTTI et al., 2006; RIBEIRO, 2006; FERRARO, 2007; BARRETO, 2008). A respeito disso, um dos secretários declara:

[...] além [...] da forma de você estar fiscalizando cada local [...] tem que ter um olhar diferenciado um conhecimento de leis, né?[...] e uma parte também de ética, por ser uma profissão que você vai diretamente ali [...] e às vezes envolve dinheiro, multas [...] a forma de esse profissional chegar e conversar [...] A gente sente que a pessoa fica um pouco despreparada [...] não sabe como se portar diante de uma situação dessas. Acho que através de treinamentos e orientações, tudo isso seria mais claro e também [...] pudessem acompanhar [...] outros fiscais para trocaram experiências e verem como é o procedimento, como que é feito para que se torne uma coisa padrão em todos os municípios, para que [...] o fiscal trabalhe de uma forma muito parecida [...] tenham a mesma conduta [...] cada município com a sua especificidade, mas que tenha essa certa [...] padronização [...] (D1)

Esse profissional necessita ter respaldo político em decorrência das decisões que contrariam interesses e provocam pressões sobre o trabalhador; ele exerce papel importante no processo de descentralização, já que é o agente do processo.

Sobre a permanência dos profissionais de VISA no serviço, um dos motivos para sua evasão se relaciona às ameaças recebidas do setor regulado, em função das não-conformidades encontradas nos estabelecimentos, com instauração de processo administrativo, bem como a remuneração. Portanto, requer deste a competência técnico-científica e política para intervir – ou seja, deve estar preparado para atuar com ética e responsabilidade pública, uma vez que a regulação sanitária em favor dos interesses da saúde não se faz sem conflitos, conforme podemos observar no relato de dois gestores:

[...] na verdade não é fácil, né? Porque [...] você vai ao estabelecimento, a pessoa tentando a sua sobrevivência, você conta o que está errado, o que tem que modificar, né? Como tem que trabalhar [...] até o próprio funcionário aqui tem uma resistência enorme de sair, falar com as pessoas porque ele foi agredido, já colocaram até cachorro atrás dele, né? (A1)

[...] a vigilância tem que ser esclarecida no sentido de chegar lá, orientar de uma forma educativa, antes de você tomar qualquer medida de notificação, ou até mesmo de fechar. Tomamos muito cuidado nesse sentido para que não vá de encontro às pessoas que estão fornecendo, sejam medicamentos, alimentos para não sofrer constrangimentos. Age com muita cautela, e se por ventura tiver alguma coisa que continue da mesma forma, aí claro, tem que tomar medidas mais drásticas. (E1)

Assim, a inserção dos profissionais na VISA, de acordo com os relatos, é desprovida de plano de capacitação. Os concursos e contratos, na maioria das vezes, não requerem exigência de formação prévia para a admissão de pessoal para exercer as funções de agente sanitário, fiscal sanitário e de agente de fiscalização. Contudo, os gestores também não são capacitados antes de assumir seus cargos, e aí, é a “escola da vida”, conforme dito por um dos secretários:

Os profissionais que atuam na vigilância simplesmente passam no concurso público, fizeram, talvez, umas duas capacitações, depois de oito meses de trabalho e estão lá até hoje [...] No último ano que a gente fez capacitação com eles, os municípios vizinhos [...] conhecimento que eles buscaram na internet, pesquisando por conta própria. Eu também como gestor não tive nenhuma capacitação na área que atuo de saúde nem na vigilância [Sanitária] [...] tudo que a gente vai buscando e agregando é o que você vai pesquisando, vai convivendo com as pessoas e a escola da vida que vai ensinando. (H1)

### **Processo de trabalho: as ações**

Quanto à natureza, ao objeto das ações e ao tipo de estabelecimentos inspecionados por volume de ação, solicitou-se o preenchimento de um questionário estruturado, disponível no Apêndice 3. No que tange às ações executadas, nem todos os gestores têm conhecimento do universo de estabelecimentos sujeitos às ações de VISA.

Desconhecem também as ações realizadas no município quanto a sua natureza, objeto de ação e tipos de estabelecimentos inspecionados, divergindo dos dados dos coordenadores, segundo o Quadro 7.

Do ponto de vista da gestão, os resultados demonstram predomínio das ações relacionadas aos serviços alimentícios, seguidos da análise das águas destinadas ao consumo humano, dos estabelecimentos de ensino, terrenos baldios, creches, salões de beleza, serviços de saúde, medicamentos, hotéis, saneamento básico, clínicas de estética, criações de animais, clubes recreativos, cosméticos/saneantes e estabelecimentos como abatedouros e funerárias.

Entre os motivos citados para a não-realização de algumas ações, os gestores assinalam fatores relacionados a interferência político-administrativa, falta de capacitação, ausência de veículos disponíveis, e também por não considerarem algumas ações como sendo de competência do município, dentre as quais, inspeções em farmácias, ações na área de saúde do trabalhador e liberação de alvarás sanitários.

O que eu acho necessário, mas que no município não faz?... em função até desta questão política, né?[...] que existe uma pressão mesmo da administração, do prefeito para que faça aquela tal de vista grossa, né?... Mas a gente trabalha na questão de educar as pessoas, de não notificar, não multar estabelecimento não, e primeiramente informar, né?... (A1)  
[...] hoje a nossa dificuldade seria com relação as fiscalizações em estabelecimentos de saúde, né?...o município [...] ainda está naquele nível básico, fiscalizações bem primárias. Não tem uma fiscalização... até mesmo pela falta do treinamento do fiscal... [...] Não temos essa competência de liberar alvarás para que se torne um município independente, né?...Consiga [...] caminhar mais [...] ter um pouco mais de autonomia, está faltando isso para nós... (D1)

[...] na verdade, eu ainda não posso dar essa informação para você, porque o município não faz... porque toda vez que a gente fala em farmácia...o estado é que vem fiscalizar...e eu não sei porque que não foi passado para o município...mesmo porque nós estamos na gestão plena... Então, deveria passar para o município para que nós possamos aqui, próximos das farmácias, fiscalizar a atuação delas dentro do próprio município... (I1)

A maioria dos gestores tem conhecimento técnico em relação ao poder de polícia, às competências de cada uma das esferas do governo, missão e natureza da VISA, objeto das ações e tipo de estabelecimentos inspecionados. Todavia, esse conhecimento não é aprofundado. Em um relato, um dos gestores evita falar em fiscalização ou vigilância:

[...] uma ação importantíssima na área de saúde que visa [...] fiscalizar...mas não só fiscalizar...principalmente prevenir...algumas

doenças sérias na questão alimentar, questão de higiene [...] dos estabelecimentos. Isso é o mais importante para nós. Uma cidade pequena, né?...que nós não temos muitas coisas... (L1)

## Gestão municipal

Em relação ao apoio administrativo-operacional da gestão aos profissionais de VISA, a interferência político-partidária, a falta de conhecimento e os hábitos culturais são fatores que dificultam a operacionalização das ações de VISA, em função das não-conformidades encontradas nos estabelecimentos inspecionados. Estes refletem economicamente no município e no setor regulado, gerando descrédito do serviço de VISA. Para os entrevistados, as ações de VISA contribuem ao SUS, à gestão e à população. No entanto, em algumas situações, também criam dificuldades Para a gestão, quando utilizam o poder de polícia; para a população, quando não realizam seu trabalho preventivo; e para o SUS, ao gerarem aumento da demanda de atendimentos nos serviços de saúde.

Apresentamos a seguir alguns relatos que versam sobre este assunto:

[...] às vezes a gente tem algumas resistências até da administração porque eles dizem assim: não! não vão lá notificar! Não vão atrás! Não vão ver o que está acontecendo, porque senão fecha todos os estabelecimentos comerciais, né? Então, ninguém poderá produzir, criar sua galinha, vender o seu leite, né? Abrir seu estabelecimento comercial. Essa é a nossa dificuldade para por em prática os trabalhos também.( A1)

[...] a vigilância dentro do SUS [...] está inserida em todos os locais, desde o restaurante que a gente frequenta, o alimento que a gente consome no supermercado, uma carne, no uso de medicação que a gente compra na farmácia ou mesmo a... frequência dentro das unidades de saúde [...] o que a gente vê muitas vezes em certas dificuldades, é justamente nos momentos de fiscalização, onde encontramos produtos que estão fora do prazo de validade. Isso gera um desconforto junto ao comerciante que tenta até burlar os sistemas legais e acaba gerando até certa insatisfação tanto por parte do comerciante, mas principalmente também, em relação aos fiscais além de causar muitas vezes um problema político. (B1)

[...] na gestão é importante porque [...] é um termômetro! [...] O gestor consegue perceber como anda o município, quais são os pontos precários que ele tem trabalhar, [...] incentivar na parte educativa, investir mais na parte preventiva... é extremamente importante! Não tem como ter gestão sem ter a VISA! Precisa realmente ter esse órgão [...] no momento em que partir para uma punição mais severa, as multas, então nesse momento é um problema para gestão!...Porque a pessoa não aceita aquilo que foi determinado para ela e aí vem até prefeituras, secretarias e faz toda aquela mobilização porque ele realmente não quer pagar aquilo ali e aí já fala mal [...] da gestão porque [...] não é boa... estão me multando [...]

Mas isso, é pela falta de conhecimento das pessoas, pela simplicidade que as pessoas tem, não entendem a importância. [...] Conforme a gente for melhorando a parte educativa [...]. Isso vai diminuir [...] as pessoas não querem aceitar as punições, [...] as orientações... se [...] necessário, .as ações maiores da vigilância... (D1)

A contribuição para o SUS é na questão de não permitir que os comércios comercializem produtos que já estão com os prazos de validade vencidos [...] que se vier a consumir... a família inteira pode ser hospitalizada... contribuir para que essas pessoas não estejam consumindo e não utilizem o SUS [...] a questão...do saneamento básico [...] do consumo de água [...] se está potável às vezes chegam... Uma vez por semana analisam a água [...] dos medicamentos vencidos dentro das próprias unidades de saúde... ainda não atuamos na questão das farmácias por ser competência ainda do estado... Acho que deveria ser do município essa competência. Na questão dos criadouros de animais dentro do município, pode transmitir doenças. Então para o SUS, a questão da prevenção através da VISA é de suma importância... (I1)

### **Incorporação das especificidades locais e ações**

Muito se tem dito sobre a inclusão das especificidades locais no Plano de Ação da VISA, a atual Programação de Ação de VISA e na PAVS, em alguns municípios pesquisados, conforme podemos observar nos depoimentos. Todavia, a análise dos planos de ação dos municípios que assinaram o TCG não evidenciou a incorporação dessas especificidades locais, nem as relacionadas ao tamanho do parque a inspecionar.

Sim, ela [VISA] tenta obedecer ao que a PAVS recomenda. Infelizmente [...] ainda continua aquém do que a gente deseja pela falta [...] de equipamentos. O número de fiscais sanitários já é mais do que suficiente para atuar, eles ficam amarrados [...] muitas vezes por falta de veículos [...] só temos dois veículos [...] abrangendo todo o município ao mesmo tempo. (B1)

[...] Elas [especificidades locais] fazem parte. A VISA tem um plano de trabalho anual. Tudo é discutido e incorporado [...] no final de cada ano...é feito uma avaliação de como foi o trabalho do ano e tudo...é levado em consideração [...] todas as especificidades e fazem parte [...] dos instrumentos de trabalho também das duas vigilâncias... a Ambiental e Sanitária... (D1)

[...] as especificidades, temos sentado com [...] as três equipes: sanitária... ambiental...epidemiológica...e tentado introduzir...ver [...] um mesmo norte para a questão de trabalho. Estamos só aprendendo [...] tentando superar essas dificuldades [...] Nosso município é... atípico [...] então é complicado! [...] Trabalhar com toda essa vigilância [sanitária] num município com uma extensão territorial [...] com mais de três mil estradas vicinais, assentamentos agrários, distritos. É complicado [...] fazer um trabalho realmente eficaz num município com extensão territorial tão

grande como o nosso... (F1)

Dos 14 municípios, sete tiveram o Plano de Ação aprovado; destes, quatro relataram ter alcançado as metas pactuadas na PAVS 2009 e três (21,4%) não tiveram o plano aprovado pela SES/MT, nível central, após análise do elenco norteador de VISA (ainda seguindo a Portaria nº 1.998/2007, que foi substituída pela Portaria nº 1.106/2010). Aqueles que não apresentaram o Plano de Ação em VISA (04), dois cumpriram a meta da PAVS, um deles realiza monitoramento e avaliação internamente e dois não aderiram ao TCG.

Os municípios que não alcançaram as metas pactuadas na PAVS em 2009, em relação à VISA, relatam que esse fato foi decorrente de problemas financeiros, que acarretaram a deficiência de recursos humanos, equipamentos, veículos e capacitações. O conteúdo dos Planos de Ação encontra-se resumido no Quadro 6.

Quadro 6 - Conteúdo dos Planos de Ação municipal aprovados, dos municípios da Microrregião Tele Pires, Mato Grosso, 2010.

**Grupo I: Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão**

ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO	PARÂMETROS	Municípios com Plano de Ação aprovado						
		A	C	D	H	J	M	N
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal.	X	X	X	X	X	X	X
	Instrumento legal de criação da VISA, com definição de atribuições e competências.	X	X	X	X	X	X	X
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.	X	X	X	X	X	X	X
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.	X	X	X	X	X	X	X
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.	X	X	X	X	X	X	X
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.	X	X	X	X	X	X	X
	Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais).	X	X	X	X	X	X	X
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA.	X	X	X	X	X	X	X
	Sistema de informação.							
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.							
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.						X	
	Plano de capacitação.							

**Grupo II: Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário**

ÁREA DE INTERVENÇÃO	PROCEDIMENTOS	Municípios com Plano de ação aprovado						
		A	C	D	H	J	M	N
1. Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde	Inspeção sanitária.	X	X	X	X	X	X	X
	Coleta de amostra para análise.	X	X	X	X	X	X	X
	Notificação.	X	X	X	X	X	X	X
	Investigação.	X	X	X	X	X	X	X
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.	X	X	X	X	X	X	X
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Elaboração de materiais educativos.	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de alerta sanitário.	X	X	X	X	X	X	X
	Atendimento à denúncia/ reclamação.	X	X	X	X	X	X	X
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.	X	X	X	X	X	X	X
	Participação nos processos de educação destinados às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.	X	X	X	X	X	X	X
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, etc.	X	X	X	X	X	X	X
5. Ações laboratoriais	Fomentar estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos.		X					

Fonte: Quadro adaptação do Elenco norteador das ações de VISA da Portaria 1998/2007 para computar o conteúdo em relação aos Planos de Ação de VISA aprovados em 2008 (Programação de Ações) (Elaboração própria, a partir dos planos de ação obtidos na SES).

- A célula preenchida em azul refere-se ao município que possui local específico para VISA dentre os que possuem Plano de Ação e em relação ao item 5 (ações laboratoriais), grupo II o município C implantou o laboratório de água.

Os gestores têm ciência da importância de se utilizar novas estratégias para realização do monitoramento. Este, segundo os depoentes, é realizado pela Regional de Saúde de Sinop: “[...] estamos monitorando, além do pessoal de Sinop, né?... que sempre vem também fazer o monitoramento para gente” (J1). Mas apontam dificuldades em relação à deficiência de recursos humanos e infraestrutura: “nós não temos profissional para fazer isso...” (L1).

Dos 14 municípios, nove (64,3%) participaram da pactuação da PAVS (A, B, C, D, G, H, J, K, N), sete (50%) secretários não participaram da elaboração do Plano de Ação (C, E, F, G, J, M, N), demandando para técnicos da área específica. Daqueles que participaram, três (21,4%) tiveram dificuldades na elaboração (A, D, H) e a maioria relatou que a capacitação recebida tanto para a PAVS como para o Plano de Ação, pela esfera estadual, foi insuficiente. Neste sentido, os gestores ressaltam:

[...] Tenho uma noção superficial [Plano de Ação], não tão profundamente [...] (B1)

Particpei... da última elaboração [Plano de Ação] e tive dificuldades! [...] a gente vê que é...um instrumento que vem já um pouco pronto...para...adequar na sua realidade [...] Tivemos pouco treinamento, que foi vago com relação a PAVS...mas eu particpei de todas elas.( D1)

[...]... Não só eu tive dificuldade como quase todos os gestores têm dificuldade, né?...Nós participamos e... tivemos que readequar... algumas ações... buscamos conhecimento pesquisando, discutindo com outros profissionais de outros municípios... (H1)

As respostas dos gestores municipais sobre a motivação para elaboração do Plano de ação de VISA, e se o mesmo contempla as ações da PAVS, foram diversificadas: o plano tem contemplado as ações da PAVS; sentem a necessidade de intensificar os trabalhos em VISA; que é uma cobrança de outra esfera de governo e há aqueles que desconhecem a existência da relação entre a PAVS e o Plano de ação de VISA.

É... na verdade o Plano é [...] um indicador, né?... que a gente precisa diagnosticar todos os problemas que o nosso município tem com relação à parte da VISA. Então procuramos [...] sempre o melhor, né?... para o município, para população em geral... (F1)

[...] acho que foi a cobrança, né? ...(risos)...na realidade veio uma cobrança [...] Não foi algo que veio [foi] do município para cima...veio de cima para baixo... Eu não lembro do último plano, mas o anterior contemplava, a gente trabalhou junto!... As duas coisas juntas... Eu não posso te dizer do último porque não vi, não acompanhei [...] agora não sei te dizer [...] (L1)

No desenvolvimento de ações de notificação, investigação e inspeções integrativas com outras vigilâncias, atenção básica e auditoria, o gestor municipal tem dado importância às ações integrativas da VISA com a VE e VA, ações educativas com equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. No entanto, mencionam que não são realizadas ações relacionadas à saúde do trabalhador.

[...] aqui a integração é boa, a VISA trabalha junto com a ambiental [...] inclusive o local, né? [...] porque entendemos que [...] são duas coisas que podem trabalhar juntas, né?... Com a parte de atenção básica... PSFs também [...] O próprio fiscal já realizou alguns treinamentos com agentes comunitários de saúde para que elas pudessem ter também um olhar diferenciado na hora das visitas [...] para ampliar a nossa capacidade de [...] monitoramento da cidade... porque ele é um fiscal sozinho[...] para que elas tivessem essa visão do que é VISA...o que faz um fiscal sanitário [...] (D1)

[...] deveria realizar em nosso município a vigilância do trabalho [...] uma fiscalização efetiva em serraria. Nós temos em torno de sete a doze serrarias colocando em risco vários trabalhadores sem carteira de trabalho [...] Hoje é nosso maior problema é serraria e laminadora... Acredito que a VISA deveria estar muito mais presente... Nós

deveríamos ter a VISA do próprio Regional como parceira nessa fiscalização, mas também sabemos a nossa situação em que deveríamos ter um técnico [...] da saúde do trabalho...para que nós pudéssemos dar uma segurança maior para o trabalhador [...] (K1)

Além disso, foi relatado o desenvolvimento de ações de intervenção mediante parceria com secretarias de Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Obras, MP, polícias militar e civil, instituições de ensino e participação de ações educativas com outras equipes de saúde, comunidades, associações, e de entidades como Rotary e Câmara de Diretores Lojistas (A, B, C, D, E, H, I, J, K, M, N). No que concerne a essas parcerias, os gestores alegam:

No caso de outras instituições... têm buscado ajuda junto ao CDL, Rotary, associações que existem dentro do município para orientar [...] fazendo as vistorias quando necessário e quando solicitado. Nesse momento, tem atuado também muito em conjunto com as universidades [...] para levar essas informações e fazendo um trabalho em conjunto com a sociedade. (B1)

[...]... a Secretaria de Obras é uma grande parceira [...] como também a de Educação nas escolas e até mesmo a Assistência Social, que participa também [...] Há uma interação no conjunto, depende da situação, daquilo que está desenvolvendo no momento [...] (E1)

[...] não temos dificuldade de trabalhar com outros setores, com ação social, com educação, com polícia militar, polícia civil [...] até pelo município ser menor, a gente consegue trabalhar juntos. Não é tão fácil [...] acho que consegue mais do que no município maior... (L1)

Quanto à articulação técnica e político-administrativa com o serviço de VISA estadual (regional e nível central) e ANVISA, todos os entrevistados relataram não possuir contato com a ANVISA; dois (14,3%) disseram ter pouco contato com a Regional de Saúde (A, C); e oito (57,1%) com o nível central (A, B, C, D, G, H, L, N). No entanto, estes acreditam que a educação continuada, a atuação conjunta em fiscalizações e treinamentos em serviço – ou seja, cooperação técnica com regularidade – podem contribuir para um maior entrosamento e desenvolvimento das atividades em VISA nos municípios. Treze (92,9%) dos municípios afirmam manter bom relacionamento com a VISA regional (A, B, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N) e sete (50%) com o nível central (A, E, F, I, J, K, M).

[...]... falando sobre vigilância estadual, Escritório Regional, [...] nós precisamos de um melhor entrosamento [...] é dever do estado dar condições aos municípios porque nós não temos onde buscar suporte sozinhos...nós precisamos de pessoas que nos oriente que dê [...] o direcionamento das nossas ações no município. Eu entendo que a vigilância do estado deveria estar mais presente nos municípios,

fazendo parceria, vistoriando os estabelecimentos junto com a vigilância do município... (H1)

[...] a VISA do Escritório, tem sido parceira do nosso município. Não tínhamos conhecimento algum do que era VISA a não ser de ouvir falar por outros municípios, até que deparamos numa situação [...] que são os abatedouros. O Ministério Público interveio... e... assim o nosso relacionamento com o escritório regional, VISA tem sido muito bom, um elo muito forte, uma corrente que só tem crescendo...para tirar dúvidas do nosso conhecimento [...] estamos sentindo seguros, quanto a algumas condutas, o estatuto, a lei...(K1)

## Contexto local e atributos municipais

Com o Pacto 2006, somente dois (14,3%) municípios (B e K) não assinaram o TCG. Em relação às vigilâncias, com a implantação e/ou implementação destas nos municípios pesquisados, a gestão municipal avaliou o Pacto de Saúde como positivo, considerando que houve maior autonomia em relação aos recursos financeiros, permitindo o acompanhamento em relação aos gastos em alguns casos. Exigiu-se, porém, a organização dos serviços com recursos humanos, veículos, equipamentos, ou seja, maiores responsabilidades em relação a seu território e suas especificidades locais, e a necessidade também de reajustes. Para tanto, fizeram uso da estratégia de integração das várias subáreas da saúde para uma maior resolutividade em relação aos problemas locais.

[...] até o momento, o município ainda está se preparando para assinar o TCG, é justamente criar essa [...] independência das vigilâncias epidemiológica e sanitária para poder atuar com mais liberdade junto aos estabelecimentos para que possa ter uma situação real do dia-a-dia e do que acontece [...] evitar futuros danos a população. (B1)

[...] a mudança... foi muito grande! [...] Quando você faz um pacto, tem que respeitar isso! Então esse pacto... foi excelente, né!?...Às vezes a gente fica achando que vai ser uma coisa ruim para gente e não é!... Uma mudança muito boa!... (C1)

Eu acho que mudou a organização né?... para o trabalho...teve uma melhora muito grande porque.[...] você tem uma noção de quanto de orçamento...bem melhor, porque você não tinha [...] essa visão, e a forma que hoje os recursos são repassados melhoraram. Você consegue ter mais clareza forma de trabalhar... (D1)

Ao questionar os secretários municipais de Saúde a respeito do tema VISA, os mesmos relataram:

[...] uma equipe técnica [...] que tenta preservar, verificar no local, no comércio, a possibilidade, por exemplo, de produtos que estão

inadequados ao consumo ou mesmo medicações que estão fora do padrão, além disso, a nível de estabelecimentos de saúde, verificar se eles estão adequados conforme as normas da ANVISA. Outra situação, muitas vezes, é também, em relação [...] a outros estabelecimentos que apresentam alguma alteração na sua forma da eliminação dos produtos... dos produtos, né? Hospitalares. (B1)

[...] um órgão que para mim é extremamente importante porque [...] fiscaliza, né?...[...]...não é um órgão que as pessoas gostam muito de estar recebendo. A gente sempre fica com receio do que será cobrado, as portarias mudam todos os dias e a gente tem que se adequar, mas é uma coisa necessária que não tem como fugir porque temos que obedecer normas que senão nós como seres humanos não conseguiríamos conviver [...] (D1)

[...] É cuidar da saúde da população como um todo, principalmente no que tange à questão sanitária, ou seja alimentos, consumo de alimentos, medicamentos. Lembrando onde está indo o lixo doméstico, os alimentos que são servidos no quiosque das praças, na questão também dos restaurantes [...] da questão dos animais dentro do município e também os abatedouros onde as pessoas abatem animais para o consumo dentro do município e [...] na grande maioria clandestinos e a vigilância tem uma grande influência na questão da atuação, da fiscalização desse abatedouro... (I1)

Por meio desses depoimentos, foi possível identificar o grau de conhecimento, a importância sobre o referido assunto e a interface com a saúde, a partir do controle sanitário de produtos de interesse à saúde e serviços de assistência à saúde, por meio da fiscalização, avaliação, regulação, normatização e ações educativas em parceria com outras instituições, equipes de saúde e comunidade local.

Um dos gestores relatou a reduzida importância atribuída à VISA pela maioria dos municípios, inclusive quanto a sua missão:

[...] serve até [...] começar a fazer uma reflexão, né? [...] o que a VISA tem, qual é a sua verdadeira função, né? [...] a gente fica deixando para segundo... terceiro plano...quarto plano...ou em plano NENHUM!...a vigilância[sanitária]...isso que é a grande verdade, né? E o meu município não é diferente dos outros. Eu acho que foi muito interessante, porque realmente dá para fazermos uma reflexão e tentar melhorar. Realmente ter uma vigilância no município que realmente funcione, desempenhe o seu papel! (F1)

No entanto, outro gestor, por reconhecer essa importância, disponibiliza melhores condições de trabalho, refletindo no processo de organização do serviço de vigilância em saúde e execução das ações, conforme podemos observar em sua fala: “Em relação à estrutura, [...] nós não temos problema, tínhamos em relação ao carro [...] mas agora, no momento, dará para fazer um atendimento, e claro, com condições de você melhorar todos os dias um pouco mais” (E1).

Em relação ao que representa a responsabilidade sanitária, os relatos apontam conhecimento sobre o tema, mas não se sentem preparados para sua assunção. Sobre essa responsabilidade, um dos gestores afirma: “[...] a responsabilidade passou a ser total do município, né? [...] Então, não estávamos preparados para isso e ainda não estamos, não só em arcar com a responsabilidade da mão de obra, mas com o seu treinamento...” (I1).

Quanto à regionalização solidária, para a maioria do grupo esta representa um grande avanço no processo de descentralização, na autonomia de gerir recursos. Consideram que os municípios trabalham de forma isolada e com dependência do nível central, mas que no CGR, as capacitações têm ampliado o conhecimento sobre a importância da regionalização solidária. Um dos gestores relatou não ter conhecimento sobre a regionalização na área da Vigilância em Saúde, somente na Assistência à Saúde.

Existe a troca de informações em questões relacionadas às campanhas de vacina e as formas de atuação como cooperação técnica com outros municípios. No entanto, ressaltaram a inexistência de uma normatização que contemple o fluxo entre municípios e estado para a realização da cooperação técnica entre os municípios.

Em relação ao estado, mencionaram a necessidade de capacitações, avaliações constantes, assessoria para ações de média e alta complexidade em VISA e credenciamento dos serviços, para o que se faz necessário um investimento em profissionais no nível regional.

A necessidade dos profissionais da VISA perante as dificuldades em relação ao processo de trabalho tem estimulado a busca de cooperação técnica com os municípios e a VISA estadual, que requer a ampliação do conhecimento técnico em áreas específicas. No entanto, fatores hierárquicos, segundo um gestor (B1), têm interferido em relação à cooperação técnica dos Escritórios Regionais de Saúde aos municípios:

[...] a gente tenta buscar muito essa cooperação técnica junto ao escritório. Infelizmente nesse último um ano e meio a chefia do Escritório Regional tem deixado muito a desejar, isso era uma insatisfação de todos os secretários municipais da região, e isso tem criado até uma dificuldade de relacionamento [...] uma visão negativa junto ao Escritório Regional justamente porque sua equipe técnica ficava impossibilitada de atuar de maneira mais ampliada, com mais liberdade porque ela estava presa a uma única pessoa, que era o chefe que representava o Escritório Regional.( B1)

A cooperação técnica entre os municípios surge com a necessidade de buscar conhecimento sobre fatos e problemas semelhantes vivenciados no dia a dia e em relação às denúncias.

Outra questão investigada foi quanto ao estímulo do CGR e do CMS à cooperação técnica entre os municípios e o estado nas ações de VISA, cujos relatos foram diversificados no grupo entrevistado. O grupo vê a importância do CGR e do CMS, mas, na sua percepção, nenhum dos dois tem atuado de forma efetiva, e a VISA não tem sido valorizada diante da sua missão, nem ocupado prioritariamente a agenda dos gestores de saúde, em reuniões do CGR e CMS, além de haver interferência da direção do ERS.

Em relação às intervenções da VISA, na maioria dos municípios pesquisados (C B, D, F, G, H, K, L, M N), os entrevistados relataram que as ações de VISA não prevalecem sobre as ações político-partidárias.

Sobre a participação da VISA em arenas decisórias no CMS, quando atuante, ela realiza parceria com a Secretaria de Saúde, bem como acompanha os gastos dos recursos financeiros do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, quando é o caso, ou os recursos provenientes do Piso Estruturante ou Piso Estratégico de VISA, permitindo a gestão destes junto à Prefeitura Municipal.

### **Recursos financeiros**

Identificou-se o desconhecimento, por parte de alguns gestores de saúde, quanto a fonte, quantitativo e aplicação dos recursos financeiros. Tais conhecimentos são importantes para buscar a melhor aplicação dos recursos financeiros, bem como para futuramente avaliar as ações executadas.

Em relação ao conhecimento acerca da Portaria nº 3.252/2009,<sup>20</sup> somente um dos gestores demonstrou saber parte do seu teor, relativo aos recursos financeiros (M1). Quanto a outro gestor (K1), devido a sua resposta vaga, não foi possível perceber seu nível de conhecimento:

Eu estive dando uma olhada nela sim... acho de bastante importância, sim!... Acho que pode ser aprofundada... tem que chegar a um certo equilíbrio, né?...Não dá pra se levar pra minha realidade... é...ao pé da letra...mas é...é uma lei bastante interessante...uma Portaria que veio em bom momento e acho que é funcional...(K1)

---

<sup>20</sup> A Portaria nº 3.252/2009 dispõe sobre as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2009c).

Os outros 12 (86%) relataram desconhecê-la, e um secretário justificou seu desconhecimento pela pequena importância que é dada à VISA pelos gestores (F1): “[...] a gente se atenta as outras portarias, né? As portarias da VISA em nível de todos os municípios praticamente, ficam em segundo, terceiro, quarto plano. Na verdade, infelizmente...” (F1)

A VISA, segundo os relatos dos secretários de Saúde, se insere no contexto da gestão e da política de forma diferente em cada município. Para a maioria dos municípios pesquisados, os recursos são insuficientes para a realização das ações:

[...]... o que nós recebemos hoje do Ministério para trabalhos da VISA, é irrisório! Q Não dá para se fazer nada! Por outro motivo, nosso município é muito grande. Acho que o recurso financeiro que vem tanto do estado, do governo federal vem pouquíssima coisa. Infelizmente o município arca com toda essa responsabilidade, acaba se onerando muito. Nós trabalhamos com noventa e nove por cento de recursos próprios para todas as ações da vigilância, que é complicado também!... Você sabe que eu nunca pensei, coloquei no papel quanto seria esse recurso. Se você analisar todos os programas do MS quanto da SES, todos são insuficientes...para as ações, né? Só um incentivo da VISA. Mas se for trabalhar todo o nosso município, como deveria ser, acho seria um valor bem expressivo... (F1)

Esses recursos são considerados insuficientes, sobretudo devido às condições de infraestrutura (veículos, equipamentos, recursos humanos, uniformes, entre outros). Somam-se a isso as questões da territorialidade e das especificidades regionais.

Os depoentes citam a arrecadação, por meio de taxas e multas, com ações da VISA, que contribuíssem para o aumento de recursos para ações específicas com a devida cautela em relação à ética e à responsabilidade do profissional de VISA relacionadas às cobranças externas, devido à baixa remuneração em alguns casos. Além disso, relataram a readequação dos recursos de acordo com as necessidades. No entanto, alguns gestores desconhecem o quantitativo de recursos, “[...] como secretário, na realidade, não controlo. [...] Se eu falar que eu sei em 100%... mentira! A gente olha o conjunto como um todo e faz o trabalho desenvolver.” (E1), ficando a responsabilidade para a coordenação geral da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação à arrecadação referente às ações realizadas pela VISA, a pesquisa aponta que os Códigos Sanitário e/ou Postura contemplam arrecadação por meio das taxas/multas, conforme descrito no Apêndice 4.

Os relatos evidenciam que, embora as ações de VISA possibilitem a arrecadação de recursos por parte do município, por meio das taxas e multas, muitos gestores não possuem autonomia para utilizá-los, e os convertem em equipamentos, materiais,

veículos, contratação de recursos humanos para atendimento das demandas de ações de VISA, segundo seu código Sanitário e/ou de Postura e sua reestruturação.

Ela [VISA] tem, mas encontra certa dificuldade hoje na parte da prefeitura. Muitas vezes você faz [...] a fiscalização, mas na verdade, isso ainda fica muito a cargo da prefeitura liberar os alvarás para funcionamento ou não, não fica vinculadas a secretaria de saúde de fazer, usar essas autorizações. Muitas vezes as pessoas pagam as taxas, ficam no Fundo Municipal, nem sempre entrando no Fundo Municipal de Saúde. Precisaria estar revendo dentro da lei municipal [...] Como ela é muito antiga ela não especifica onde essas taxas deveriam ser colocadas, né? A partir do momento que existe a cobrança, tem várias alterações legais para que eles possam atuar de maneira mais eficiente e essas taxas estarem retornando para secretaria de saúde para realizar mais ações. (B1)

Os principais temas abordados, entre as contribuições emitidas pelos gestores municipais, relacionam-se à necessidade de capacitações dos profissionais de VISA, à cooperação técnica da VISA estadual aos municípios; à atuação do profissional de forma competente e com responsabilidade, à realização de ações educativas, inclusive relativas à automedicação. Um dos gestores discorre sobre a necessidade de capacitações anuais:

[...] Eu acho que as capacitações têm que ser anuais, né? Para que possamos realizar atualizações junto aos fiscais sanitários [...] Lembrando que a lei vai modificando a cada ano, a própria VISA vai lançando novas resoluções e a necessidade de uma atualização anual para todos os fiscais. (B1)

Além dessas, um secretário ressalta a necessidade de maior reflexão, por parte dos gestores municipais de saúde, em relação ao papel da VISA perante a sociedade e a importância de se priorizar as ações de VISA para a promoção e prevenção da saúde.

O papel de coordenação do estado em relação aos municípios foi considerado insatisfatório pelos entrevistados, que o consideram omissivo e descomprometido com os municípios:

[...] acho que o estado está na fase mais de impositor nem tanto de coordenador. Está havendo uma inversão de papéis. O estado que deveria [...] orientar e acolher os municípios no momento de dificuldade. Cada vez mais são passadas obrigações aos municípios, que deveriam ter um apoio maior do estado e o estado está se tornando omissivo em algumas situações. Mas é claro que mais autonomia para os municípios também não é ruim. De qualquer forma, antes de ocorrer essa transição, teria que ser um pouco mais trabalhado nos pontos em que o estado deveria atuar sendo mais orientador. Está realmente na parte de imposição aos municípios... (D1)

A omissão e a falta de comprometimento acarretam deficiências no setor saúde, inclusive por vontade política, e citam a nomeação da coordenação do “Polo Regional”:

Não! Não exerce! Infelizmente eu acho que é parceiro[...] quando ele precisa de um município para alguma coisa [...]. Acho que o estado tem falhado muito com os municípios [...] Falta esse comprometimento do estado com o município, né? [...] O estado tem sido omissivo em várias questões, não só da VISA, ambiental, epidemiológica, né? [...] O estado tem realmente uma grande parcela de culpa de toda a área da saúde não funcionar [...] Na verdade, meia dúzia que não quer que a coisa funcione e a coisa não funciona. A saúde do nosso Brasil só vai melhorar a hora que não tiver mais politicagem. Até mesmo nomeação de Escritório Regional, de secretário de saúde. [...] não está vendo área técnica [...] Não estranhe se daqui a dois, três meses ou seis meses, tiver uma coordenadora dentro do Pólo Regional de Sinop, da VISA que não sabe nem o que significa VISA. Para nós está sendo rotineiro, acho que o estado tem pecado MUITO! Tem como consertar ainda, se tiver algumas pessoas com comprometimento e seriedade dentro do estado. Acho que ainda consegue manter essa união entre estado e município.

(F1)

Quadro 7- Distribuição do volume de ações de VISA, segundo tipo, objeto e natureza da ação em ordem crescente, conforme gestores (1), coordenadores de VS (2) e VISA(3) da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Variáveis	Municípios																															
	A1	A2,3	B1	E3	C1	C2	C3	D1	D3	E1	E3	F1	F3	G1	G2	G3	H1	H3	I1	I3	J1	J3	K1	K2,3	L1	L3	M1	M2	M3	N1	N3	
Alimentos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NR	NR	NR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Ambiente e água para consumo humano	2	1	NR	NR	1	2	2	1	1	1	NR	2	NR	NR	NR	NR	1	1	2	2	2	2	2	1	NR	NR	2	1	2	2	1	
Creches	3	5	2	5	1	3	2	2	1	2	4	2	1	NR	NR	NR	1	NA	5	4	4	2	1	NA	3	4	2	2	5	3	1	
Estabelecimentos de ensino	NR	4	NR	4	1	3	1	2	1	2	4	2	1	NR	NR	NR	NA	1	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	
Hotéis	NR	10	3	6	1	4	2	1	1	2	3	2	NR	NR	NR	NR	2	3	NR	5	3	2	2	1	4	4	1	2	3	7	NR	
Rodoviária	NR	11	4	7	NA	9	NA	NA	2	NR	11	NA	NR	NA	NA	NA	NR	3	5	3	3	1	4	NR	2	3	5	7	NR	NR		
Salão de beleza	NR	6	5	3	1	4	2	1	1	2	5	2	NR	NR	NR	NR	2	2	NR	4	3	1	1	1	3	1	1	2	3	7	2	
Cosméticos e saneantes	NR	12	NR	NR	NR	10	NR	2	1	3	NR	3	NR	NR	NR	NR	3	1	NR	7	4	NR	3	2	NR	NR	3	2	4	NR	1	
Saneamento básico	NR	2	NR	NR	NR	5	2	1	1	2	2	2	NR	NR	NR	NR	1	1	NR	6	3	2	4	2	2	1	1	1	2	7	1	
Clínicas de tatuagem/estética	NA	NA	NR	NR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	NR	5	NA	NA	
Instituição de longa permanência	NA	NA	NR	10	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NR	NR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	NA	NA	NA	
Academias	NR	10	NR	9	1	7	2	NR	NA	4	NR	NA	NR	NR	NR	NR	NA	3	NR	5	5	2	2	1	5	3	3	2	5	7	NR	
Saúde do trabalhador	4	8	6	NR	1	8	NR	2	NR	4	NR	NR	NR	NR	NR	NR	3	NR	NR	8	NR	NR	5	NR	NR	NR	3	1	NR	NR	NR	
Terenos baldios	6	9	NR	NR	1	1	NR	1	1	2	2	3	2	NR	NR	NR	1	2	6	1	1	1	1	4	1	2	1	3	5	1		
Criação de animais	NR	3	NR	NR	NR	2	1	1	1	2	2	3	1	NR	NR	NR	2	1	4	3	NR	2	1	1	2	1	3	2	4	5	1	
Serviços de saúde	NR	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	NR	2	NR	3	NR	NR	NR	NR	NR	1	3	7	5	2	NR	1	1	2	NR	1	3	4	4	1
Medicamentos	5	7	NR	NR	1	NR	NR	NR	2	1	NR	2	2	NR	NR	NR	1	3	8	4	2	NR	4	NR	NR	4	3	3	6	6	NR	
Clínica estética	NR	NR	NR	12	NR	NA	NR	NA	NR	2	NR	NA	NA	NR	NR	NR	NR	2	NR	6	3	NR	4	NA	NR	4	1	4	6	NA	NR	
Clube recreativo	NR	NR	NR	8	NR	NA	NR	2	1	4	NR	NA	NA	NR	NR	NR	3	3	NR	8	3	1	5	1	NA	4	NR	4	5	NA	1	
Clínicas médicas	NR	NR	NR	11	NR	NA	NR	NA	NR	2	NR	NA	NA	NR	NR	NR	NR	3	NR	8	NR	NR	6	1	NA	NA	3	NR	5	NR	NR	
Outros estabelecimentos	NR	NR	NR	NR	NR	6	NR	1	NR	3 <sup>NR</sup>	NR	3 <sup>NR</sup>	NR	NR	NR	NR	1 <sup>NR</sup>	2	9 <sup>NR</sup>	7	NR	2	4	3	NR	NR	3	3	6	NR	NR	
Objeto de ação																																
Rotina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NR	NR	NR	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	
Denúncia	6	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	NR	NR	NR	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	3	2	3	1	1	
Notificações	3	3	2	3	1	3	2	1	1	2	1	4	1	NR	NR	NR	1	1	4	1	1	1	1	1	NR	NR	2	3	2	2	2	
Interdições	4	NR	3	5	1	NR	3	3	NR	4	3	5	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	2	3	4	NA	NR	NR	4	5	4	NR	NR		
Apreensões	5	4	2	4	1	NR	3	3	1	3	1	3	1	NR	NR	NR	NR	NR	5	1	2	2	3	2	NR	NR	5	4	5	NR	NR	
Demandas de ouvidoria	NA	NA	NR	NR	NR	NR	NR	3	NR	2	NR	7	NR	NA	NA	NA	NA	NA	NR	3	NA	NA	4	NA	NA	NA	7	7	7	NA	NA	
Demandas do MP	NR	NR	NR	NR	NR	NR	4	3	2	2	2	6	NR	NR	NR	NR	NR	NR	3	2	2	2	4	3 <sup>NR</sup>	NR	NR	6	6	6	3	1	
Natureza da ação																																
Fiscalizatória	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	NR	NR	NR	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	
Educativa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	NR	NR	NR	NR	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	3	4	1	3	1	
Normativa	2	3	NR	NR	NR	NR	4	1	NR	2	NR	5	NR	NR	NR	NR	2	NR	2	2	1	NR	2	1	NR	NR	2	3	4	NR	NR	
Regulatória	4	5	NR	NR	1	1	5	2	NR	3	NR	4	NR	NR	NR	NR	2	2	3	2	1	NR	2	1	3	2	1	5	5	2	1	
Avaliativa	5	4	NR	NR	1	1	3	2	1	4	NR	3	NR	NR	NR	NR	2	1	4	2	2	NR	2	1	NR	NR	2	2	2	2	1	

NR= Não realiza

NA= não se aplica (não existente)

E1 Outros Estabelecimentos:matadouro

F1 outros estabelecimentos: abatedouros e funerárias

H1 Outros estabelecimentos: eventos e clínicas odontológicas

K1 Outros Estabelecimentos:

I1 Outros estabelecimentos: abatedouro

N1 outros estabelecimentos: eventos

I3 Outros estabelecimentos: matadouro e laticínio

C2 Outros estabelecimentos: cadeia

K2,3 Outros estabelecimentos: salão e igrejas

K2,3 Demandas do MP: abatedouro clandestino

M3 outros estabelecimentos: clínica veterinária e agropecuária

## **A perspectiva dos coordenadores de Vigilância em Saúde (VS)**

### **Estruturação do serviço de VISA**

Para os entrevistados, a inserção do cargo instituído na SES/MT representa uma forma de organizar e integrar as equipes de saúde, ou seja, uma nova forma de gestão e planejamento em saúde para uma operacionalização dos serviços mais efetiva voltada para a promoção da saúde e prevenção de agravos. A VISA, uma vez instituída na Secretaria de Saúde, antes da criação desse cargo, se reportava diretamente ao secretário municipal de Saúde (SMS).

[...] pelo que entendo daqui dentro do município sempre foi pra secretaria de saúde [...] é como estamos buscando é uma nova estruturação a VISA [...]...ele vai ser reportada em saúde e após isso ao diretor de saúde mas até... mas sempre foi pra secretaria de saúde (A2)

### **Gestão municipal**

No que se refere à contribuição administrativa operacional, na percepção de um dos coordenadores, houve o apoio em relação à aquisição de equipamentos pela SES/MT, diante da necessidade no processo de trabalho, que não é percebido por falta de conscientização da gestão municipal como um todo. Os coordenadores sentem a necessidade da cooperação, por parte do estado, para apoiá-lo tecnicamente nas ações de VISA.

[...] Houve uma conscientização da secretaria de saúde. Não existiam alguns equipamentos, foram adquiridos. [...] Acho que estado falta ter um olhar mais carinhoso. Eu vejo da seguinte forma: o estado manda para gente e a gente obedece sem confrontar, sem saber o porquê, quando foi feito essa determinação, uma pirâmide quem está em cima olha para quem está embaixo sem se preocupar com a nossa opinião [...] falta ela se integrar mais [...] Surgiram secretários discutindo e nem tem ideia do que é VISA, acham que é só punir, que não temos uma visão de prevenção, de buscar a conscientização das pessoas. [...] Eu vejo como um avanço porque para quem começou a trabalhar na VISA onde qualquer apreensão que era realizado eu tinha que devolver o que apreendia, evoluiu bastante mesmo, a secretária não desaprova mais o que a gente faz. (A2)

Uma estratégia adotada por um dos coordenadores para execução das atividades é a articulação, junto ao CMS, para execução de atividades que podem sofrer interferências políticas. No entanto, o papel desta instância é ainda desconhecido por muitos profissionais de saúde:

[...] Hoje as nossas facilidades estão relacionadas ao trabalho junto ao conselho porque muita coisa que a gente tem que resolver passa primeiro

para o conselho para chegar na gestão. Têm técnicos que atuam dentro da vigilância que ainda não tem esse entendimento, não conseguem entender o papel do conselho. Eu enquanto coordenadora sei que muitas ações são desenvolvidas por interferência do conselho... (M2)

### **Incorporação das especificidades locais e ações**

As especificidades locais, em relação às vigilâncias, foram incorporadas na agenda de trabalho da Secretaria mediante a elaboração de um Plano de Ação de VISA. Nesse plano foram priorizadas as ações pactuadas e os estudos das necessidades locais, em que se incluem as denúncias do CMS e de presidentes de bairro.

[...] são incorporadas através das denúncias [...] muitas ações da vigilância [sanitária] são discutidas em parceria com o Conselho que temos representante no conselho também e as próprias soluções, O trabalho que é feito é discutido com os presidentes de bairros, conselhos gestores das unidades. Relatam os problemas que tem naquela comunidade, se é relacionada ao lixo, a algum estabelecimento, mercado. A comunidade está bem mais informada sobre o que a vigilância pode estar servindo. (M2)

Do grupo entrevistado, no que se refere à elaboração do Plano de Ação e a participação da pactuação da PAVS, cinco coordenadores participaram da elaboração do Plano de Ação e quatro da pactuação da PAVS, ocorrida no ERS de Sinop. No entanto, apresentaram dificuldades decorrentes da falta de capacitação, relacionadas aos indicadores e metas, de acordo com a realidade local, conforme podemos constatar pelos depoimentos abaixo:

[...] eu participei da elaboração da PAVS e não tenho vergonha dizer que tive muita dificuldade em alguns assuntos que a gente discutiu Porque a PAVS [...] é fruto das outras reuniões, mas para cumprir o que determina o Estado [...] é complicado mesmo, muito cheio de normas, [...] metas [...] a gente tenta matar um leão por dia aqui... (A2)

[...] eu participei indiretamente. A equipe da VISA que levantou os problemas e construímos juntos, mas [...] faltou uma capacitação mais detalhada, principalmente no processo de construção. Acho que da parte do estado também deixou a desejar nesse sentido porque tem que fazer a PAVS, olha os indicadores que tem que pactuar, muitas vezes não é a realidade local [...] .nem todo mundo sabe calcular indicador, [...] definir uma meta...[...]tem que ter um preparo, uma discussão sobre cada item... (M2)

[...] Tem que ter o compromisso em perceber o que é a maior necessidade para trabalhar. Tivemos algumas dificuldades, tivemos que procurar [...] até modelos de outros municípios para adequar com a nossa realidade... (C2)

Quanto ao Plano de Ação, quatro não o apresentaram, o que se evidencia no relato de um coordenador (G2): “o Plano de Ação a gente está elaborando agora [...] até mesmo por falta [...] do funcionário, está em fase de construção [...]” (G2)

Um coordenador participou previamente, repassando ao gestor as informações relacionadas à VISA. Nesse grupo se identificou a necessidade de cooperação técnica do nível estadual com novas capacitações, as quais se referem aos indicadores e metas para acompanhamento no processo de pactuação. Na atual gestão, outros profissionais assumiram essa responsabilidade: “[...] o secretário teve uma reunião e passou por telefone algumas coisas que eu pudesse responder. Essa foi a minha participação [...] A gente respondeu aquilo que estava dentro do alcance, que foi a pactuação que ele fez. (K2).

A motivação para elaboração do Plano, para o grupo entrevistado, deve-se à necessidade do município em reorganizar o serviço de VISA dentro de suas necessidades e limitações. Essa motivação pode ser constatada no depoimento a seguir: “[...] acho que é a necessidade de melhorias né? Da situação que se encontra a vigilância e do que se espera de uma vigilância [sanitária]...(C2)

A partir dos relatos do grupo, constatou-se que o Plano, ao ser elaborado, vinculou-se ao que foi pactuado na PAVS, mas também contemplou outras ações mais específicas, conforme o elenco norteador (Anexo II), utilizado como parâmetro para elaboração do Plano pelos municípios e para análise realizada pela SES no nível central. Tal situação pode ser observada nos depoimentos abaixo:

Na PAVS eu vejo que a PAVS vem e não é muito voltado para cada município. É geral para uma regional ou [...] estado. No município o que é acrescentado além do que é pactuado [...] seriam as ações de prevenção [...] que é uma coisa boa que acontece na vigilância. Tem relação! Só que o plano vai além. (C2)

[...] o Plano de vigilância é baseado na PAVS e [...] o que não contempla na PAVS; a questão de estrutura física, de recursos humanos, organização dos serviços, o processo de trabalho como um todo.(M2)

Quanto ao monitoramento e avaliação das Programações de VISA, o grupo foi unânime em relatar que iniciou o monitoramento e avaliação. No entanto, afirma que necessita sistematizá-los de forma que sejam executados periodicamente pela equipe para o alcance das metas e avaliação dos serviços executados, visto que se observa o desconhecimento em relação à interpretação dos indicadores das metas pactuadas. Apresentam-se a seguir os relatos dos coordenadores sobre essa questão:

[...] a gente faz um cadastro dos estabelecimentos todo o início de ano e [...] monitoramento. Vê quais são as dificuldades, os riscos. Programamos duas, três visitas por mês seguindo a necessidade. A

Cada seis meses paramos com as ações e fazemos um estudo do que foi feito, um controle das nossas atividades... (A2)

Montou-se uma planilha de indicadores e de avaliação que [...] antigamente a gente não realizava isso, [...] era de seis em seis meses, agora que a secretaria está implantando. Nós implantamos, desde o início do ano, uma avaliação mensal com as equipes do PSF, do Centro de reabilitação, [...] as ações da PAVS [...] o SISPACTO e dez indicadores do tribunal de contas. Às vezes para avaliar semestralmente é muito mais difícil para o alcance dessas metas. (G2)

[...] a falha está na discussão do processo. Muitos técnicos fazem o que tem que fazer, e quem acaba olhando o significado daquele indicador, às vezes é uma ou duas pessoas que conseguem ver o que traz do número, [...] do que a PAVS traz, entender o que é aquele resultado [...] o monitoramento. Enquanto equipe [...] todos fazem avaliação, calculam os indicadores, apresentam ao gestor e Conselho né? Ouvimos sugestões, o que tem que melhorar, o que não foi alcançado [...] essa discussão com o Conselho ainda é o que temos de melhor!(M2)

No que tange ao alcance da metas da PAVS, as deficiências em recursos humanos têm interferido no processo de trabalho e no sucesso da gestão municipal, dificultando o alcance das metas pactuadas pelo município.

[...] na maioria delas conseguimos atingir sim! [...] da VISA ano passado não teve porque nós não tivemos funcionário, falamos para o escritório que não foi avaliado a VISA porque[...]...nós trabalhamos uns dois, três meses, tentando com dois funcionários e não deu certo. Mas esse ano, a da PAVS a gente alcança sim, mais de setenta por cento [...].(G2)

### **Processo de trabalho**

O processo de trabalho tem se baseado em ações integrativas com as equipes de saúde da família, as vigilâncias, o CMS e outras secretarias, como as de Obras, Meio Ambiente, Agricultura, Educação, Assistência Social e Transporte.

Para o gerenciamento de riscos sanitários, a gestão tem se utilizado de indicadores epidemiológicos (surto de diarreia e intoxicação alimentar), aliados ao envio de amostras de água e alimentos para análise. Na percepção desse grupo, essas ações são avaliadas de forma positiva, pois reconhecem a importância do trabalho integrado com profissionais de diversas áreas de conhecimento, bem como do papel da VISA na promoção e prevenção da saúde, e não somente uma subárea que se utiliza do poder de polícia e trabalha de forma isolada. Essas ações não são realizadas com muita frequência até por desconhecimento dos profissionais de VISA. Neste sentido, os depoentes afirmam:

Essa integração eu vejo como uma parte fundamental, trabalhar sempre junto epidemiologia, ambiental e sanitária e como temos uma visão de [...] prevenção [...] onde um não pode trabalhar [...] a outra vigilância pode atuar. A VISA trabalha com a secretaria de agricultura na elaboração de alguns programas que estão um pouco abandonados, com a própria secretaria de saúde, até com um projeto em vigilância em saúde. [...] (A2).

[...] eles [profissionais] achavam que só fazíamos papel de polícia, não conseguiam entender o contexto da vigilância em saúde. Hoje ligam questionando sobre agravos, estabelecimentos comerciais. Antes as ações eram isoladas, hoje são mais integradas, tem envolvimento, por exemplo: vacinação anti-rábica [...] o hospital questionou essa questão da interferência da vigilância, acho que falta definir até onde a vigilância pode ir, esse PODER que a vigilância [Sanitária] tem muitas vezes tem que ser rápido para evitar um dano maior. [...] (M2)

Entre as áreas com as quais a VISA mais interage estão as equipes de saúde da família, os agentes comunitários de saúde, vigilâncias Ambiental e Epidemiológica, secretarias de Obras, Meio Ambiente e Conselho de Saúde. Consideram que essas ações são produtivas:

Dentro do setor da vigilância em saúde trabalhamos muito com a equipe de enfermagem e onde eles passam alguns casos suspeitos como intoxicação alimentar, algumas diarreias onde as suspeitas são por causa da água. [...] Trabalhamos bastante com a secretaria de obras através de veículos [...] a secretaria de agricultura [...] (A2)

[...] me integro mais com a secretaria de agricultura até mesmo porque eles são responsáveis pelo projeto do SIM, próprio setor de tributos, de obras, da Saúde da Família, ACS's que trazem as informação nas questões de ANIMAIS, fossas abertas. (K2)

Nas negociações técnica e político-administrativa com a VISA estadual (regional e nível central) e a ANVISA, na percepção do grupo, existe a necessidade de articulação, sobretudo das ações descentralizadas de VISA. O distanciamento entre as esferas estadual e municipal faz com que as ações sejam pontuais, em virtude da incipiente assessoria técnica, tanto em nível regional como central. Alia-se a isso o desconhecimento da esfera municipal sobre sua competência em relação às ações, por insuficiência de recursos humanos, e pela necessidade de estruturação do serviço para atendimento das demandas. Com a ANVISA, todos relataram não terem articulação político-administrativa, e um dos entrevistados reconheceu que a própria VISA municipal não demanda o nível central do estado:

Do escritório regional a VISA [...] temos alguns problemas referentes às questões básicas. Surge algum problema de saúde do trabalhador,

por exemplo, infelizmente não tem ninguém dentro do escritório que pode te puxar. [...] O escritório regional também está aprendendo, essas dúvidas que temos aqui são as mesmas que eles tem lá. Eles não conseguem atender as nossas dúvidas dando a explanação necessária e a nível central temos pouco contato [...] Só recebemos a documentação. É até falha nossa não buscar a ajuda do nível central. (A2)

Ao serem questionados sobre as mudanças ocorridas, desde a assunção do cargo até o momento, os entrevistados consideraram-nas positivas em relação a motivação dos profissionais na busca de conhecimento, condições de trabalho, espaço físico, financiamento, mudança da concepção de VISA por parte da população, das autoridades públicas e do CMS. Tais mudanças derivam do esclarecimento do papel da VISA nas ações regulatórias e fiscalizatórias, e podem ser constatadas nos depoimentos a seguir:

[...] no começo quando falou vigilância sanitária o povo me confundiu com o projeto do SIM, que é o Selo de Inspeção Municipal, achou que eu ia fechar todos os comércios. Eu fui tentando na televisão, no rádio, conversando com os vereadores [...] Falava na linguagem simples para conhecerem o que era vigilância [sanitária] [...] No começo, ficavam com medo. No mercado ninguém queria mais vender frango ou galinha porque achavam que eu ia abordá-los na rua para que não vendessem mais até que consegui transformar na informação correta... A maioria já sabe o que é VISA. (K2)

[...] muita coisa mudou, ainda falta melhorar. Os técnicos estão estudando mais, se esforçando, talvez pelo perfil de quem está trabalhando e exigindo. Nossa estrutura física melhorou bastante. Hoje temos condições de trabalho. Estávamos numa sala apertadíssima todo mundo e agora temos local próprio, salubre né? Antes era insalubre, agora temos um ambiente saudável para trabalhar. A questão orçamentária que melhorou bastante e o próprio espaço junto ao conselho, com a sociedade como um todo, né? Ninguém andou para trás só se andou para frente... (M2)

### **Contexto local e atributos municipais**

Diante do contexto do Pacto 2006, o grupo manifestou a necessidade de conhecimento a respeito processo de descentralização das ações de VISA, desde a assunção de novas responsabilidades sanitárias, funções e atribuições de cada subárea específica da vigilância em saúde, necessidade de estruturação dos serviços e investimentos, bem como priorização das ações de vigilância em saúde pelo gestor na agenda da Secretaria Municipal de Saúde. Dos 14 municípios pesquisados, sete (A, C, G, H, K, M, N) instituíram a Coordenação de Vigilância em Saúde.

[...] Bem, é a própria estruturação da vigilância... das vigilâncias ocorreu de 2006 pra cá. Até antes de 2006 existia um comportamento na minha visão... muito amador... as vigilâncias existiam só que não

existiam ao mesmo tempo... eram sempre funcionários alocados de outro setor é... a VISA era um auxiliar administrativo que não exercia de verdade a vigilância, hoje no nosso município a gente tenta buscar a profissionalização mesmo, capacitação...[...] (A2)

[...] acho que a questão de estruturação do serviço como um todo, porque a gente não tinha estrutura física, não tinha recursos humanos suficientes e eu acho que a responsabilidade sanitária do município aumentou e isso de certa forma virou uma pressão para os gestores. Eles tiveram que priorizar algumas coisas dentre elas: a vigilância [VISA], mesmo na hora de fazer o PPA [...] passou a ocupar o seu espaço, .antes ela tinha um orçamento limitado, não tinha uma programação, um planejamento até porque não tinha essa discussão com a gestão sobre o papel da vigilância. [...] a gente deu um salto maior. Ainda falta muita coisa, mas numa escala de zero a dez... [...] conseguimos chegar no seis...(M2).

Para os entrevistados, a responsabilidade sanitária é aquela que o município tem sobre seu território no controle e gerenciamento de riscos sanitários.

É eu exercer o meu papel enquanto cidadã e técnica na questão de proporcionar qualidade de vida à população que consome alimento, água, usa os produtos, mora em áreas de risco né? [...] ter a responsabilidade sanitária por aqui... (M2)

[...] responsabilidade do profissional da VISA é tão importante ou até mais importante do que do médico, porque se ele [...] exerce a sua função corretamente, não vou ter problema com paciente chegando com diarreia [...] com um problema de carne na unidade de saúde, além de prevenir doenças. Por isso que a pessoa que assumir essa função tem que ter consciência da importância do papel dela (G2)

A regionalização solidária, na percepção do grupo, representa a união entre os entes, um cooperando com o outro na melhoria da saúde da população e no fortalecimento da Regional, diferentemente do consórcio municipal, em que havia favorecimento em relação aos municípios maiores na assistência. Para um dos entrevistados, o “trabalho que tem que ser dos três entes colaborando para melhoria na saúde geral... (C2)”

A cooperação técnica tem sido considerada uma forma de solidariedade entre os entes, mas não tem sido frequente em relação aos municípios e ao estado.

Com o objetivo de construir uma nova forma de gestão na organização dos serviços de VISA, o município de Lucas do Rio Verde organizou um Fórum Regional de VISA, com a participação da Coordenadoria de VISA do Estado de Mato Grosso, Regional de Saúde de Sinop e de profissionais das VISAs municipais da Microrregião Teles Pires, que tem discutido a normatização das ações de cooperação técnica entre municípios.

Os relatos evidenciam que a cooperação entre os entes é feita de forma isolada em atividades de capacitação, trocas de informação e experiências, além de inspeções realizadas pela VISA estadual (regional e nível central), mas que necessita de maior entrosamento entre os municípios e o estado.

[...] até agora não houve assim cooperação com outros municípios [...] A gente nunca fui convidado para auxiliar e nunca convidamos ninguém para nos auxiliar e com o estado esta cooperação existe na média complexidade: farmácia, unidade de saúde, [...] (A2)

[...] eu acho que deveria ser uma equipe formada pelo município, pelo estado, pelo polo. Uma equipe de multiprofissionais e tivessem referências para determinadas inspeções. Às vezes o município não tem condições de contratar um enfermeiro, um nutricionista, um farmacêutico né? para atuar dentro da legalidade, criando normas, seria mais resolutivo, a...própria comunidade ia ganhar com isso.[...] Às vezes você vai e levanta um problema.: a comunidade, a gestão não interpretam com bons olhos e vem alguém de fora e te mostra aquele problema, dá um outro sentido que muitas vezes você consegue gerar mudança..[...] (M2)

O estímulo para cooperação ocorre a partir da necessidade, tanto do município quanto do estado, em situações de denúncia e dificuldades técnico-operacionais, conforme evidenciado no relato de um dos coordenadores de VISA:

[...] Eu acho que ainda falta estímulo... [risos]...os técnicos enxergarem essa necessidade de parceria. A impressão que dá é aquela coisa de cumprir protocolo. Ainda não tem aquela discussão do processo de trabalho com estado... entre os municípios. [...] Discutir os problemas que são comuns a todos, uma questão de planejar mesmo as ações. Às vem de cima pra baixo [...] o estado deveria ser mais PARTICIPATIVO DENTRO DOS MUNICÍPIOS, estar dentro dos municípios, vendo o trabalho fazendo o papel dele mesmo! [...] Que é orientar... ajudar na ORGANIZAÇÃO e até [...] RESPALDAR MAIS AS NOSSAS AÇÕES perante a gestão municipal, a gente vê que o respaldo do estado nas ações da vigilância, ajuda na hora de decidir pela gestão municipal de tomar uma decisão, atitude...? [...] (M2)

A atuação do CGR na cooperação entre as esferas de governo é desconhecida por muitos profissionais, inclusive seu papel em relação aos municípios: “[...] esse colegiado eu não tenho conhecimento de sua atuação até porque [...] a VISA municipal até o momento não foi convidada pra reunião do colegiado” (A2).

Para um dos entrevistados, é um avanço e um espaço de troca de experiências: “CGR eu acho que é o melhor espaço assim... de troca de experiência... de avanços [...]” (C2). Para outros entrevistados, os gestores não possuem entendimento sobre o papel da VISA e que deve ser discutido no CGR:

[...] acho que ainda falta discussões sobre isso [VISA] junto ao colegiado, para os gestores que nem todos têm esse entendimento do papel da vigilância. Olham a vigilância como POLÍCIA e não como um serviço organizado que tem o papel de vigiar, de fazer o seu trabalho na prevenção, evitar o risco, o dano para a população e proporcionar qualidade de vida. [...] eles conseguem olhar a questão PUNITIVA e não o que vem por trás disso (M2).

Quanto ao estímulo do CMS, os relatos divergem em relação à participação da VISA em arenas decisórias, bem como à compreensão sobre o exercício de poder de polícia nas ações de intervenção pelos diversos atores sociais. E ainda, em relação à missão e importância da VISA nas ações de prevenção e promoção da saúde da população com participação da comunidade.

As intervenções político-partidárias têm prevalecido sobre as ações da VISA em diversos locais. Os relatos demonstram que a gestão deve estar preparada para atuar estrategicamente em prol da saúde da população, e que em alguns municípios a Secretaria de Saúde tem apoiado as ações de VISA.

[...] até a presente data eu não tenho do que reclamar de intervenção política dentro da VISA. Alguns vereadores até olham a gente com [...] maus olhos, acham que não levamos em consideração as reclamações deles ou a gente está seguindo o que o prefeito manda mais e [...] a cidade é pequena [...] não tem essa, eles não tem essa visão que a vigilância atua por necessidade [...] porque ela tem a sua legalidade das ações. (A2)

Na realidade, [...] era apenas um relatório de mesa né? Não exercia [...] tinha uma ligação muito grande com a administração. Acabou prejudicando um pouco o serviço da VISA. [...] A VISA e ambiental nenhuma das duas vigilâncias funcionava.. [...] então a política prevalece. [...] acredito que a política dificultou muito essas ações. Então é uma coisa que tentaremos trabalhar e mudar... Esse é o objetivo do secretário de Saúde que odeia essas coisas de política... (G2)

[...] o que mais cria dificuldade é justamente na hora de você fazer uma interdição, fechar um estabelecimento são as interferências políticas... (M2)

Os relatos sugerem que o grupo de entrevistados tem conhecimento sobre a fonte de recursos destinados à VISA e sobre o quantitativo que, considerando as ações a serem desenvolvidas, se mostraram insuficientes para estruturação e reorganização dos serviços de VISA, tendo em vista as especificidades locais, como extensão territorial e porte populacional.

[...] tenho ideia do quantitativo e eu digo sem medo de errar que é muito pouco a tanto que para comprar um equipamento tem que utilizar de cinco, seis até mais meses para conseguir comprar. Vem R\$ 600,00 reais por mês durante cinco meses sem comprar nada, para

consegui comprar um clorímetro, um item obrigatório para VISA. Poderia vir bem mais. Houve um projeto [...] da VISA de aumentar esse recurso só que não foi aprovado [...] trabalhamos com o mínimo sempre, não sei te informar quanto deveria ser esse incremento (A2)

[...] são três .repesses que vem do .fundo federal e mais a contrapartida do município, não é suficiente, mas também acho que tem que fazer um levantamento mais específico do que a vigilância quer, que ela precisa...para daí estar calculando quanto é necessário para essa ação... (C2)

É seiscentos reais se não me engano. Para as ações da vigilância. É pouco!...[...]....porque para você trabalhar a saúde do trabalhador temos fazendas que dá duzentos quilômetros, para você abastecer, fazer tudo isso não é suficiente! Acho que teria que ser um pouquinho mas a parceria do município. Aquele TFVS [Teto Financeiro de Vigilância em Saúde] o Nosso também veio pouco, acho que tudo é em relação à população. por conta da [...] colheita acaba tendo quatro mil e quinhentos de população [...] (G2)

Em relação ao conhecimento sobre a Portaria nº 3.252/2009, o grupo desconhece o seu conteúdo: “Ainda não eu não li sobre ela ainda, eu vou até anotar para ver o que que é.”(A2)

O grupo de entrevistados, em relação ao Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, relatou ter conhecimento do valor, mas sugeriu uma revisão dos recursos de acordo com as necessidades locais e a criação de um teto coerente para estruturação do serviço e execução das ações. O Pacto foi avaliado como positivo devido à facilidade de se ter o recurso em uma só conta, diferentemente de anos anteriores. Todavia, a forma de utilização ainda é desconhecida pelo grupo, inclusive por falta de capacitação.

[...] para fazer uma inspeção numa fazenda que fica a 50 km daqui que nosso município é muito grande, são 200 Km de distância da sede até a divisa não tem veículo não tem condições de comprar [...]combustível [...] sempre tem que pegar da secretaria de saúde. A VISA não tem condições de comprar reagente tem que tirar de uma conta. [...] eu não sei se todas as secretarias têm este problema, mas aqui, a gente vê que o setor não sabe o que pode ser comprado. Então às vezes tem dinheiro e não tem a pessoa. (A2)

[...] o dinheiro é o mesmo, vem mesmo valor, só que antigamente tinha cento e poucas contas [...] .era uma dificuldade enorme. [...] Agora com esses cinco blocos apenas, está bem mais fácil porque você sabe que tem que tirar daquela conta, até mesmo com isso a gente está tendo dificuldade, porque é uma coisa nova. Mudou o modelo de gestão, mudou tudo. [...] Estamos vivenciando o pacto e ninguém sabe o que é o pacto Agora que a gente receberá capacitação. Dois anos que nós assinamos o pacto, fomos meio pressionados para assinar, não assinaram dois municípios por falta de documento [...] porque a equipe técnica também tem [...] e uma noção maior que a nossa. [...] Cada dia surge uma Portaria nova para implantar dentro desse pacto, [...] adequando para organização do município, .melhora da qualidade de vida da população [...] que é uma dificuldades que todos os municípios tão passando [...] (G2)

Os recursos financeiros para a maioria do grupo, exceto no município K, são aplicados de fato em ações da VISA, e em alguns casos são utilizados na compra de equipamentos (clorímetro e turbidímetro), combustível, na impressão de materiais e para as vigilâncias como um todo, variando de acordo com as demandas.

## **A perspectiva dos coordenadores de VISA**

### **Estruturação do serviço de VISA**

Os resultados demonstram que o fato de o organograma apresentar diferenças em relação ao nível hierárquico compromete o desenvolvimento e a execução das ações em VISA. Devido ao cargo ocupado, o profissional com mais funções e atribuições na coordenação percebe a dificuldade para realizar ações de forma eficiente, dentro das metas planejadas, inclusive pela deficiência de recursos humanos, estrutura física, legal/administrativa, materiais, equipamentos, veículos, falta de apoio administrativo ou legal, interferência política, capacitação, financiamento, remuneração inadequada ao serviço prestado e, em alguns casos, a motivação do profissional de saúde: “As dificuldades são muitas: espaço físico, outros serviços delegados a pessoa que responde pela VISA e que na vigilância não está em função só da vigilância. Você faz outros serviços além da VISA... e melhor qualificação dos profissionais” (C3).

No tocante à estrutura física, em alguns serviços, há salas específicas para a VISA e os coordenadores consideram que houve melhoria nas condições de trabalho e na valorização enquanto profissional de saúde: “[...] hoje eu posso falar que estamos numa estrutura boa, né? Pouco tempo que mudamos pessoal bastante colaborador, né? [...] A nossa equipe está pronta para fazer o serviço que tem que ser feito” (M3).

Apontaram a necessidade de estrutura física do serviço de VISA, por se tratar de assuntos sigilosos e, portanto, é preciso haver privacidade no recebimento das reclamações e denúncias, seja da população, do setor regulado, quando utilizam o poder de polícia ou MP, ou elaboram documentos referentes às ações executadas.

Deveria ser mais bem estruturada, né? Em relação ao pessoal, ter um ambiente para receber as pessoas para fazer suas denúncias As dificuldades são muitas: espaço físico, outros serviços delegados a pessoa que responde pela VISA [...] e melhor qualificação dos profissionais. (C3)

A VISA [...] deixa um pouco a desejar. Precisa melhorar bastante [...] porque a gente não tem nenhuma sala [...] é junto com as endemias, meio bagunçado, não tem internet, um carro disponível [...] quando tem que entregar um ofício, ver alguma denúncia .sempre tem que ficar esperando dois, três dias Às vezes tem o carro apropriado, às vezes tem que ir de ambulância para fazer apreensão de algum produto... (F3)

[...] dez anos atrás não tinha nenhuma estrutura física. Existia somente uma pessoa com nível superior. [...] Hoje ela tem uma estrutura física não tão excelente, mas que venha a suprir a necessidade do município. . Possui [VISA] dois [profissionais] de nível superior, cinco de nível técnico. [...] Todos praticamente todos efetivos. Têm dois da FUNASA cedidos ao município, [...] que a gente consegue atender pelo menos oitenta por cento da demanda do município. [...] Sala própria, [...] carros próprios, computadores, telefones com dois números direcionados para a VISA [...]( I3)

Quanto à realização do trabalho, os entrevistados apontaram dificuldade na execução e coordenação simultâneas das ações de VISA – tanto em face de se acumular essa coordenação com a de outras áreas, quanto pelo fato de o entrevistado ser o único da equipe, ou o único investido na função. Somam-se, ainda, a escassez de pessoal e as dificuldades de deslocamento. Sobre as maiores dificuldades vivenciadas pela VISA, um dos gestores diz:

As maiores dificuldades [...] falta de recursos humanos, né?[...] Hoje são só duas fiscais e [...] eu como coordenador, mas eu tenho outra vigilância para coordenar. [...] Às vezes têm ações para realizar, mas elas não vão porque dependem de mim, da viatura. Eu dirijo e aí a gente está fazendo outras ações da vigilância ambiental e fica às vezes a VISA sem fazer ações [...]( J3)

Outro coordenador de VISA, o único investido na função em exercício no seu município, registra em sua fala o esforço para seguir a recomendação tácita de executar ações de fiscalização em dupla. Ele se faz acompanhar de outro servidor, que funciona, na prática, como testemunha:

[...] existem algumas dificuldades, uma estrutural, que seria a falta de material humano, né? Hoje eu trabalho praticamente, tendo como companheiro o coordenador de vigilância ambiental, mas [...] falta outro fiscal para que a gente possa executar as ações, com mais frequência fica muito dependente de outra pessoa, outro setor [...](D3)

Quanto ao cadastro de estabelecimentos, 13 (92,9%) dos entrevistados mencionaram realizar o cadastramento. A única exceção foi o coordenador que assumiu a coordenação recentemente (G3). No seu município, não se executavam as ações de VISA por motivo de afastamento do trabalho do único servidor concursado e capacitado. Para superar esse problema, se soube que a Secretaria de Saúde realizou um

processo seletivo simplificado e investiu o profissional selecionado, por meio de Portaria, para atuar como agente de fiscalização.

Os instrumentos de trabalho instituídos pela VISA municipal encontram-se descritos no Quadro 5.

Em relação às legislações, como o Código Sanitário, o Código de Posturas e as Portarias descritas anteriormente, observou-se que esses profissionais apresentam limitações quanto ao uso do poder de polícia, mesmo sendo investidos na função por ato legal.

[...] a vigilância encontra-se bastante comprometida por falta de material humano, né? Saiu um desses dois agentes e eu me encontro com a demanda de serviço [...] bem maior que os anos anteriores e às vezes sem condições para realizar essas ações [...] por questão de leis [...] burocráticas das ações da vigilância. Não se pode realizar fiscalização com apenas um agente, então isso deixa um pouco restrito nosso trabalho, [...] que não temos conhecimento quanto à legalidade da equipe [...] para se emitir os alvarás sanitários [...] trabalhando com suporte legal ao pé da letra [...] (H3)

Para eles, torna-se imprescindível o suporte jurídico, o apoio administrativo, bem como de capacitações para atuarem em situações de instauração de processos administrativos: “[...] temos algumas notificações que a gente não sabe como começar um processo administrativo, tem alguns casos que a gente tem que aplicar penalidades. [...] Ainda não tem como iniciar um processo administrativo” (J3) – como demonstrado no Apêndice 4.

Em relação aos recursos humanos, a categoria profissional apresenta-se diversificada, demonstrando predominância de profissionais com escolaridade até o ensino médio (20) diante das atribuições e funções sob sua responsabilidade, conforme apresentado no Quadro 8. Soma-se a isso a inexistência de incentivo por produtividade, que ocorre somente em um município da Microrregião Teles Pires. De acordo com os relatos, inexistente o PCCS e, conseqüentemente, há baixa remuneração, além da insuficiência de recursos humanos, capacitação, veículos e interferência nas ações de VISA.

[...] temos dificuldades [...] de locomoção [...] de recursos humanos, né? [...] estamos em quatro pessoas dentro da equipe. [...] Temos a média de trezentos estabelecimentos a serem inspecionados [...] daria um quase todo dia para ser feito, né? E às vezes a gente fica aí três, quatro dias parados, sem fazer nada por falta de locomoção. [...] Às vezes tem equipe capacitada, de repente você se vê sem ela. Vem pessoal novo [...] são capacitados para realizar os trabalhos deles, mas falta um treinamento, um conhecimento técnico. [...] (E3)

[...] principalmente quando o agente de fiscalização se depara com situação adversa, [...] uma autuação, [...] uma notificação, tanto a morador como [...] na área de... de comércio [...] às vezes encontra uma certa [...] resistência, né? de se fazer o que é correto quando se relaciona às questões sanitárias. Aí é onde a gente tem que ter um certo jogo de cintura [...] ter uma postura, né? [...] Orientar mais do que punir, tanto na maneira de se expressar como na questão de punir em documentos. [...] O agente de fiscalização tem que estar preparado [...] profissionalmente para deparar com essas situações. (H3)

Quadro 8- Distribuição do quantitativo de recursos humanos segundo categoria profissional, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Categoria Profissional	Microrregião Teles Pires
Administração	01
Assistente social	01
Biólogo	01
Ciências Contábeis	01
Direito	01
Economia	01
Enfermagem	01
Engenheiro Sanitarista	01
Farmacêutico	01
Gestão Pública	02
Letras	02
Matemática	02
Médico-veterinário	02
Nutricionista	02
Pedagogo	02
Técnico Agrícola	01
Tecnólogo em alimentos	01
Técnico em Patologia Clínica	01
Técnico em VISA	04
Nível médio	20
Total	48

Fonte: Dados da pesquisa (elaboração própria).

Com relação aos treinamentos e capacitações, verificou-se que em 11 (78,6%) municípios, ao menos um profissional recebeu capacitação, mas em dois (14,3%) municípios os profissionais capacitados não se encontram, devido a afastamento temporário e em função da rotatividade de profissionais. Seis (42,9%) dos municípios pesquisados relataram não ter recebido capacitação e dois (14,3%) participaram somente de treinamentos relacionados às ações de baixa complexidade, juntamente com a equipe técnica da Regional de Saúde de Sinop. O Quadro 9, a seguir, demonstra que as capacitações e treinamentos, segundo municípios da Microrregião Teles Pires, são fatores que interferem no avanço do processo de descentralização da VISA.

Quadro 9 - Relação das capacitações e treinamentos segundo municípios da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Capacitações e Treinamentos	Municípios
Treinamento em serviço para ações de baixa complexidade oferecido pela VISA/ERSSinop/MT	H e K
Curso de baixa complexidade em VISA oferecido pela VISA/SES/MT com treinamento em serviço	B, E, I, L, M,
Manipuladores de alimentos oferecido pelo SENAI/VISA/ERSSINOP/MT	B, E, I, L, M
Curso técnico em VISA	A, B, C, D <sup>(2,^)</sup> , G <sup>(1)</sup> , M
Curso vigilância epidemiológica para doenças transmitidas através de alimentos (DTA)	B,C, D, E, F, G, I, J, K, M, N

Fonte: Dados da pesquisa (elaboração própria)

<sup>(1)</sup> e <sup>(2)</sup> os técnicos capacitados solicitaram afastamento do serviço

O grupo, ao ser questionado quanto às capacitações e sua forma de inserção no serviço, relatou suas dificuldades no processo de trabalho, diante das complexidades existentes em relação à natureza e ao objeto de ação da VISA. Demonstram, acima de tudo, sua interpretação, sua motivação – enfim, sua percepção quanto ao significado, a importância da missão da VISA. Para esse grupo, o trabalho preventivo da VISA é visto como um ponto positivo para a gestão e para a população, por gerar economia em recursos ao município e menor demanda aos serviços de saúde.

A VISA é uma instituição criada pelo governo federal e ela vem justamente ao encontro [...] da saúde da população [...] Temos [...] muita dificuldade para manter o trabalho nosso. [...] É uma instituição necessária em qualquer município e não tem como viver sem VISA. [...] Ao SUS o trabalho da VISA é [...] evitar que a população adoeca, a sobrecarregar o trabalho dos postos de saúde, né? [...] e em nível [...] da administração [...] da gestão [...] gera uma economia o trabalho da vigilância quando bem feito. [...] Evita [...] muita sobrecarga [...] financeira ao município, [...] no trabalho de [...] gestão, né? [...] o trabalho da VISA é [...] preventivo que vem influenciar diretamente na economia, nos gastos públicos. (E3)

A inserção deste profissional ocorre por meio de concursos ou contratos, o que limita a garantia de sua permanência, pois após investimentos em capacitações, nem sempre permanece no serviço, influenciando na continuidade do processo de trabalho em VISA.

Em relação à área de atuação anterior à coordenação, sete profissionais já trabalhavam na VISA (A3, B3, C3, E3, I3, J3, M3) e chegaram ao cargo por indicação política (B3) ou por indicação da Secretaria (E3), dois (14,3%) nunca tinham

trabalhado, eram estudantes (F3, G3); dois (14,3%) vieram da VA (endemias) (J3, D3) e um (7,1%) da Vigilância Epidemiológica (K3).

Sobre a questão das capacitações, alguns relatos merecem destaque:

[...] quando a gente entrou [...] não teve preparação. A gente lia... [...] o Código mas não sabia muito o que fazer, então quando entraram os fiscais novos, eu já estava na coordenação. Aí eu fiz uma semana de treinamento com eles e eu peguei os fiscais mais antigos porque a gente aprendeu com o perdão da palavra: “no tapa”, né? [...] treinou os fiscais que entraram recentemente. [...] Tivemos uma capacitação há uns quatro anos e meio... [suspiro] sobre relacionamento interpessoal! Não tinha nada a ver com vigilância mesmo, né? Mas... todo conhecimento é válido, né? [...] treinamento relacionado à VISA mesmo, .nós não tivemos nenhum! (B3)

O meu preparo através dos cursos que a SES ofereceu e buscamos na internet solução para aquele problema e através dos municípios. Capacitação de segurança alimentar, Boas práticas de manipulação, segurança no trabalho, técnico em VISA, de baixa complexidade, saúde ambiental, VIGIÁGUA, acho que só... (C3)

[...] eu fiz um estágio na VISA de Cuiabá. Eu tive uma noção de VISA, de que forma que eu tinha que atuar. [...] Eu acabei vindo para o município [...] tinha um pouco já de experiência nesse ponto, mas não fui capacitado para assumir é o cargo na VISA... (I3)

Entre os relatos, o grupo mencionou as contribuições das capacitações para o desempenho das ações e quais contribuíram para a realização das ações descentralizadas de VISA em seu município.

[...] as ações de saúde alimentar e manipulador de alimentos são muito importantes [...] capacitação na VIGISOLO... VIGIAR [...] (A3)

[...] deu mais segurança, né? Os fiscais que eram novos eles não sabiam muito o que fazer. [...] eu me coloquei muito no lugar deles quando eu entrei na vigilância, não sabia o que fazer, como fazer. [...] (B3)

[...] educação em saúde [...] agrotóxico porque [...] temos bastantes problemas em relação a isso. (C3)

[...] quando se trata de abatedouro [...] nós não fazemos [...] nós temos um laticínio no município que também não é feito fiscalização. Não temos técnico treinado pra fazer esse tipo de atividade, então dessa forma o pólo poderia estar contribuindo pra que a gente melhorasse o nosso serviço [...] (D3)

## Processo de Trabalho

Em relação ao processo de trabalho, o apoio do setor jurídico nos municípios pesquisados, o Código Sanitário e/ou de Postura contemplam a orientação jurídica para

o processo administrativo sanitário. O julgamento é realizado pela administração pelo setor de tributos, prefeito ou substituto, colegiado, comissão ou técnico da VISA (Apêndice 4). No entanto, somente cinco (35,7%) dos municípios pesquisados aplicam auto de infração com as interdições, apreensões gerando multas; 13 (92,9%) notificam, investigam e apreendem; quatro (28,6%) interditam; quatro (28,6%) cobram taxas/multas e oito (57,1%) não aplicam o auto de infração, por interferência ou por desconhecimento da instauração de processos administrativos (Quadro 10).

Quadro 10 - Distribuição dos municípios segundo ações de poder de polícia, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Municípios	Fiscalização	Notificação	Apreensão	Interdição	Emissão de auto de Infração	Cobrança de taxas/multas
A	X	X	X	NR	NR	NR
B	X	X	X	X	X	X
C	X	X	X	NR	NR	NR
D	X	X	X	NR	NR	NR
E	X	X	X	X	X	X
F	X	X	X	NR	NR	NR
G	NR	NR	NR	NR	NR	NR
H	X	X	X	NR	NR	NR
I	X	X	X	X	X	X
J	X	X	X	NR	X	NR
K	X	X	X	NR	NR	NR
L	X	X	X	NR	NR	NR
M	X	X	X	X	X	X
N	X	X	X	NR	NR	NR
Total	13	13	13	04	05	04

Fonte: Dados da pesquisa (Elaboração própria)

NR= Não realiza

Quanto ao envio de amostras ao laboratório em relação à água, 12 (85,7%) enviam mensalmente (A, B, C, D, E, G, H, I, J, K, M, N); três (21,4%) enviaram alimentos nos casos de surto alimentar, ocorrido em algum evento (E, I, M) e em alguns casos não havia mais amostra no momento da investigação para o envio; dois (14,3%) não enviam nenhuma das amostras (F, L). Conforme relatos do grupo, somente 12 (85,7%) possuem o suporte para fiscalização, como material para coleta, acondicionamento e transporte da amostra para análise. Em um município (A) foi relatada a necessidade de um laboratório de apoio para coleta de amostras de animais em casos de suspeita de raiva, pois em alguns municípios a VISA é que atua nas campanhas de vacinação antirrábica.

[...] a VISA [...] deveria ser um órgão mais amplo [...] com auxílio de laboratório para coleta de amostras [...] até de animais com

suspeita de raiva e infelizmente ela não tem estruturação básica, para investigar o caso com afinco, temos suspeitas. Infelizmente não tem uma base do Estado. | Acho que seria interessante se tivéssemos uma referência laboratorial e sempre que surgisse uma dúvida encaminhava ao laboratório. (A3)

O cadastro, na maioria das vezes, não é informatizado. Há instrumentos para preenchimento dos dados do cadastro de forma manual, que são posteriormente digitados. Tais estabelecimentos são quase sempre inspecionados na hora desse cadastramento manual.

O quantitativo e os tipos de estabelecimentos sujeitos à ação da VISA são de conhecimento dos profissionais de 11 municípios pesquisados – A, B, C, D, E, H, I, J, L, M, N (78,6%) –, embora se assuma que ele possa estar defasado, na medida em que:

[...] até onde nossas pernas podem ir... O número de estabelecimento a gente tem registrado. É feito este registro no começo do ano e arquivado... todos é feito uma catalogação e entrevista com os proprietários” (A3); e que “A gente tem todos os estabelecimentos cadastrados. Claro que não é o número exato, real porque muitos fecham, muitos abrem, né? Todo dia está abrindo e fechando estabelecimento, mas... dentro do que a gente pode fazer, né, a gente tem sim, tem tudo aí cadastrado, no computador (B3)

Em relação ao tipo de estabelecimentos existentes e inspecionados, os resultados demonstram que predominam serviços de alimentação, seguidos de estabelecimentos de ensino, criação de animais, água para consumo, terrenos baldios, saneamento básico, creches, salões de beleza, cosméticos/saneantes, clubes recreativos, serviços de saúde, hotéis, rodoviárias e clínicas médicas sem procedimento invasivo.

A todos os 31 entrevistados foi aplicada uma lista de atividades, e sua análise revelou que, no aspecto caráter mais ou menos rotineiro ou programado do trabalho, o de rotina e o de atendimento às denúncias e demandas de outros setores se equipararam. No entanto, nas entrevistas os coordenadores de VISA, que são os executores, informaram, em 10 (71,7%) dos municípios pesquisados, que as denúncias prevalecem. A elas se seguem as notificações, apreensões, interdições e demandas do MP. Essas demandas do MP se referem aos abatedouros clandestinos. Quando existem, há também demandas da Ouvidoria. Sobre a rotina dos trabalhos, um dos coordenadores afirmou:

Tumultuada! [...] não tem muito programado o que vai fazer, tem às vezes até o cronograma, mas às vezes não é seguido e conforme vai chegando a demanda a gente vai atendendo. Nós temos um cronograma anual e por mês são especificados quais os estabelecimentos que deverão receber inspeção naquele mês e as denúncias, assim que chegam, que tem tempo, a gente já vai atrás e

sempre o secretário de saúde, chefe do departamento de saúde, que repassam também. (C3)

Quanto à natureza da ação, há predomínio da fiscalizatória, seguida da educativa, avaliativa, regulatória e normativa (Quadro 7). Isso é coerente com o fato de suas ações serem motivadas por denúncias, reclamações e solicitações de alvarás pelo setor regulado: “[...] não tem uma rotina, porque a vigilância é o povo que faz a rotina porque em cima de denúncia, de solicitação de inspeção é que a gente faz a rotina nossa.” (M3).

A apuração das denúncias é feita, mas nem sempre com resolução, tal como relata um coordenador de VISA: “algumas a gente não consegue e a gente não tem muito que fazer, porque se a pessoa fala que não vai tirar, se ela tem lá uma criação de galinhas [...] nós não temos o centro de zoonoses para recolhermos esses animais. Mas a gente faz [...] todas as denúncias.” (B3).

Os depoimentos indicam que a não-realização de algumas ações pode estar vinculada aos seguintes fatores: falta de capacitação; desconhecimento de alguns profissionais sobre as atribuições do município em relação à complexidade das ações; interferências políticas; insuficiência de veículos, equipamentos, materiais; recursos financeiros e humanos; e até apoio administrativo para respaldo mediante as ações.

Os relatos demonstram que há interesse em realizar ações em farmácias, drogarias, laboratórios, clínicas médicas, fisioterapia, PSF, pronto-atendimento, entre outros, desde que estejam capacitados e autorizados a realizarem. Apresentamos a seguir os depoimentos dos coordenadores sobre esse tema:

[...] a gente vê muita gente desesperada precisando de fiscalização e como [...] atendem a região toda [...] A VISA municipal, se assinar esse pacto pela saúde, que a gente puder fazer [...] outros estabelecimentos como farmácias, laboratórios [...] vai precisar de treinamento e o estado vai ter que nos fornecer. Infelizmente, a gente não sabe fazer uma inspeção numa farmácia, [...] no laboratório, no hospital muito menos. (B3)

O VIGISOLO só pede cadastro. Não recebemos [...] qualificação para realizar [...] esse tipo de ação, do VIGIÁGUA também que [...] ficou na responsabilidade da VISA, que em outros municípios é a vigilância ambiental e outras ações são os hotéis, tem dois anos que não realizamos inspeções. (C3)

[...] um exemplo é drogarias, [...] consultório odontológico, [...] clínica veterinária a gente consegue fazer algum tipo de ação, mas mais específico, talvez por causa da pouca capacitação. [...] CARTA BRANCA vocês podem fazer, né? Também há necessidade de contratar mais um técnico para que possamos desenvolver esses tipos de ações... (I3)

Alvará eu creio que precisava fornecer alvará para as pessoas trabalharem porque aqui não se cobra multa, não se notifica [...] (L3)

Existe o desconhecimento sobre as funções, atribuições legais e técnico-operacionais, bem como das competências de cada esfera de governo e da natureza de suas ações, embora enfatizem sobre a missão da VISA.

Em relação às atividades educativas, verificou-se que 11 (78,6%) dos municípios elaboram materiais educativos (A, B, C, D, E, H, I, J, K, M, N) e fazem uso de meios de comunicação (rádios e *sites* do município). Informaram, também, que realizam o alerta sanitário, por meio dos repasses de informações advindas do nível estadual, e que orientações são repassadas ao comércio de alimentos, ambulantes, salões de beleza, escolas e por meio de projetos mirins, que divulgam as ações de VISA e seu papel (D). Um dos depoentes afirma:

[...] temos desenvolvido as práticas educativas da VISA no PSF I e II do município e [...] feita com maior frequência mesmo é [...] na escola municipal e estadual do município e temos utilizado o recurso que é a rádio comunitária [...] pra levar informação para o municípe. (D3).

Somente em três (21,4%) dos serviços de VISA (D, J, M) há participação em reuniões do CMS. Segundo relatos, as principais dificuldades para desenvolvimento das atividades educativas estão relacionadas à insuficiência ou falta de equipamentos audiovisuais, materiais, recursos humanos e financeiros.

[...] a maior dificuldade é ter o material, [...] disponibilidade, [...] organizar, fazer o convite [...] Pretendo fazer reuniões com todos os donos de mercado, pedicure, manicure, salão de beleza [...] e tem que ter material de propaganda, informação, [...] *datashow* para palestras, carro para deslocar fora do município. [...] Tem que compartilhar. (K3)

## **Gestão Municipal**

No que concerne ao apoio administrativo e operacional da gestão, os profissionais se sentem motivados e valorizados profissionalmente diante da melhoria das condições de trabalho, embora existam dificuldades na operacionalização das ações.

[...] posso dizer que somos privilegiados. Prédio novo, né? [...] O secretário atendeu o meu pedido, chamou mais pessoal. Financeiro, sempre vai faltar, com certeza. Temos [...] quase tudo que uma vigilância precisa. [...] esses últimos anos foi comprado muita coisa, e o prédio que era uma questão que estávamos cobrando oito, nove anos [...] (M3)

Entretanto, isso não se repete em todos os municípios, o que acaba por interferir no avanço da descentralização das ações de VISA. Soma-se a isso o prevalecimento das ações político-partidárias sobre as ações de VISA. Ocorre que muitas vezes o serviço tem toda a infraestrutura necessária, mas inexistente uma boa articulação entre o gestor e coordenador. A percepção destes sobre a importância da VISA e de seu papel apresenta divergências, conforme demonstram os relatos do grupo entrevistado, ao serem questionados se as ações de VISA prevalecem sobre as político-partidárias. Dois depoimentos de coordenadores ilustram bem o exposto acima:

“(risos) eu nem sei se posso responder, mas eu acho que não. [...] porque vem, pedem para passar mão na cabeça. [...] Então eu acho que não prevalece não” (J3)

[...] a gente sabe que quando pende para o lado político, como funcionário [...] não tem força para lutar [...] por isso que a gente não aplica multas. [...] Às vezes fica retido ali na notificação, mais tenta levar sempre pela educação, informando o conteúdo do Código Sanitário para [...] evitar que haja uma retaliação por parte [...] de um político ou autoridade maior do município. [...] Uma vez a gente recebeu até uma ameaça direta de alguém. [...] eu e meu companheiro. (D3)

### **Incorporação das especificidades locais e ações**

Em relação à incorporação das especificidades locais na agenda de trabalho da secretaria, o grupo relatou que depende do secretário de Saúde ou do prefeito, pois não há autonomia: “[...] na medida [...] do possível procuramos incorporar tudo, né? Mas é que não depende só da gente, né? Nós temos um secretário, depois tem o prefeito, né?” (B3).

Em outros relatos, os depoentes mencionam que as especificidades locais são incorporadas a partir de uma avaliação do PMS, mas que as avaliações, em alguns casos ainda, não são implementadas de forma efetiva, devido às inúmeras dificuldades encontradas nos municípios: “[...] temos no Plano Municipal as ações incorporadas e que essas ações no final do ano é cobrada, é feito uma avaliação. A gente não para pra fazer essa avaliação .trimestral ou semestral. É sempre feita anual, pela correria não temos tempo de avaliar.” (C3)

As especificidades locais em alguns municípios são incorporadas na programação de trabalho das vigilâncias e na PAVS, por meio de um planejamento das ações. Contudo, em alguns municípios, o profissional não tem conhecimento sobre a

PAVS: “Aí eu não sei se [...] está ou não porque [...] eu não tenho muito acesso da PAVS eu não posso te responder.” (K3).

No que se refere à elaboração do Plano de Ação de VISA e à participação da pactuação da PAVS, os relatos se diversificaram e demonstraram o grau de conhecimento sobre os temas, e como esse profissional se articula junto ao gestor municipal de saúde.

Dos 14 municípios, somente dois (14,3%) profissionais participaram da pactuação da PAVS (A3, I3); oito (57,1%) elaboraram o Plano de Ação de VISA (A3, C3, D3, H3, J3, K3, L3, M3); três (21,4%) dos planos apresentados não foram aprovados (E, F, L); quatro (28,6%) dos entrevistados (E3, F3, G3, N3) não participaram da elaboração do Plano de Ação de VISA e dois (14,3%) não têm conhecimento sobre o Plano de Ação de VISA e sobre a pactuação da PAVS (F3 e G3) e quatro (28,6%) municípios não apresentaram o Plano de Ação (B, G, I, K). Quanto à elaboração do plano, os coordenadores de VISA, ao serem questionados sobre a motivação e sobre as dificuldades, alegaram que as dificuldades foram muitas, sobretudo devido a sua complexidade.

Sobre a PAVS e o Plano de Ação, os profissionais relataram que existe relação entre as ações, e que o plano contempla as ações da PAVS, embora suas metas sejam pactuadas anualmente.

[...] o que observamos até mesmo porque esse plano foi enviado para o estado, avaliado e aprovado pelo estado, eu acredito que contempla, apesar de que essas ações da PAVS elas são aprimoradas parece-me que todo ano, né? Segundo o que [...] a regionalização prevê, acredito que dentro [...] do proposto o plano e pela PAVS tem uma relação, está dentro, sim. (D3).

Quanto ao monitoramento e à avaliação da programação de Ações da VISA, seis (42,9%) municípios relataram que a realizam (A, B, D, H, J, M) e sete (50%) não conseguiram alcançar as metas pactuadas na PAVS em 2009 (C, D, E, F, G, K, N). No município I, as metas não foram alcançadas, inclusive no ano de 2008, devido a problemas do ano político, conforme relatado a seguir:

[...] A gente une as três vigilâncias [...] começa a avaliar a forma que tem que ser feita. [...] Somente no ano 2008, que era político, não conseguiu atingir, mas para 2009 e 2010 a gente está tentando atingir cem por cento daquelas ações [...] (I3)

Quanto ao desenvolvimento de ações de notificação, investigação e inspeção integrativa com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, saúde do trabalhador, atenção

integral à saúde e auditoria, este grupo considerou que o trabalho integrado facilita a resolução dos problemas de saúde do município.

A parceria entre outras secretarias, conselhos de classe, além do MP, tem contribuído nas ações de VISA, no que se refere às denúncias e reclamações como estratégia da VISA em ações de conflitos e interferência política.

Dentre os setores da saúde, a VISA tem interagido principalmente com a VA (endemias), por compartilhar espaço físico, materiais de consumo e por este profissional participar das ações de VISA. Em alguns casos de surtos de diarreia, interagem com a VE. No entanto, essas ações não ocorrem com frequência, conforme citado por um dos entrevistados, devido ao pouco entrosamento e ao isolamento da VISA em relação a outros setores.

A articulação técnica, político-administrativa com o serviço de VISA estadual (regional e nível central) e ANVISA encontra-se resumida no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Articulação técnica, político-administrativa com o serviço de VISA estadual e ANVISA, segundo entrevistados, Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, 2010.

Articulação nível central	A, B, C, I, J, K,
Articulação nível regional	A, B, C, D, E, F, G <sup>(1)</sup> H, I, J, K, L, M, N
ANVISA	-

Fonte: dados da pesquisa (elaboração própria)

(1) Assumiu o cargo no período da pesquisa e refere ter pouco contato com o serviço nível regional.

Em concordância com os secretários, acreditam que a orientação, a capacitação, a educação continuada, a atuação conjunta em fiscalizações, ou seja, assessoria e cooperação técnica regulares, contribuiriam para um maior entrosamento e desenvolvimento das atividades em VISA nos municípios.

### **Contexto local e atributos municipais**

Com o Pacto 2006, conforme relatado por este grupo, houve melhorias na organização do trabalho e, em alguns casos, em relação aos recursos humanos e financeiros. Houve um avanço em que beneficiou os municípios. Outros relatam que o Pacto foi imposto, mas sem muitos esclarecimentos, que a responsabilidade dos

municípios foi aumentada e que estes se encontram despreparados, o que faz com que a descentralização caminhe de forma mais lenta.

Dois (B, K) dos municípios pesquisados relataram que não houve mudança e consideram que isso tenha relação com o fato de não terem assinado o TCG: “O pacto ainda não foi assinado ainda pelo secretário. Então, não tem como eu te dizer o porquê [...] não mudou nada, [...] estamos trabalhando como antes”. (B3)

Em alguns casos, o profissional não tem conhecimento sobre o Pacto 2006: “Não tenho conhecimento com esse Pacto 2006...” (F3)

Na concepção dos entrevistados, a responsabilidade sanitária é vista como a prevenção dos riscos e agravos à saúde do seu município. Sobre essa responsabilidade, um dos coordenadores assinala:

[...] é uma responsabilidade muito grande porque a gente sabe que antes da ação do médico, da equipe de profissionais de alta complexidade, tem a ação de baixa complexidade a qual está inserida a VISA, né? [...] com a ação de prevenção. [...] Nós temos a responsabilidade muito grande de tentar evitar que o risco [...] cause uma doença, um agravo à saúde da população [...] e eu me sinto honrado em estar nessa atividade, né? Prestando [...] este trabalho para o munícipe. (D3)

Quanto ao que representa regionalização solidária, o mesmo entrevistado acredita que seja a partilha de recursos entre os municípios:

Algo que eu acredito esteja na mente de todo mundo, mas que na prática fica difícil de ser colocada, né? A concentração das práticas de serviço [...] esse tipo de partilha de recursos entre municípios. [...] Partilhar os recursos disponíveis no município com outros municípios mais carentes. (D3)

A cooperação técnica com os outros municípios tem ocorrido, mormente pela troca de experiências sobre o desempenho dos profissionais e treinamentos em serviços como os de alimentação, de salões de beleza, e de motéis e hotéis. Enfatizam a necessidade de treinamento por parte do estado. Essa troca contribui para aprofundar o conhecimento sobre as especificidades locais, e de certa forma nivela a conduta deste profissional na execução das ações de VISA. Em alguns casos, a cooperação entre os municípios não ocorre por falta de veículos para deslocamento.

Os entrevistados relataram, conforme exposto abaixo, a necessidade de maior entrosamento e presença do estado, pois vêem como uma forma de contribuir para o avanço da descentralização. Em um dos relatos, a cooperação foi proporcionada pela

Regional de Saúde, por meio de treinamentos no próprio município, em supermercados, panificadoras, açougues, restaurantes e lanchonetes, além de palestras educativas para manipuladores de alimentos.

Eu acho que a relação entre os departamentos dos municípios partem de uma necessidade. Nós precisamos uns dos outros, não tem como fugir disso, né? Quando eu me sinto incapaz tenho que partir em busca dessa capacidade para vencer as dificuldades e eu vou atrás de onde tem! Seria o caso o pólo ou o município de Sinop e vou até mais além se for preciso [...](D3)

Regional [...] em anos anteriores fizeram capacitação *in loco* que foi a base do nosso trabalho [...] Quando iniciamos o trabalho da VISA, trouxemos uma palestra educativa para os manipuladores de alimentos que foi ministrado [...] por técnicos da Regional com apoio dos nossos agentes [...] Sempre que a gente necessita de informações, questões de legislação [...] burocrática do estado, a gente tem convocado a equipe do Escritório Regional e é claro que sempre tem suas dificuldades, mas a gente sempre foi atendido. (H3)

Outro fator pesquisado diz respeito ao CGR, sobre a estimulação da cooperação técnica entre os municípios e o estado. Os resultados demonstraram que o grupo desconhece o CGR, e que não houve participação da VISA nessa instância. Um dos coordenadores relata esse desconhecimento: “não, nunca nem fui convidada, nem sabia que existia essa reunião. Eu vim descobrir hoje, que o secretário me falou e agora você que me falou que era.” (B3).

Quanto à estimulação do CMS em relação à cooperação, observou-se que a VISA não participa de arenas decisórias e, na percepção do grupo, a existência do CMS se deve ao fato da obrigatoriedade legal, sendo visto como uma ameaça à administração e não como parceira nas ações de saúde. Um dos coordenadores fala sobre o papel do CMS, conforme observaremos a seguir:

A gente sabe que o papel dele é muito importante para o bom andamento da secretaria de saúde do município e é soberano! Teoricamente o conselho está além do [...] secretário de saúde. O conselho aqui [...] faz suas reuniões ordinárias, e até mesmo extraordinária para analisar e aprovar os projetos da secretaria de saúde. Com relação a apoio e infelizmente, não só no nosso município, o conselho não é visto pela administração como um parceiro, é visto como ameaça. e aí isso deixa um pouco restrita a colaboração do conselho nas ações dos setores da saúde. (H3)

As intervenções da VISA, segundo os depoentes, não prevalecem sobre as ações político-partidárias, e em muitos discursos a população não tem conhecimento sobre a importância do controle sanitário e da missão da VISA.

Entre outros fatores relacionados ao contexto político da VISA, estão: a compreensão sobre o exercício de poder de polícia da VISA nas ações de intervenção pelos diversos atores sociais (população, conselhos e gestores) e a integração da VISA em ações voltadas para a população. Alguns atores sociais reconhecem a VISA somente por seu caráter punitivo, desconhecem seu lado orientativo e educativo. Os profissionais entrevistados, conforme depoimento abaixo, percebem a necessidade da participação da sociedade para auxiliar no controle dos riscos, através de denúncias e reclamações.

A VISA do município [...] é quase igual a vigilância dos outros municípios de pequeno porte, tem bastante denúncia, ações mais do dia-a-dia, como fossa aberta, criação de animais. Quando a vigilância chega nos estabelecimentos, acham que sempre para punir, nunca para auxiliar, fazer uma ação educativa. [...] Cada vigilância tem que trabalhar em conjunto nas ações e com a população é importante o trabalho da vigilância porque é o respaldo que a população tem com o serviço da vigilância. (C3)

Os resultados evidenciam que, entre os 14 entrevistados dez (71,4%) – A, B, C, D, E, H, I, K, L, M – apresentam conhecimento sobre o quantitativo de recursos financeiros destinados à VISA. E o avaliaram como insuficientes para realização das ações de VISA, inclusive para sua estruturação, como: a compra de equipamentos, materiais educativos e contratação de recursos humanos; cinco (35,7%) não acompanham (E, F, G, J, N) e quatro (28,6%) não têm conhecimento (F, G, J, N) sobre o quantitativo de recursos, inclusive em relação ao Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, e justificam que não possuem autonomia, assim como o gestor de saúde, para gerir os recursos.

É insuficiente, né? Hoje o município recebe seiscentos reais para VISA, né? [...] Quando se trata de material seria suficiente, mas quando olhamos para necessidade de mais um fiscal no município, às vezes material para ação educativa, precisamos divulgar o nosso Código Sanitário, divulgamos de forma escrita porque não temos recurso suficiente para manter dois profissionais da vigilância e para a ação educativa... (D3)

Os recursos de VISA, conforme demonstram os achados, são utilizados nas ações específicas ou na aquisição de equipamentos, de impressos para serem utilizados em palestras educativas e de combustível para as ações de VISA, sendo avaliados a cada final de mês. Um dos entrevistados, porém, relatou que os recursos são utilizados para as vigilâncias como um todo, conforme exposto a seguir:

[...] o incentivo que a vigilância do município tem hoje, repassado pelo estado é aquele valor mensal de seiscentos reais para estar investindo [...] materiais de consumo [...] realização das ações [...] educativas [...]

enfim, para ser gasto na VISA totaliza um valor de sete mil e duzentos por ano. Até o momento não temos conhecimento de outros além do plano de ação, que possa estar financiando a VISA [...] [...] o que a gente percebeu é que esse recurso é gasto nas ações da secretaria de saúde como um todo, não especificamente na VISA... (H3)

Em relação ao conhecimento sobre a Portaria nº 3.252/2009, 14 (100%) relataram desconhecê-la, ou que naquele momento não sabiam informar: “Não me lembro do que ela se trata, de repente eu li.”( K3)

Em relação à arrecadação por parte dos municípios referentes às ações realizadas pela VISA, através de taxas ou multas, verificou-se que em alguns municípios o Código Sanitário ou de Postura viabiliza essa arrecadação, mas estes evitam autuar por desconhecimento, ou optaram por realizar orientações e/ou emitir termos de notificação. Outros, que autuam, desconhecem o destino dos recursos arrecadados por ações da VISA, ou estão direcionados para prefeitura, na tributação, vão para o Fundo Municipal, mas desconhecem o destino real do recurso arrecadado pela VISA:

[...] Esse ano foi muito! [...] o prefeito até liberou e a gente estava fazendo as contas nesses últimos dois meses. Deu em torno de duzentos e sessenta mil, só de multa, fora taxas [...] tem o Jurídico da Prefeitura que dá assistência quando precisar. (M3)

Interessante é o fato de não se fazer referência ao estabelecimento, e sim ao seu proprietário como “autuado”, ao mesmo tempo em que de maneira apenas velada se reconheça o efeito educativo da autuação:

[...] a gente sempre tenta não autuar as pessoas, mas são feitas atuações a partir de 2007. Começou a se cobrar o alvará sanitário, não em caráter obrigatório [...] os comerciantes a maioria não tira o alvará sanitário. Mas, já começou a conscientização maior a partir de 2008/2009. Mais comerciantes começaram a pagar o alvará sanitário. Precisa ainda de incentivos legais, a prefeitura pode cobrar na parte de licitações como item obrigatório o alvará sanitário. A Câmara Municipal pode aprovar [...] caráter obrigatório do alvará sanitário. (A3)

Para finalizar, as contribuições emitidas pelos coordenadores de VISA são relacionadas às capacitações, a uma maior integração/cooperação entre as esferas de governo e a trabalhos de educação em saúde. Os coordenadores consideram a prática da educação em VISA como fundamental para a mudança de posicionamento da população e do setor regulado em relação à VISA, além de conscientizá-los de que também são responsáveis por sua própria saúde, por meio do alimento e produto consumido e serviços utilizados.

Essa percepção se assemelha com a constatada em outros estudos. Bastos, Castro e Costa (2009), ao analisarem o exercício da VISA nas farmácias de Salvador-BA, apontaram para o desconhecimento da população sobre as ações de VISA na proteção da e defesa da saúde. A sociedade, segundo os achados da pesquisa, considera as atividades desempenhadas pela VISA de natureza fiscalizatória e não estão cientes da existência das de cunho educativo.

Além disso, relata a escassa participação da comunidade no controle social (MARANGON; SCATENA;e COSTA, 2009; BASTOS; COSTA;e CASTRO, 2009), talvez pela tênue atuação dos atores sociais nas instâncias colegiadas do SUS, que conseqüentemente dificulta nas ações realizadas pela VISA.

## **As distintas perspectivas segundo as categorias analíticas**

### **Descentralização e gestão**

Considerando o processo de descentralização, os desafios frente às novas competências em níveis locais, a partir da transferência de poder do nível central (RONDINELLI et al., 1986; FIORI, 1995; ARRETCHE, 1999; SOUZA, 2001; RODDEN, 2005; FELICÍSSIMO, 1991), implicam a organização de novas estruturas administrativas (SOUZA, 2004; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009). Portanto, nesse novo arranjo, entre as três esferas de governo, a VISA municipal é a que mais frequentemente apresenta precariedade estrutural e funcional (DE SETA; REIS, 2009; DE SETA, 2007; JULIANO; ASSIS, 2004; MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009; COEHN; MOURA; TOMAZELLI, 2004;), considerando a sua heterogeneidade (LIMA; BAPTISTA, 2006; DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009)

Assim, os atributos diferenciados de cada política, a inexistência de políticas previamente implementadas e a fragilidade das estratégias de reforço, tanto da esfera federal como estadual (DE SETA, 2007; COSTA, 2004), influem negativamente no processo de descentralização das políticas sociais, mais especificamente do serviço de VISA municipal. Portanto, os achados são compatíveis com a literatura (DE SETA; REIS, 2009) e, conforme os pressupostos, reforçam que a VISA deve agir de forma abrangente, territorialmente, coordenada e cooperativa, para prevenir e minimizar os possíveis danos e agravos decorrentes da exposição aos riscos, fatores e situações de riscos à saúde. Precisa agir de forma sistêmica, para que permita que os componentes

sejam interdependentes, desiguais, mas capazes de realizar certas funções (FIORI, 1995; ARRETCHE, 1999, 2004; PARADA, 2002; LIMA; BAPTISTA, 2006; CASTANHAR, 2006; DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009), o que justifica a organização da VISA no nível regional e microrregional.

Conforme visto, os grupos entrevistados assumem diferentes funções e atribuições, apresentam grau diferenciado de autonomia, perfil profissional, sociocultural, e são sujeitos que, dependendo da decisão a ser tomada perante sua visão de mundo, importância, missão, conhecimento, habilidades mediante ocupação ou cargo, podem influenciar no contexto do processo de trabalho. Romio (2004), em análise realizada sobre as competências gerenciais requeridas dos gestores da Secretaria Municipal de Cuiabá-MT para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, aponta a importância de refletir sobre novas alternativas de estrutura organizacional, em que as habilidades de cada sujeito, a sabedoria para lidar com o poder, a valorização dos colaboradores no trabalho realizado de forma criativa e ousada, o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a visão da importância da qualificação refletem diretamente em todo o processo de trabalho e, conseqüentemente, na organização do serviço.

### **Estruturação dos Serviços de VISA**

Diante do processo de descentralização de ações e serviços de VISA atualmente, os municípios institucionalizaram a Coordenadoria de Vigilância em Saúde no organograma, sendo hierarquicamente ligada ao gestor de saúde. A inserção deste profissional representa uma forma de organizar e integrar as equipes de saúde, ou seja, uma nova forma de gestão e planejamento em saúde para operacionalização dos serviços de forma mais efetiva voltada para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Os resultados apontam que esta forma de organização favorece a divisão do trabalho e contribui para o desenvolvimento das atividades, visto que, nos demais municípios, um profissional coordena duas subáreas específicas como a VA e VISA, ou Vigilância em Saúde e VISA concomitantemente. Isso compromete as atribuições e funções do cargo ocupado, pois este profissional é o que executa e planeja as ações específicas.

Os achados deste estudo em relação à estrutura organizacional demonstraram diversidade entre os municípios pesquisados, que possuem cargos hierárquicos em seu organograma, com funções e atribuições cujos fatores são determinantes na

conformação de uma instituição e, de fato têm influenciado no processo de trabalho, no desenvolvimento das ações de forma efetiva e articulada.

Segundo De Seta e Lima (2006), a partir da compreensão do que são as organizações, mais especificamente, os serviços de VISA, podemos pensar em formas de intervir no seu funcionamento e forma de gestão. Ou seja, é a combinação de todos os recursos, sejam materiais, estruturais, humanos ou financeiros para a realização de um trabalho, com objetivos a serem alcançados, que, se não adequadamente considerados diante de sua especificidade, podem ter impacto negativo nas metas a serem alcançadas e no atendimento das demandas da população.

No entanto, deve-se considerar também a gestão de pessoas, indispensável para a existência da organização, e estas devem estar motivadas e ter competência para desenvolver ações específicas diante da complexidade em relação às ações de VISA, ou seja, necessitam ter perfil para atuar coerentemente em se tratando do serviço de VISA (SOUZA; STEIN, 2006).

Os resultados demonstraram que o fato de o organograma apresentar diferenças em relação ao nível hierárquico compromete o desenvolvimento e execução das ações em VISA. Devido ao cargo ocupado, o profissional com mais funções e atribuições em relação à coordenação e execução das ações percebe e relata as dificuldades para realização das ações de forma eficiente, dentro das metas planejadas. E, além da deficiência de recursos humanos, somam-se a deficiente estrutura física, legal/administrativa, materiais, equipamentos, veículos, falta de apoio administrativo ou legal, interferência política, capacitação de recursos humanos, financiamento, remuneração inadequada ao serviço prestado e, em alguns casos, a motivação deste profissional de saúde.

Portanto, a mudança no organograma proporciona uma forma de divisão do trabalho e favorece a reorganização do serviço (BARRETO, 2008). Segundo o elenco norteador das ações de VISA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), o serviço de VISA deve dispor de estrutura física, recursos materiais, estrutura legal, administrativo-operacional, gestão de pessoas e, mais recentemente, o fortalecimento da gestão como ações para estruturação e fortalecimento da gestão, conforme o Anexo I da Portaria nº 1.106/2010, que atualiza e regulamenta as transferências de recursos financeiros federais do componente de VISA do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de VISA.

Em relação à estrutura física, evidenciou-se em quatro (28,6%) municípios (B, I, L, M) a existência de local específico para VISA, porém somente um município (M), ao confrontar o discurso dos três grupos entrevistados, afirmou ser adequado, que a melhoria das condições de trabalho contribui para o desenvolvimento das atividades e que, na percepção destes, demonstra valorização enquanto profissional de saúde.

Os demais afirmaram haver deficiência quanto à estrutura física, sendo a sala compartilhada com outras vigilâncias ou com todas as áreas da Secretaria de Saúde. Aliado a essa precariedade estrutural, evidenciou-se que isso traz insatisfação no que se refere à privacidade no atendimento às denúncias e ao setor regulado. Observou-se ainda, a insuficiência de veículos e equipamentos específicos, como medidores de cloro, termômetros, disponibilidade de canais de comunicação via internet para consultas e obtenção das legislações atualizadas e instrumentos de trabalho impressos, entre outros. Tal fato compromete a execução das ações de VISA e foi apontado pelos grupos como sendo uma dificuldade na operacionalização das ações de VISA. Esses achados se assemelham à pesquisa realizada por Bastos, Costa e Castro (2009).

Além disso, a extensão territorial e áreas rurais, em alguns municípios pesquisados, é desfavorável para a estruturação do serviço de VISA, conforme relatado a seguir.

[...] estamos só aprendendo [...] tentando superar essas dificuldades, até mesmo porque nosso município é atípico, né? [...] trabalhar com essa vigilância [sanitária] com mais de três mil estradas vicinais, assentamentos agrários, distritos mais próximo a vinte quilômetros e o mais distante a duzentos e quarenta e seis, né? É complicado você fazer um trabalho realmente eficaz num município com extensão territorial tão grande [...].F1)

A precariedade estrutural faz com esse município execute um pequeno leque de ações. Tal realidade é compatível com os pressupostos encontrados na literatura (BARRETO, 2008; DE SETA; REIS, 2009).

### **Incorporação das especificidades locais e ações**

Sobre as especificidades locais, ressaltaram que a extensão territorial, a existência de assentamentos e os distritos geram dificuldades no desenvolvimento das ações. Para isso, acreditam que a integração das vigilâncias pode ser uma estratégia para realizar um trabalho eficaz na vigilância.

Quanto à estrutura administrativa técnico-operacional, os resultados do presente estudo apontaram que 11 (78,6%) dos municípios pesquisados (A, B, C, D, E, H, I, J, L, M, N) realizam o cadastro dos estabelecimentos e o mantêm atualizado. Contudo, foi identificado que nem todos os secretários de Saúde e coordenadores de Vigilância em saúde têm conhecimento sobre o quantitativo de estabelecimentos sujeitos à VISA. O cadastro, desde que atualizado, permite o planejamento das ações em termos de recursos financeiros, humanos, equipamentos, materiais e possibilita a intervenção nas áreas prioritárias para gerenciar os riscos sanitários. Tal fato coincide com os relatados em outros estudos (JULIANO; ASSIS, 2004; BARRETO, 2008).

Observou-se a inexistência de manual, de normas, de rotinas, de procedimentos técnicos, administrativos e fiscais, e de fluxograma instituído pela VISA municipal. Tais elementos facilitam a organização do setor administrativo, além de padronizarem as ações a serem executadas, as quais variam de acordo com o tipo de estabelecimento e entre um profissional e outro, não somente na forma de realizar as ações, mas também na postura perante as exigências da legislação vigente. A falta da padronização de ações pode influenciar negativamente na credibilidade e na qualidade do serviço executado (BASTOS; COSTA; CASTRO, 2009).

O elenco norteador<sup>21</sup> das ações de VISA preconiza que a estrutura administrativa contemple o cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA, um sistema de informação de interesse do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.

Quanto à estrutura legal/fiscal, os resultados do estudo apontaram que existe um instrumento legal de criação da VISA em todos os municípios pesquisados, com atribuições e funções definidas, e que a VISA está inserida no organograma das Secretarias de Saúde.

Os códigos sanitários e/ou de posturas viabilizam a utilização das legislações sanitárias federal e estadual, e todos contemplam a arrecadação de recursos com as ações da VISA. No entanto, o destino destes recursos para utilização para ações e estruturação dos serviços da VISA se encontram descritos em somente dois Códigos Sanitários municipais, os quais prevêem a destinação do recurso para um Fundo Especial de Serviços Sanitários. Em outro município, parte da arrecadação deve ser direcionada ao gabinete da VISA. Nos demais municípios, a destinação deve ser definida pela Secretaria Municipal de Saúde, para a administração municipal para o

---

21 Anexo I, Portaria n.º 1.106/2010.

Fundo Municipal. Conforme os resultados dos relatos, essa arrecadação é direcionada aos cofres públicos e não para as ações específicas de VISA, ou aplicadas na estruturação dos serviços das VISAs municipais.

Observou-se que, embora a legislação defina o julgamento em casos de instauração do processo administrativo, somente quatro (28,6%) municípios (B, E, I, M) utilizam o poder de polícia, por meio do auto de infração, visto que o profissional necessita de um suporte jurídico e apoio administrativo para o fortalecimento da autonomia do corpo técnico. Este deve se sentir respaldado nas decisões a serem tomadas, sobretudo quando realiza ações de apreensão, interdição ou lavraturas de auto de infração. Isso ocorre, mormente, por conta pressões por parte do setor regulado, que muitas vezes resultam em ameaças ou em intimidações, devido ao fato de as ações de VISA envolverem situações de natureza jurídica (BASTOS; CASTRO; COSTA, 2009).

Com a descentralização das ações de VISA, muitos municípios tiveram que ampliar seu quadro de recursos humanos como estratégia de organização do serviço. Os resultados demonstraram a existência de profissionais motivados, criativos e que buscam conhecimento, mas também de profissionais desmotivados pelas interferências políticas e pela falta de capacitação, a qual é necessária para a execução adequada das ações. Vale ressaltar o apoio administrativo deficiente, o número reduzido de profissionais e a baixa remuneração. Em boa parte dos municípios pesquisados, o profissional, além de coordenar a VISA, executa as ações.

Vários estudos (PIOVESAN et al., 2005; DE SETA; REIS, 2009) têm demonstrado que a composição deficiente de profissionais é um fator desfavorável em relação ao respaldo legal, principalmente em casos de denúncia/reclamação, em que a regulação sanitária a favor da saúde não se faz sem conflitos (COSTA, 2008, 2004; TEIXEIRA; COSTA, 2003; CORDEIRO, 2006; LEAL; TEIXEIRA, 2009). No entanto, inexistem qualquer norma que determine o número adequado para compor a equipe de VISA, o que representa um dos entraves no avanço da descentralização. Assim, esses profissionais devem ser prioritariamente admitidos, por meio de concursos públicos, evitando a rotatividade, além de problemas em relação à fé pública, visto que a VISA constitui uma área da saúde pública em que esses profissionais exercem o poder de polícia (COSTA; ROZENFELD, 2000; COSTA, 2008; COSTA, 2004; CORDEIRO, 2006; DE SETA, 2007; SOUZA; STEIN, 2008).

A categoria profissional é diversificada e há predominância de profissionais da VISA com escolaridade até o ensino médio e, conseqüentemente, baixo salário, diante

das atribuições e funções sob sua responsabilidade (SOUZA; STEIN, 2008). Soma-se a isso a inexistência de incentivo por produtividade e de PCCS (LEAL; TEIXEIRA, 2009). Quanto ao vínculo empregatício, há predomínio de estatutários municipais (09), seguidos de contratos (04) e estatutários federais (01). O contrato a forma que menos favorece a fixação do profissional, aliado à perda de investimento com capacitações (BARRETO, 2008) com a rotatividade do profissional.

Estudos no Brasil demonstram que, devido à diversidade de estabelecimentos sujeitos a VISA, há a necessidade de incorporação de vários saberes para realização de suas atividades (COSTA; SOUTO, 2001) e que, apesar da existência de profissionais capacitados, por meio de cursos oferecidos pelo nível estadual, muitos deles não se encontram no serviço atualmente.

Os entrevistados consideram necessárias as capacitações permanentes, para que possam acompanhar as rápidas mudanças nas legislações sanitárias, em decorrência da implantação de novas tecnologias. Aliado a isso, inexiste qualquer exigência, por parte da instituição, de socialização dos saberes e práticas adquiridas pelos profissionais antes de se ausentarem do serviço, como no caso de afastamento por motivos particulares, o que faz com o município fique sem profissional e não realize as ações de VISA. Ocorre, inclusive, a inserção de novos profissionais (COSTA, 2008; 2004; DE SETA, 2007; BARRETO, 2008) sem capacitação ou formação, como foi constatado em um dos municípios pesquisados (G).

A pesquisa demonstrou que a falta de capacitação é citada como responsável pela não-realização de muitas ações, o que dificulta o avanço do processo de descentralização das ações de VISA, conforme foi constatado nos relatos de secretários de Saúde e em outras pesquisas realizadas (COSTA, 2008; 2004; COEHN; MOURA; TOMAZELLI, 2004; JULIANO; ASSIS, 2004; PIOVESAN et al., 2005; GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; FERRARO, 2007; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; SILVA et al., 2007; BARRETO, 2008; BASTOS; COSTA; CASTRO, 2009; LEAL; TEIXEIRA, 2009).

Não se observou a existência de um plano de capacitação ou educação continuada, apesar de o código sanitário municipal, em alguns casos, prever a capacitação do profissional com a inserção deste no cargo ou ocupação, ou no caso de a instituição perceber a necessidade na atuação desse profissional. Essa questão, no entanto, tem gerado fragilidades no sentido de garantir serviços de qualidade, mediante a assunção das responsabilidades sanitárias. Assim, os entrevistados destacaram a

importância em relação à qualificação e à capacitação dos profissionais e relataram o fato de não existir uma política que contemple um plano de capacitação para o profissional ao ser inserido para realização das ações de VISA.

Considerando a territorialização, o município deve ser o maior interessado em participar das ações de VISA, mesmo que executadas pela esfera estadual (FERRARO, 2007). Observa-se que, devido às demandas de cada esfera, as ações são realizadas de forma desarticulada e fragmentada (PIOVESAN et al., 2005), embora existam relatos segundo os quais os profissionais vêm a importância em participar como forma de aprendizado, por meio da troca de experiências, além de se sentirem respaldados perante o setor regulado, com a presença da esfera estadual (BASTOS; CASTRO; COSTA, 2009).

Diante da necessidade de organização dos serviços de VISA frente ao processo de descentralização, nos municípios pesquisados observou-se que, em função de problemas estruturais, recursos humanos, capacitação, gerenciais, recursos financeiros e respaldo político administrativo, há prejuízos no desenvolvimento das atividades, e acabam por se resumirem a um pequeno leque de ações de VISA. Essas ações são sobretudo as inspeções em serviços de alimentação, supermercados, estabelecimentos de ensino e creches (merenda escolar), atendimento a denúncias (criação de animais), fossas a céu aberto, lixo doméstico, eventos festivos, dentre outros.

### **Ações de controle de risco sanitário (processo de trabalho)**

Os principais fatores que dificultam o processo de trabalho (COSTA, 2004; GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; SILVA et al., 2007; BASTOS; CASTRO; COSTA, 2009; FERRARO; COSTA; SILVA, 2009), conforme os relatos, estão atribuídos à carência de capacitações, de recursos financeiros, da falta ou insuficiência de veículos. Este último é um fator limitador, principalmente aos municípios que apresentam grande extensão territorial, área rural e existência de assentamentos e distritos.

As capacitações fornecem respaldo aos funcionários da VISA para execução de ações que utilizam do poder de polícia, como as interdições, apreensões e emissão de auto de infração que, por interferência política, embora previsto na legislação sanitária

municipal, acabam por aplicar somente notificações. Além disso, consideram que as ações de VISA de média e alta complexidade sejam de competência da esfera estadual.

A falta de capacitação adequada é um item citado com ênfase pelos gestores, inclusive em relação a sua própria inserção na Secretaria de Saúde para o pleno desenvolvimento de suas funções (SOUZA; STEIN, 2008).

Os veículos, em sua maioria, são compartilhados com outros setores da secretaria, o que compromete o desenvolvimento das atividades de VISA, causando a baixa resolutividade. A partilha de transporte com outros setores atrasa o serviço e, conseqüentemente, torna-se necessária a reprogramação das atividades quando são planejadas (E) ou limitam as ações em atendimento de demandas espontâneas advindas de reclamações e denúncias, inclusive do MP, conforme relatos de coordenadores de VISA. Em grande parte dos municípios, exceto A, B, C, J, M, suas ações correspondem a urgências: demanda espontânea, denúncias e demanda de operação e de informação de outros órgãos como MP, Câmara e, quando existe, da Ouvidoria.

[...] temos o menino [fiscal sanitário] que faz a vistoria, tem a engenheira que é responsável [coordenadora de vigilância em Saúde] para executar os laudos. Temos muitas reclamações, com alimento, terrenos baldios, criação de animais, exemplos: galinhas, porco dentro da cidade e também atuamos bastante na área de fiscalização para eventos. Começamos junto com a promotoria, tentando eliminar alguns problemas em que notificamos e as pessoas não regularizam. Então, estamos com parceria com o Ministério Público. Está havendo outra forma de punir para regularizar (N1)

Em alguns municípios, são realizadas ações nos serviços de saúde, medicamentos e cosméticos/saneantes, mas raramente são feitas em clínicas de estética, clubes recreativos, funerárias e rodoviárias, e quando existem, nos abatedouros. As ações de saúde do trabalhador, em alguns municípios, são realizadas juntamente com o nível central da SES.

Conforme mencionado, há divergências em relação aos dados dos coordenadores, exceto aos serviços alimentícios. Entre os dados divergentes, encontram-se aqueles estabelecimentos nos quais os profissionais não realizam as ações, ou que não existem no município ou vice-versa. Esses fatos demonstram a desarticulação das ações e a inexistência do planejamento como ferramenta de gerenciamento. Não há instrumentos como planilhas de programações e de ações em oito (57,1%) dos municípios pesquisados (A, C, E, G, I, K, M, N). Em um dos municípios (M) que possui o Plano de Ação de VISA, conforme relatos do coordenador de Vigilância em Saúde, os profissionais de VISA apresentam resistência em seguir

uma programação. Seis (42,9%) apresentaram um instrumento instituído pela VISA com as ações programadas e identificadas quanto ao tipo de estabelecimento, objeto e natureza da ação (B, D, F, H, J, L). E, dentre os seis municípios, três (21,4%) apresentam Plano de Ação de VISA (D, H, J).

Entre as ações que o município não realiza, as mais citadas foram saúde do trabalhador, farmácias, VIGIAR, VIGISOLO, serviços de saúde, instituições de longa permanência, tatuagem e *body piercing*. Alegam que tais ações não são realizadas em virtude da falta de capacitações, de recursos financeiros e humanos e de veículos disponíveis. Outra ação mencionada foi quanto ao laboratório de apoio para análises de água, solo (VIGISOLO), ar (VIGIAR), alimentos e peças anatômicas de animais para suspeita de raiva canina e leishmaniose visceral em cães, bem como capacitações referentes a esses temas, que foram pactuados na PAVS.

Vale ressaltar que o cadastro não é informatizado e o preenchimento dos dados é realizado manualmente, e que em muitos casos se encontram desatualizados. Não realizam o planejamento por meio de dados de indicadores epidemiológicos. Em relação ao quantitativo e tipos de estabelecimentos sujeitos à ação da VISA, são de conhecimento dos 11 profissionais dos municípios pesquisados – A, B, C, D, E, H, I, J, L, M, N (78,6%).

O conhecimento técnico relaciona-se ao perfil do profissional e a competência dele requerida, influenciando no processo de descentralização, tendo em vista a complexidade no processo de trabalho, que requer a ampliação do conhecimento técnico nas mais diversas áreas específicas (COSTA; ROZENFELD, 2000; COSTA, 2008; TEIXEIRA; COSTA, 2003; CORDEIRO, 2006; GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; DE SETA, 2007; BARRETO, 2008) dentro do universo de ações de VISA, pois a baixa qualificação reduz a efetividade das ações de VISA (BARRETO, 2008).

Os três grupos têm conhecimento sobre a missão e importância da VISA. Porém, em relação de polícia, não possuem conhecimento aprofundado, o que é desfavorável para a operacionalização das ações de VISA. Isso acaba por interferir no avanço do processo de descentralização em VISA e implementação do SUS.

[...] eu enquanto autoridade sanitária [...] até onde posso interferir nesse processo. Acho que essa é uma discussão que deveria ser promovida mais vezes perante o estado O poder que a gente tem porque nem os técnicos que estão aqui sabem do poder que eles têm para resolver as coisas. (M2)

Os depoimentos evidenciam que há elaboração e distribuição de materiais educativos, e que realizam divulgações de alertas sanitários, por meio de rádios e pelo *site* da prefeitura. Atividades educativas são realizadas com o setor regulado, e contemplam geralmente os manipuladores de alimentos, os salões de beleza e os ambulantes. Escolares e professores também são considerados público-alvo em tais atividades. Segundo os entrevistados, boa parte da população não tem conhecimento sobre a importância das ações da VISA.

Os entrevistados, no geral, falam sobre a importância das ações de VISA, mas reconhecem que pouco se tem avançado nesse aspecto, em virtude, principalmente, das deficiências estruturais. Contudo, esses profissionais, durante as inspeções sanitárias, têm priorizado a orientação, pois a veem como uma forma de sensibilização do setor regulado e da população. (TEIXEIRA; COSTA, 2003; COSTA, 2004).

### **Incorporação das especificidades locais e ações**

As especificidades locais, segundo relatos, são incorporadas na agenda de trabalho da Secretaria de Saúde a partir do planejamento anual integrado entre os vários setores da saúde. É considerada uma inovação da gestão em alguns municípios perante os desafios do processo de descentralização e a heterogeneidade local. Contudo, no que se refere ao planejamento das ações, execução, monitoramento e avaliação das ações, evidenciou-se que as metas pactuadas na PAVS e no Plano de Ação, quando existentes, norteiam as ações a serem executadas pela VISA, embora realizem outras ações não contidas na PAVS (BARRETO, 2008). Todavia, não utilizam o planejamento como instrumento para organização do serviço e avaliação. E quanto ao valor dos recursos financeiros necessários, não atualizam o cadastro de estabelecimentos e trabalham baseados em urgências.

Portanto, as ações de VISA são de demandas espontâneas, realizadas em atendimento às solicitações de alvarás sanitários e às reclamações e denúncias. Nos questionários aplicados, as rotinas prevalecem em alguns casos; já em outros, as ações são mais em atendimento à denúncia. Em consonância com a pesquisa realizada por Barreto (2008), muitas vezes há número insuficiente de veículos, de recursos humanos e até mesmo falta de combustível para a realização de algumas ações.

Para alguns dos coordenadores de VISA, este fato ocorre por não possuírem autonomia para decidir sobre a inclusão das necessidades locais, ou até mesmo por não

conhecerem o Pacto 2006, e acabam por ficar sob responsabilidade do prefeito e do secretário.

A elaboração do plano, segundo um relato, foi motivada pela necessidade do município em relação aos recursos financeiros e à organização dos serviços de VISA. No entanto, foi citado que sua elaboração ocorreu de certa forma por indução da esfera estadual e apresentou dificuldades no processo de elaboração por falta de capacitação e cooperação técnica do nível regional.

Em relação à Programação das PAVS, sete (50%) dos municípios pesquisados assumiram que não alcançaram as metas pactuadas da PAVS em relação a VISA no ano de 2009. Alegam que esse não alcance tem por base fatores estruturais, conforme já vimos.

A PAVS é um instrumento de planejamento anual para a definição de mínimo elenco norteador das ações de vigilância em saúde a serem operacionalizadas pelas esferas de governo e monitoradas e avaliadas, incluindo-as no relatório de gestão.

As ações de notificação, investigação e inspeção são realizadas de forma integrada com as vigilâncias epidemiológica e ambiental, ESF e em parceria com outros órgãos, como o MP e CMS. Além disso, há ações de intervenção com várias secretarias e entidades como Rotary Club, CDL, associações de bairro, entre outros. Para os profissionais, tais ações geram impacto positivo e facilitam sua atuação (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 2003; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2006; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; DE SETA; REIS, 2009; BASTOS; COSTA; CASTRO, 2009).

As ações inter e intrasetoriais de promoção à saúde, prevenção de riscos e agravos, observadas em outros estudos, permitem reorganizar o processo de trabalho construído com a sociedade, autoridades locais e profissionais de saúde, considerando as diferenças locorregionais. Têm por objetivo reduzir os riscos sanitários de forma efetiva em resposta às necessidades sociais em saúde (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007). Incorporam métodos, técnicas e instrumentos da epidemiologia, planejamento e organização das ações para enfrentamento das especificidades locais (PEPE et al., 2006).

Segundo a percepção de um entrevistado (C2), estas ações inter e intrasetoriais são desenvolvidas de forma pontual e incipiente, devido às próprias demandas das unidades e de outras secretarias, que têm interferido na frequência dessas ações integradas. Contudo, elas são avaliadas positivamente, por se tratar de uma equipe multiprofissional, que trabalha para atendimento das especificidades locais. Há,

portanto, a possibilidade de soluções criativas para os problemas de saúde (SOUZA; STEIN, 2008) e conhecimento sobre a associação entre os fatores de risco relacionados aos elementos sob controle da VISA (DE SETA; REIS, 2009,).

Garibotti e colaboradores (2006) apontaram que, embora a LOS tenha ampliado as responsabilidades da VISA em relação ao ambiente e saúde do trabalhador (ROZENFELD; COSTA, 2000; COSTA, 2004; LUCCHESI, 2006), sua mudança não implicou alteração no processo de trabalho, que permaneceu de forma desarticulada das demais áreas da saúde. Isso está em consonância com um dos depoimentos coletados:

[...] trabalho integrado é importante, não só dentro da saúde, mas com secretaria de obras, ação social, educação. Depois que surgiu esse trabalho integrado a gente não vê mais como voltar atrás e trabalhar sozinho. [...] A demanda no dia-a-dia [...] das unidades impede que tenha mais contato com a VISA, epidemiológica, saúde do trabalhador [...] Falta espaço e tempo para essa integração. Os outros setores, também estão ocupados com seus afazeres. Então é difícil você reunir todo mundo, mas o trabalho multiprofissional e intersetorial é muito mais produtivo. (C2)

Em relação às ações de controle de risco sanitários por meio do envio de amostras de água ou alimentos, observou-se que há maior frequência (78,6%) no controle de qualidade de água (A, B, C, D, E, G, I, J, K, M, N), mas dificuldades em relação aos municípios mais distantes e sem pavimentação asfáltica (D), pois para realizar a análise, não se deve exceder 24 horas. Um menor tempo (21,4%) é exigido em relação ao envio de alimentos (E, I, M). Muitas amostras não são coletadas por falta de material, de local apropriado para o acondicionamento e de transporte. Dois (14,3%) dos municípios pesquisados (F, N) não realizam a análise de água e alimentos, o que configura um fator que dificulta no gerenciamento do risco sanitário.

Segundo o elenco norteador, grupo II, as ações estratégicas para gerenciamento de risco sanitário devem contemplar as ações integrais de saúde e intersetoriais, bem como a coleta de amostras para análise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

## **Gestão**

Em relação ao Pacto de Saúde 2006, os gestores e coordenadores o avaliaram como positivo, mas com ressalvas devido à assunção de maiores responsabilidades sanitárias. Consideram que houve maior autonomia em relação aos recursos financeiros, permitindo o acompanhamento em relação aos gastos; no entanto, em alguns casos, houve necessidade de organizar os serviços com recursos humanos, veículos,

equipamentos – ou seja, maiores responsabilidades em relação a seu território e suas especificidades locais.

Quanto ao TCG houve relatos, por parte de coordenadores e gestores, sobre as dificuldades em relação à assunção dos compromissos sanitários pela gestão anterior, por desconhecimento e pela necessidade de capacitação, frente ao despreparo dos municípios no processo de descentralização.

Sobre a articulação técnica, político-administrativa dos municípios em relação a VISA estadual e ANVISA, quatro (28,6%) acreditam que a cooperação técnica por meio de capacitações podem conferir maior segurança e habilidades adquiridas através do estudo de casos e situações semelhantes (BASTOS; COSTA; CASTRO, 2009). As inspeções sanitárias regulares pela esfera estadual contribuem para o melhor entrosamento entre as esferas municipal e estadual e no desenvolvimento das atividades de VISA. Embora oito (57,1%) tenham considerado satisfatório, evidenciou-se a necessidade de maior acompanhamento e assessoria por parte do nível estadual (regional), que apresenta fragilidades estruturais semelhantes às dos municípios. Dois (14,3%) dos municípios pesquisados (C, G) relataram ter pouco contato com a VISA estadual (nível central). Nenhum contato com a ANVISA foi relatado pelos 14 coordenadores.

Diante desse assunto, o relato de um gestor (F1) chama atenção para a precariedade estrutural do órgão estadual, comparando-se o regional e o nível central. Isso demonstra uma tensão devido a cobranças em ações realizadas pela Regional de Saúde – ou seja, a descentralização apresenta pontos positivos em relação à autonomia, mas também negativos em relação aos conflitos entre as esferas de governo, gerados pelas dificuldades enfrentadas tanto pela esfera estadual como pela municipal.

[...] uma coisa que eu vejo na VISA [...] principalmente do Polo Regional de Sinop, os funcionários não tem [...] um lugar adequado para trabalhar, [...] materiais para trabalhar. O local é totalmente [...] inapropriado. Às vezes eles vêm aqui e fazem uma vistoria. Esta é a norma e o PRÓPRIO FISCALIZADOR, o próprio Escritório Regional de Sinop trabalha mais deficiente que nós mesmos! (F1)

A descentralização, conforme afirma Felicíssimo (1991), por meio da municipalização, tem o propósito de promover a democratização na saúde e a transferência de poder da esfera federal para a municipal. É uma estratégia utilizada para que, quem estivesse mais próximo dos problemas da população, proporcionasse maior resolutividade.

Segundo relatos dos gestores, o Pacto 2006 ainda é desconhecido, inclusive em relação à assunção da responsabilidade sanitária através do TCG, considerando a heterogeneidade local em relação à capacidade política, institucional e técnica dos estados e municípios (LIMA; BAPTISTA, 2006,) que necessitam do fortalecimento da capacidade gestora das três esferas. Assim, os gestores municipais, ao pactuarem através do TCG devem definir em quais prioridades relacionadas à Vigilância em Saúde serão aplicados os recursos.

Entre os componentes da Vigilância em Saúde, a VISA deve ser inserida nas ações cotidianas, baseando-se na análise da situação de saúde, através de um planejamento e programação das ações, como forma de organizar os serviços oferecidos à população, em conformidade com o SUS na promoção e proteção da saúde. No entanto, dentro deste mesmo grupo, o Pacto representou uma imposição, ou seja, para o processo de descentralização houve mecanismos de indução para que assumissem novas responsabilidades sem considerar a real necessidade desses municípios (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006). Nesse sentido, vale lembrar que, entre os municípios pesquisados, dois (14,3%) não assinaram o TCG e, portanto, nestes o Estado permanece como executor das ações antes consideradas de média e alta complexidade.

Assim, embora a descentralização das ações de VISA não seja vista como prioritária por muitos gestores de saúde (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006), ela vem avançando sobretudo em relação à forma de repasse de recursos financeiros e maior proximidade entre a gestão e o profissional de saúde, no que se refere ao apoio administrativo. O apoio administrativo e operacional, a partir da conscientização por parte do poder público, na percepção dos coordenadores, é essencial para o desenvolvimento das ações em VISA. Segundo os argumentos de Souza e Stein (2008), a gestão no processo de descentralização das ações de VISA depende da clareza dos gestores em relação às atribuições e de seu papel para incorporação de uma atitude de corresponsabilidade que garanta o direito à saúde da população.

[...] até a presente data, não tenho do que reclamar da secretaria de saúde. Todas as ações que são tomadas, a secretaria aprova. Tanto é que houve assuntos que a gente foi [...] convocado. A secretaria de saúde já sabia o que estava acontecendo sempre aprovou e nunca teve um olhar crítico sobre nossas ações e eu vejo como um avanço porque para quem começou a trabalhar na VISA onde qualquer apreensão que era realizada eu tinha que devolver o que eu apreendia. Mudou e evoluiu bastante, o secretário não desaprova mais o que a gente faz. (A3)

Foi evidenciado que, entre os municípios pesquisados, que existe apoio técnico-operacional do gestor municipal, com o fim de melhorar as condições de trabalho, pois favorecem o desenvolvimento das ações de VISA, conforme apontam os relatos do gestor e dos coordenadores de VS e VISA de um município (M1e M2).:

[...] disponibilizamos de prédio próprio, dois veículos estão à disposição da equipe para fazer as fiscalizações de rotina ou apreensões ou indo fiscalizar em forma de denúncia. (M1)

[...] pela estrutura física que a gente tinha e a que tem hoje, melhorou bastante, recursos humanos falta aumentar ainda, temos equipe de trabalho. O nosso PPA deu um salto de orçamento significativo, perto da forma como era vista a vigilância [sanitária] antes [...] (M2)

Entretanto, a importância em priorizar na agenda e a valorização pelas três esferas nem sempre são demonstradas na prática pelos gestores de saúde, segundo outro relato (F1). Tal fato está em conformidade com os achados de Garibotti; Hennington e Selli (2006), que relatam a percepção de total abandono do serviço, que fica à própria sorte, muitas vezes sem investimento de qualquer tipo.

[...] até para questão de saúde pública, realmente ela [VISA] é de suma importância, e infelizmente nem todos pensam dessa forma [...] Acho que nem o estado dá tanto valor para vigilância [...] Começando pelo estado, município, os três antes na verdade deviam dar uma olhada com outros olhos para vigilância. A vigilância nunca vem para [...] fiscalizar, multar, vem para ser parceira dos municípios, dos comerciantes, um dos órgãos mais importantes dentro do estado para preservação da saúde pública [...] (F1)

Na percepção dos grupos, há predomínio de uma visão de VISA, por parte dos entrevistados, voltada para a promoção e prevenção da saúde da população, sobretudo como órgão fiscalizador para a garantia de qualidade dos produtos e serviços prestados, conforme podemos constatar pelos depoimentos abaixo:

Quando fala VISA no primeiro momento, a gente pensa em saúde, qualidade de vida, em proteção à nossa população através do alimento, dos próprios produtos que são consumidos no dia-a-dia... (H1).

Ó VISA, na minha concepção vem toda a parte de organização, fiscalização dos estabelecimentos comerciais, de forma a garantir o pleno funcionamento, de acordo com as regulamentações e com as normas para que todos que tiverem acesso a esse estabelecimento, seja ele de qual forma for, tenha a garantia de que tudo aquilo que for prestado de serviço não trará nenhum prejuízo ou agravo à saúde. (M1)

Para cada um dos grupos, a concepção em relação à responsabilidade sanitária apresentou-se diversificada, sendo possível perceber o predomínio do desconhecimento sobre as diretrizes norteadoras do Pacto pela Saúde. Este só foi citado nos relatos em que os entrevistados tinham conhecimento sobre o tema, como o gestor e coordenador de Vigilância em Saúde. Segundo o *Manual de Direito Sanitário em Vigilância em Saúde* (2006, p. 110), a responsabilidade sanitária: [...] decorre das normas específicas de direito sanitário e é aplicada a todos os agentes públicos estatais e a todos os cidadãos que exerçam as atividades por ele reguladas.

A regionalização sanitária é vista como um grande avanço em relação às particularidades locais, considerando-se a extensão territorial dos municípios. Um dos gestores afirmou ter conhecimento da assistência e não da Vigilância em Saúde. A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, VIANA et al., 2008).

Eu não posso falar nada pra você sobre a regionalização solidária principalmente na questão da vigilância, eu não vou te responder isso [...] eu não sei (I1)

[...] foi um grande avanço. [...] Dos maiores passos que o SUS deu nesses dez anos, essa regionalização solidária. Infelizmente ainda tem alguns gestores que a ficha ainda não caiu, que na verdade não sabe o que é isso. Muitos estão olhando para o seu próprio umbigo, né? A gente tem reuniões do CGR, as capacitações de educação em saúde, educação permanente. Estão vendo essa regionalização. Temos muito a avançar nessa descentralização, o próprio município gerenciar o recurso foi um grande avanço também. Infelizmente são poucos secretários que conseguem gerir seu recurso, o próprio secretário de saúde é ordenador de despesa, né? E então, só avanço. Numa escada de dez degraus em cinco anos, subimos uns dois, faltam oito ainda para atingir. (F1)

[...] o começo de tudo deveria começar pela regionalização, discutir, planejar, se ajudar, muitos problemas são comuns a todos e as soluções também [...] resolver as ações em parceria, né? Um técnico de um município, um técnico de outro, um técnico do estado vai conseguir dar conta disso brigar pelos recursos juntos [...] (M2)

A cooperação técnica tem sido considerada uma forma de solidarização entre os entes, mas não tem sido frequente tanto por parte dos municípios quanto do Estado. Assm, com o objetivo de construir uma nova forma de gestão para organização dos serviços de VISA, o município de Lucas do Rio Verde organizou um Fórum Regional de VISA.

Os relatos evidenciam que a cooperação entre os entes é feita de forma isolada em atividades de capacitação, trocas de informação/experiências, além de inspeções

realizadas pela VISA estadual (regional e nível central), mas que necessita de maior entrosamento entre os municípios e o estado.

Na Vigilância em Saúde, a cooperação técnica entre municípios e o estado ocorre principalmente nas atividades de campanha de vacinação, nas reclamações e inspeções sanitárias geradas por denúncia sobre carnes clandestinas e intoxicação alimentar. Muitos municípios desconhecem que o estado pode executar inspeções sanitárias nos municípios.

A cooperação técnica entre estado e municípios é avaliada como insuficiente e condicionada à melhoria das condições de trabalho e estrutura, bem como a uma normatização que crie um fluxo amparado legalmente essa cooperação. Tal cooperação surge pela necessidade de se buscar conhecimento sobre fatos vivenciados no dia a dia e em relação às denúncias, por conta do processo de trabalho em VISA requerer a ampliação de conhecimentos nas diversas áreas específicas (COSTA, 2008; TEIXEIRA; COSTA, 2003; CORDEIRO, 2006). Nesse sentido, os entrevistados relatam:

[...] Existe cooperação entre os municípios, não tem nada normatizado, mas toda vez que a gente precisa da cooperação dos municípios todos ajudam, sim! Nas ações... a gente faz bastante trocas, [...] tem bom relacionamento com secretário.[...] A maioria dos municípios trocam informações [...] (A1)

[...]. Outros municípios já nos procuraram para que déssemos um treinamento porque eles não sabiam como fazer fiscalização, o que era VISA e a gente, colaborou. E com o estado, sempre que o estado pede colaboração é feito que nos é pedido. [...] passamos um treinamento de como fazer inspeção em estabelecimentos que comercializam alimentos, salão de beleza, hotéis, motéis. [...] E o estado sempre que a gente precisa, vai lá, conversa. O nosso problema maior é treinamento, né? Infelizmente, nisso aí o estado não tem nos ajudado, mas informações, esclarecimentos, isso aí sim, eles sempre fazem. (B3)

Geralmente com municípios vizinhos já nos procurou quando houve uma intoxicação alimentar [...] indo no local verificando que tipo de alimento estava naquele local para fazer uma análise em conjunto, questão da carne clandestina: de que forma tem que ser feito. As vigilâncias [...] vem trabalhando em conjunto, trocando experiências, para que possam ser aplicadas em cada município... (I3)

Entre os entraves à cooperação técnica-operacional entre ERS e municípios, estão os fatores de ordem hierárquica, em função da ingerência política por parte da diretoria da gestão anterior. Assim, por meio dos relatos, observou-se a necessidade de maior entrosamento e a presença da esfera estadual de forma mais constante para o avanço da descentralização em VISA. Os depoentes relatam isolamento institucional

(E3) em relação à área de saúde (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006), devido a problemas estruturais do serviço e por se encontrarem desmotivados.

[...] a gente vive muito isolado, né? Não existe muito contato, informações com a secretaria de saúde, ninguém traz informações para nós do Escritório Regional. É um problema que a gente tem que procurar sanar, mas até agora prevalece. Não temos buscado cooperação com nenhum município, se é um problema, um defeito. Acredito que esse defeito a gente tem né? Nós não temos procurado, mesmo porque não temos oportunidade de deslocamento. É um problema sério quando se fala em uma viagem, uma dificuldade danada. Nós não temos mesmo procurado cooperação, justamente pela dificuldade de locomoção [...] (E3)

Para o grupo de entrevistados, a análise em relação ao estímulo pelo CGR e CMS para a cooperação entre os municípios e o estado é que ambos não têm atuado de forma efetiva. A VISA não é valorizada diante da sua missão, não ocupa lugar de prioridade na agenda dos gestores de saúde, nem em reuniões do CGR e do CMS.

O CGR, conforme relato, tem sido utilizado somente para decisões imediatas e não como um espaço para cooperação entre gestores. Na percepção dos coordenadores, os relatos se diversificam pelo fato de desconhecerem a existência do CGR e sua função. No CMS raramente tem sido pauta de reunião, exceto quando existe um membro que pertence à VISA, ou quando a coordenação vê a importância de se articular com o CMS, sobretudo nas ações onde há interferência política.

[...] eu que senti a necessidade de passar para o Conselho porque até então, que foi instalado a vigilância [sanitária] nem um dia houve manifesto do Conselho. Sei que o Conselho é importante para todas as decisões da saúde, né? [...] Em nenhum momento a gente foi convidado, né? [...] Eu tenho muita vontade porque a população cobra. Eles acham que você pode resolver tudo, mas na verdade não é! Você depende de muitas coisas para conduzir a vigilância, né? Então daí foi a necessidade que me deu de SER CONVIDADA pelo Conselho [...] (K2)

O CGR foi instituído pelo Pacto pela Saúde, constituindo uma inovação em relação às atividades de cooperação técnica que o MS ofereceu à gestão do SUS para efetivação do Pacto, no eixo de ação da regionalização do Pacto de Gestão. É um espaço de pactuação em nível regional para o avanço e consolidação da descentralização e regionalização do SUS em atendimento aos seus princípios, objetivando fortalecer o controle social (BASTOS; COSTA; CASTRO, 2009; MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009) e a cooperação entre os gestores do SUS. Enfim, o CGR se configura numa instância para pactuação com o objetivo de organizar e solucionar demandas de diferentes interesses naquele território. É de fundamental importância a presença dos

secretários municipais de Saúde em reuniões no processo de responsabilidade compartilhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

### **Categoria Contexto local/atributos municipais**

Categoria operacional: Demográficos e socioeconômico

Variáveis: porte populacional e PIB *per capita*

As características ligadas ao grau de desenvolvimento, forma de urbanização, extensão territorial, socioeconômicos e culturais, políticos e dados funcionais/cargo interferem diretamente no risco de ocorrência das doenças e, conseqüentemente, o aumento de demandas de ações complexas a serem desenvolvidas em relação à VISA. As implantações de novas tecnologias em diversos setores produtivos e de prestação de serviços geram benefícios, mas também problemas decorrentes do processo produtivo (PEPE et al., 2006).

Os achados deste estudo demonstraram a existência da Lei Orgânica Municipal (LOM). Uma das atribuições do município no âmbito do SUS é a execução dos serviços de VISA e em consonância com o Código Sanitário e/ou de Posturas.

As práticas da VISA se alicerçam nos princípios que regem a administração pública. A regulação sanitária, em favor da saúde, não se faz sem conflitos de interesses econômicos, e para tanto requer um modelo articulado com as necessidades da população. O profissional deve agir com ética e responsabilidade para intervir estrategicamente nas diversas situações que se apresentam (COSTA, 2008, 2004; TEIXEIRA; COSTA, 2003; CORDEIRO, 2006).

Assim, ao analisar os resultados das intervenções da VISA e ações político-partidárias, segundo os relatos, na maioria dos municípios (B, D, E, F, G, H, K, M, N) as ações de VISA não prevalecem sobre as ações político-partidárias. Nos demais (A, C, L, I, J) há uma inversão, ou seja, uma reduzida autonomia para as ações de VISA, sendo o resultado similar a estudos como o de Barreto (2008), mediante ações onde se realiza o poder de polícia em interdições, apreensões ou multas, ficando o julgamento do processo a cargo da prefeitura na administração municipal do e secretário municipal de Saúde. Este fato pode vir a favorecer determinado setor regulado, principalmente quando o município se emancipa e precisa criar condições de atender às demandas, para que este não se mude para outro município, diminuindo, portanto, a arrecadação. Os

relatos apontam para um descrédito em relação às ações de VISA, caracterizando o clientelismo em alguns municípios pesquisados.

Este fato tem ocorrido por interferência política, devido ao desconhecimento sobre o processo administrativo sanitário, por falta de capacitação na área de assessoria jurídica. Aponta para a necessidade de um incremento em relação aos recursos financeiros e ao apoio do nível estadual ou federal nesse sentido.

A redução da autonomia da VISA interfere, portanto, diretamente no gerenciamento de riscos sanitários, constituindo um atributo que influencia no avanço do processo de descentralização de VISA, resultado que se assemelha a outros estudos como o de Juliano e Assis (2004) e Piovesan e colaboradores (2005).

De acordo com o relato, é possível perceber que os gestores referem que em situações críticas, o profissional deve realizar o que determina a lei (E1), porém os relatos da coordenação são divergentes (E3).

A partir do momento que você vai até o comerciante e você realmente não consegue chegar até ele, e de uma forma educada expor que ele tenha que modificar para que ele realmente possa atender bem daquilo que ele está oferecendo para os usuários. A vigilância tem que ser esclarecida no sentido de chegar, orientar de uma forma educativa, antes de você tomar qualquer medida de notificação, ou até mesmo de fechar. Tomamos muito cuidado nesse sentido, para que não vá de encontro às pessoas que estão fornecendo lá sejam medicamentos, de ordem alimentícia, para não sofrer em relação às pessoas com constrangimentos. Para isso, vamos com muita cautela e se por ventura tiver alguma coisa que continue da mesma forma, aí claro que tem que tomar medidas mais drásticas... (E1)

A vigilância, na verdade, deveria ser desvinculada totalmente dos municípios. Deveria ser um órgão autônomo, totalmente independente, sem vínculo nenhum com o município porque queira ou não a política influencia bastante dentro do trabalho nosso [...] existe aí interferências de políticas de vereadores e de pessoas influentes dentro da sociedade que atrapalham um pouco o trabalho e o bom andamento do serviço, né? [...](E3)

Vale ressaltar que, segundo o relato de um gestor, a existência de interferência da direção anterior da Regional de Saúde em relação à priorização e liberdade de atuação dos profissionais de VISA e as condições de trabalho para execução das atividades interferem na cooperação estadual e nas ações de inspeção em estabelecimentos existentes no seu município, prejudicam o credenciamento de serviços de saúde e causam conflitos entre a esfera estadual (principalmente regional) e municipal. Embora a maioria dos municípios tenha relatado boa relação entre as esferas,

ainda há pouco entrosamento e isolamento institucional, o que reforça a necessidade da cooperação e a coordenação pelo nível estadual (DE SETA, 2007).

Embora a ocupação do cargo da diretoria da regional seja de influência política, não houve qualquer relato de que os municípios tenham atendimento diferenciado em assuntos decisórios devido à interferência política da gestão. Relatam ser necessário que os interesses dos municípios da Microrregião Teles Pires em relação à política de saúde prevaleçam sobre os interesses particulares.

Como afirmam De Seta e Lima (2006), em toda organização existem vários tipos de poder, entre os quais a ocupação de cargos formais na hierarquia e as não-formais, que se encontram dispersas, dinâmicas e que dependem de diferentes interesses, como: ascensão profissional, deter poder, realizar um bom trabalho, atender s demandas da equipe ou interesses externos à organização, o que se torna um fator gerador de conflitos e um entrave no avanço da política de saúde.

Quanto às questões políticas, Souza (2004) apontou que as distribuições de partidos políticos que governam os municípios também refletem a heterogeneidade local, assim como instrumentos legais influenciam a institucionalização dos mesmos – a Lei Orgânica, por exemplo. Em relação aos modelos de gestão local, a autora baseia-se em três paradigmas associados ao tipo de partido político que governa o município, a saber: a busca de eficiência em prover os serviços públicos locais, mediante interesses ou cooperação entre grupos sociais; o estímulo às políticas participativas envolvendo alocação de recursos orçamentários, espaço para políticas locais pouco universais e formas diferenciadas de gestão.

O planejamento de ações, conforme o resultado observado, não é utilizado para o desenvolvimento das ações de VISA em 57,1% dos municípios pesquisados. O planejamento é uma ferramenta gerencial para organização dos serviços de VISA, de forma que sua prática se torne mais efetiva e sua ação mais resolutiva para a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde (DE SETA, 2006).

Para o entendimento sobre os dados observados nesta pesquisa, considerou-se necessário citar outros estudos acerca da descentralização, como o de Souza (2004), que analisou o sistema brasileiro de governança local em relação às mudanças ocorridas. A autora aponta a importância sobre o conhecimento detalhado das finanças públicas locais, pois os recursos da esfera municipal influenciam tanto na governança local como no provimento de serviços.

Os municípios apresentam um grau de heterogeneidade (LIMA; BAPTISTA, 2006; DE SETA, 2007), seja economicamente, em relação à sua extensão territorial e às diversidades sociodemográficas, assim como na distribuição dos recursos que normalmente é calculada por região, porte populacional (DE SETA, 2007), em que se verificam indicadores bem desiguais, inclusive dentro de uma mesma região. Essas diferenças podem ser observadas na Tabela 1.

Os municípios de pequeno porte, cuja arrecadação é menor, possuem a mesma atribuição de legislar, tributar bens e serviços e prover as ações de saúde pública (FLEURY, 2006; DE SETA; REIS, 2009). Portanto, mediante um novo instrumento legal – a LOM – foi ampliado o papel da esfera municipal com a exigência da CF de 1998 de que todos os municípios fossem regidos por Leis Orgânicas próprias. Aliado a todos os fatores que demonstram a heterogeneidade em uma dada região, existe ainda a forma como são direcionados os recursos financeiros, influenciando a capacidade fiscal e administrativa, além da distribuição dos partidos políticos nos diferentes municípios.

Apesar das desigualdades e heterogeneidade entre os municípios e os estados, o Brasil é um dos países mais descentralizados, e isso tem beneficiado vários municípios, além da transferência de recursos para o Fundo de Participação Municipal (FPM) como forma de compensação aos municípios de pequeno porte, com o objetivo de diminuir as desigualdades regionais. No entanto, o FPM ainda demonstra ser insuficiente.

No Brasil, a municipalização como forma de descentralização demonstrou a interdependência das esferas locais e centrais, mas gerou a fragmentação do poder político em alguns municípios e estados brasileiros.

A Microrregião Teles Pires, com base nos dados existentes, em relação ao provimento de serviços sociais públicos, mais especificamente o serviço de VISA, tem é incipiente em alguns municípios, e até inexistente ou isolada institucionalmente perante a população e a gestão. Em muitos casos, apesar de o município ter melhorado economicamente, tem sido considerado um provedor de trabalho para a população menos beneficiada, considerando as extensas áreas de plantações de grãos, e somente atendido às demandas de curto prazo voltadas a resultados imediatos. Isso significa que a descentralização não tem ocorrido de forma homogênea entre os municípios com vasta dimensão territorial, com desigualdades socioeconômicas, políticas, culturais e principalmente regionais (ARRETCHE, 1999; ABRUCIO, 2006) que interferem no processo de descentralização da saúde, e sobretudo da VISA, por se tratar de uma área que interage com os setores da economia.

Segundo Affonso (2000), as regiões menos desenvolvidas tendem a ter um baixo rendimento *per capita*. No entanto, ao analisarmos os atributos associados ao desenvolvimento econômico, nas regiões menos desenvolvidas, a identificação de regiões homogêneas não coincide com a divisão administrativa; da mesma forma, as regiões mais desenvolvidas também não são homogêneas, surgindo atributos em que o desenvolvimento é menor.

Entre os municípios pesquisados, embora o porte populacional seja menor, observou-se em alguns casos que, em termos econômicos, o PIB *per capita* e a renda *per capita* associados ao IDH se apresentaram elevados, possivelmente devido à própria atividade econômica. No entanto, no setor saúde, especificamente na VISA, as ações desenvolvidas, o grau de estruturação dos serviços e as metas pactuadas na PAVS demonstram-se incipiente. Isso evidencia que esse serviço não é considerado prioritário pelos diferentes atores que participam das arenas decisórias, inclusive em relação à forma de aplicação dos recursos disponíveis para as ações específicas e estruturação do serviço.

Portanto, ao analisar os resultados referentes ao contexto local e atributos municipais, observou-se que nos municípios onde o serviço de VISA se encontra inserido no organograma da Secretaria de Saúde, os gestores se articulam entre as esferas de governo e entre os atores que participam da arena decisória. Tendem a se organizar a partir da estruturação dos serviços no que se refere à estrutura física, legal, administrativa, técnica e operacional, gestão de pessoas, equipamentos, veículos, recursos financeiros através da alocação de recursos mediante projetos, e maior é sua capacidade de desenvolvimento das ações de VISA, como foi evidenciado em alguns dos municípios pesquisados.

Assim, os municípios de pequeno porte executam um pequeno leque de ações, raramente relacionados ao consumo de produtos e à prestação de serviços sujeitos a VISA, que se resumem a ações isoladas para atendimento de alerta sanitário, ou não as executam. Suas ações, conforme apontam os achados, correspondem às urgências, às demandas espontâneas, às solicitações de outros órgãos, como o MP, e à ouvidoria. O porte populacional, o nível de atividade econômica e a dimensão da área urbana influenciam quanto à estruturação do serviço de VISA e sua atuação, inclusive em relação ao alcance das metas pactuadas na PAVS e à implementação do Plano de Ação de VISA.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização, como valor positivo, tem sido associada ao processo de redemocratização, à redistribuição do poder político mediante pressões. Ela é tida, também, como facilitadora da participação popular. Mas, de modo geral, a descentralização tem sido entendida como a repartição ou transferência de recursos financeiros federais para as esferas subnacionais. Sua efetivação significa a gestão e a realização de ações descentralizadas, a estruturação dos serviços antes existentes, bem como a repartição de recursos financeiros.

As atividades preventivas foram priorizadas no texto da CF de 1988, ampliando o campo de atuação do SUS em relação à VISA e à Epidemiológica.

Neste estudo, enfoca-se a descentralização, não como possibilidade de construção do componente municipal do SNVS. Parte-se da concepção de que a VISA deve agir de forma abrangente territorialmente, coordenada e cooperativa – ou seja, construir um sistema que permita a existência de componentes interdependentes, desiguais e complementares com capacidade de realização de certas funções (DE SETA; REIS, 2009). Uma delas é a ação coordenada e ágil para a redução de riscos, prevenção e promoção da saúde da população.

O estudo assumiu como pressupostos algumas assertivas encontradas na literatura: (1) a descentralização das políticas sociais em regimes federativos ocorre na dependência de um cálculo estratégico realizado pela esfera municipal; (2) esse cálculo é influenciado também pela capacidade do município em prover sua população com bens que tenham bom nível de segurança e qualidade; pela natureza da atividade a descentralizar e dos requerimentos técnicos, funcionais e políticos; pela obrigatoriedade de sua execução.

Os dados da pesquisa não refutam esses pressupostos iniciais, mas lançam algumas dúvidas quanto ao cálculo estratégico realizado pela esfera municipal para assumir a descentralização das ações de VISA, tal como aparece nas falas:

[...] veio assim [...] GOELA ABAIXO! [...] foi descentralizado não só algumas ações, mas em geral do município, mas não houve uma capacitação, porque os técnicos não estão acostumados a fazer, né? A baixa e algumas médias, e não foi treinado talvez pela regional ou Central, dizendo que forma que teríamos que atuar porque a vigilância depende muito de legislação. Não adianta a pessoa ter formação superior, se ela não for capacitada para fazer ação de VISA, pode responder processo administrativo, juridicamente, até mesmo pela prefeitura, perder seu emprego se ela não tiver base de que forma que tem que agir da forma da lei, né? Para ser aplicada aquela lei! Tem que usar o bom senso, verificar

a legislação, de que forma que tem que ser aplicado e tendo prazo para ser cumprido, né? (I3)

Também nesse sentido, a obrigatoriedade legal não pareceu ter influenciado até hoje a assunção desse grupo de ações. A obrigatoriedade legal de execução de ações de VISA é para o SUS uma construção federativa. Deve-se refletir sobre a possibilidade concreta de ela ser transposta para a totalidade dos municípios, pelo menos aqueles abrangidos pelo estudo.

Os achados deste estudo apontam que, independentemente da iniciativa dos gestores locais, a disponibilidade de recursos para a transferência de responsabilidades é necessária para que estados e União exerçam seu papel de coordenador de forma efetiva, que corresponda às responsabilidades e capacidade dos governos locais. Esses resultados se assemelham ao estudo realizado por Affonso (2000).

Existe, ainda, a necessidade do planejamento, de programações das ações intervindo de forma ágil e efetiva de acordo com as especificidades locais. Esses resultados confirmam que, nos municípios de pequeno porte, os serviços de VISA encontram-se realizando pequena parte de ações de controle de riscos à saúde e raramente relacionados ao consumo de produtos e à prestação de serviços, e em grande parte são realizadas por demandas espontâneas de solicitação do setor regulado ou ações emergenciais.

De acordo com os resultados desta pesquisa, fatores como a integração da VISA com as áreas de saúde, a parceria com outros órgãos, a cooperação técnica horizontal e vertical, a participação no CGR, nos CMS e as atividades educativas com a população contribuem para o fortalecimento das ações de VISA e das relações intergovernamentais, que ainda são incipientes, e para a existência de políticas prévias de serviços locais de VISA, realizadas de forma fragmentada e desarticulada na maioria dos municípios pesquisados. Entre esses fatores, a cooperação técnico-operacional, ou seja, a relação entre as esferas estadual (regional e nível central) e a esfera municipal, precisa ser fortalecida.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para superar algumas lacunas de conhecimento em relação a um conjunto de municípios de uma microrregião, cujos estudos parecem ser inexistentes, identificando as lacunas nas ações de VISA que necessitam se relacionar de maneira mais efetiva e articulada tanto no plano vertical como no horizontal e em relação aos outros serviços do sistema de saúde no Estado de

Mato Grosso. Assim, será criado um espaço de experimentação e de propostas coerentes com a realidade para a gestão no gerenciamento de riscos sanitários a partir da compreensão sobre os limites e possibilidades de estruturação e organização dos serviços de VISA em conformidade com o SUS. A integralidade da atenção à saúde será alcançada considerando-se a territorialidade, as especificidades locais e a heterogeneidade da condição socioeconômica e a situação sanitária.

Os achados da pesquisa, em conformidade com Silva e Mendes (2004), apontam a necessidade da construção da regionalização solidária através de mecanismos de cooperação entre os entes federados – inclusive entre os municípios com o Pacto 2006 – e coordenação efetiva da esfera federal. Os depoentes ressaltam a necessidade de revisão do financiamento, devendo ser considerados a heterogeneidade estrutural, a extensão territorial, o nível de urbanização, a atividade econômica e o porte populacional. Há ainda a necessidade de proporcionar a estruturação e organização dos serviços de VISA na esfera estadual, principalmente no nível regional; fortalecer o CGR; de se ter um CMS com participação ativa da VISA em arenas decisórias e a intensificar ações educativas integradas com a área de saúde e outros órgãos junto à população.

Portanto, buscando responder à indagação “qual o grau de descentralização da VISA em Mato Grosso na Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso?”, a pesquisa demonstrou a necessidade de uma proposta efetiva para que este ente tenha capacidade de executar novas funções (DE SETA, 2007). Ou seja, tenha capacidade de gestão para assunção de responsabilidades políticas e sociais de forma independente e com autonomia, cuja modalidade de gestão corresponda às ações de VISA a serem desenvolvidas pela esfera municipal.

A existência de uma Coordenadoria de Vigilância em Saúde em 50% dos municípios (A, C, G, H, K, M, N) modifica ou não a situação do serviço? – ou seja, é mais estruturado, fazem mais ações?

Em um dos relatos, percebe-se que os municípios têm reproduzido a mesma estrutura do nível federal (Vigilância em Saúde) na organização dos serviços, contribuindo para menos para sua estruturação e a mais para aquisição de mais recursos:

Deveria ter mudado bem mais ainda estamos bem devagar única coisa que nós conseguimos foi por um coordenador, mas que não está conseguindo fazer um trabalho legal até por falta de conhecimento, de treinamento. É uma área ainda esquecida nos municípios. A vigilância todas elas é uma área bem precária nesse sentido, [...] precisamos de mais pessoas na área

de vigilância e treinadas e isso é que dificulta mais. Pelo menos agora, depois do pacto se começou a ver essa área porque antes nem se via, era bem esquecidinha mesmo! Cada um fazia seu servicinho ali, não incomodava os outros e estava bom [...] tinha porque era obrigado ter. (L1)

Com o pacto em partes melhorou bastante, que a gente recebe [...] a mais. Só que também os compromissos foram maiores. Temos que ter consciência que o município tem que resolver os seus problemas e não depende mais dos outros, então é difícil, que nós mesmo recebendo alguma ajuda a mais, ainda falta um pouco mais de incentivo. (N1).

A integração das vigilâncias, vista como positiva por um dos secretários, por vezes pareceu ser uma estratégia para a escassez de pessoal. Então, sobre esse trabalhador, se espera uma polivalência, tal como aparece na seguinte fala:

[...] as vigilâncias têm que ser integradas, tem realmente saber [...], ter o conhecimento e [...] nós estamos agora também com uma pessoa responsável pra poder gerenciar essas vigilâncias. Eu vejo que é muito importante você ter profissionais que possam fazer ações múltiplas...” (H1)

As dificuldades podem ser sintetizadas na fala dos gestores em relação aos recursos financeiros para contratação de funcionários, equipamentos e outros investimentos:

[...] a maior dificuldade é o financiamento que existe para VISA que é mínimo, né? A gente recebe seiscentos reais por mês pra trabalhar com VISA. É uma área esquecida no município, que não tem como investir, porque se você não tem o financiamento adequado para aquilo você não melhora. Como que você vai contratar um profissional de nível superior com seiscentos reais por mês? Para a área de vigilância. (L1)

[...] nós precisamos ter mais funcionários trabalhando nessa área, equipar as pessoas para estar trabalhando, capacitar, né? (A1)

Percebe-se a dificuldade de se identificar a cooperação relativa à VISA entre os municípios da microrregião, sendo o que se sobressai é a “troca de experiências”:

A gente troca experiências, né? Às vezes acontece alguma coisa aqui, [...] surtos de diarreias, essas coisas é a epidemiológica [...] às vezes quando a gente tem alguma dificuldade liga para os municípios mais próximos para ver se ele também vivenciou ou não, para ajudar a sanar as dúvidas. E em relação a projetos também a gente vê com outros municípios [...] e aí acaba ajudando e recebendo ajuda tanto dos municípios vizinhos quanto da Regional, né?(G2)

E a cooperação entre a Regional e os municípios é vista como acompanhamento, por parte de uma estrutura também precária, que é a própria Regional. Ressalta-se, no entanto, também a necessidade de atuação do estado e da esfera federal.

Quando falamos da responsabilidade tanto do governo do estado e também das ações federais que tem que ser desenvolvidas. E não só nos grandes centros, tem que ser desenvolvidas nos municípios pequenos também, porque nós entendemos que o estado de Mato Grosso é um estado muito grande. A equipe de saúde de vigilância tem um território muito grande para poder andar, fazer o acompanhamento. Não podemos entender que a região Norte, com o Escritório Regional em Sinop não possa atender [os municípios da] regional, se faltam profissionais, tem que ser investido um pouco mais para fazer esse acompanhamento, estar mais próximo, porque tem ações que a gente realmente depende de um profissional de nível superior com conhecimento para poder dar suporte nos municípios. (H1)

O desconhecimento dos gestores e coordenadores sobre o Pacto de Gestão 2006 e do CGR foi patente:

Acho que agora está caindo a ficha. Assim que a responsabilidade do município ficou maior e que vai ter que qualificar, vai ter que investir em recursos humanos. Pelo que o município hoje tem é, não oferece muitas condições de ampliar o serviço, por exemplo, só tem um técnico, não tem toda aquela equipe pra estar atuando. (C2)

[...] Pacto que até hoje o Pacto pra todo mundo é uma incógnita ainda, né? Existe uma interrogação lá no final do túnel, ainda que é na verdade, nem o estado sabe, nem a União sabe realmente o teor do Pacto pela Vida, pela Saúde. (F1)

Eu acredito que os municípios não estavam preparados pra receber tamanha responsabilidade de uma hora pra outra, deveria ter sido o gestor da época que assinou, que deveria estar pensando muito bem na questão de assinar o Pacto, porque as responsabilidades são grandes. E o município não tem condições, não só humanas como financeiras pra arcar com tudo aquilo que está dentro do Pacto. (I1)

[...] esse colegiado eu não tenho conhecimento dele, de sua atuação até porque [...] a VISA municipal até o momento não foi convidada pra reunião do colegiado. (A3)

Buscando responder à “qual o grau de descentralização da VISA em Mato Grosso na Microrregião Teles Pires, em Mato Grosso?”, a pesquisa demonstrou a necessidade de uma proposta efetiva para que este ente tenha capacidade de executar as novas funções (DE SETA, 2007).

Em resumo, pode-se dizer que houve avanço, mas que ainda é incipiente essa descentralização, se analisada do ponto de vista da realização descentralizada de ações típicas de estado com o uso do poder de polícia. Aparecem os avanços, mas talvez em ritmo muito mais lento que a assinatura dos TCGs e da elaboração do plano de ação.

Embora o estudo não tenha se pretendido avaliativo, perceberam-se avanços, mais na estruturação física dos serviços do que na sua funcionalidade. Indica, ainda a

necessidade de realizar outros estudos, de forma a aprofundar a realidade dos municípios.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. G. (Org.). **O Estado numa era de reformas: Os anos FHC - Parte 2**. Brasília: MP/SEGES, 2002, p. 143-246.

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 77-126.

AFFONSO, R. B. A. **Descentralização, desenvolvimento local e crise da federação no Brasil**. Santiago do Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2000.

ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Novos rumos da Regionalização da Saúde: o complexo Regional da saúde no estado de São Paulo/Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

ARRETCHE, Marta T. S. Federalismo e Políticas sociais no Brasil problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n.2, p17-26, abr./jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

\_\_\_\_\_. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun., 1999.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. Instrumentos para diagnóstico sócio sanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F (Org). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPAJV/Fiocruz, 2007.

BARRETO, R. L. **Descentralização das ações de Vigilância Sanitária: Impasses e desafios da sua implementação em Municípios baianos**. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração). Universidade Federal da Bahia: Salvador. 2008.

BASTOS, A. A.; COSTA, E. A.; CASTRO, L. L. C. Fatores facilitadores e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador-Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3514](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3514)>. Acesso em: 31 mar. 2010.

BRASIL. **Avaliação e Controle de Sistemas**. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária 2004**. Brasília: Ministério da Saúde/Anvisa, 2005a. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2004/231104\\_8.htm](http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2004/231104_8.htm)>. Acesso em 02 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. **Colegiado de Gestão regional na região de saúde interestadual: orientações para organização e funcionamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal/ Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

\_\_\_\_\_. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Gestão do trabalho na Saúde.** Brasília: CONASS, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Gestão Municipal de Saúde:** textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Guia de orientações para a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária,** 2007c. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/descentralizacao/guia\\_plano\\_acao.pdf](http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/descentralizacao/guia_plano_acao.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 12 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. 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] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 31 dez. 1990c. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 27 jan. 1999a. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/9782-99.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0204\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0204_M.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. **Manual de gestão da vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica 1/93 – NOB 1/93.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **NOB-SUS 01/96:** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional de Assistência à Saúde de 26 de Janeiro de 2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jan. 2007d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002a.** Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 12 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2002b.** Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-29-2006-03-30-698>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2002c.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.052GM/MS, de 08 de maio de 2007.** Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2007e.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1.106, de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 mai 2010. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1106\\_12\\_05\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1106_12_05_2010.html). Acesso em: 03 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.785, de 10 de setembro de 2003.** Habilitar os Municípios dos Estados do Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, conforme o anexo desta Portaria, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada e publicar os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa do Piso da Atenção Básica- Ampliada - PAB-A. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1785.htm>. Acesso em: 23 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.998, de 21 de agosto de 2007.** Dispõe sobre o repasse de recurso financeiro para execução das ações de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007f.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.428, de 30 de dezembro de 2002d.** Habilita os municípios do Estado de Paraíba, São Paulo, Pernambuco, Bahia, Mato Grosso e Ceará, conforme o anexo desta portaria, na condição plena da atenção básica - ampliada e publica os respectivos valores financeiros relativos a parte fixa do Piso da Atenção Básica- Ampliada - PAB-A. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2428.htm>. Acesso em: 23 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 65, 23 dez. 2009c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252\\_22\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html). Acesso em: 21 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 3.271, de 27 de dezembro de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados aos Laboratórios de Saúde Pública para a execução das ações de vigilância sanitária, na forma do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 110, 28 dez. 2007g.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS n. 18, de 21 de janeiro de 1999. Inclui os componentes de Tipo de Prestador, Tipo de Atendimento e Grupo de Atendimento associados aos respectivos procedimentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 18, 28 jan. 1999d. Disponível em: <http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=14946&word=>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

CASTANHAR, J. C. Arranjos produtivos locais como estratégia de interiorização da atividade econômica, com dinamismo e redução das desigualdades. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 329-372.

COEHN, M. M.; MOURA, M. L. O.; TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.7, n. 3, p. 290-301, set. 2004.

CORDEIRO, R. G. F. et al. Poder de Polícia e as ações de Vigilância Sanitária. **Integração**, n. 45, p. 161-169, abr. mai. jun. 2006.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. 358 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária**: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 77-90.

\_\_\_\_\_. **Vigilância Sanitária**: Proteção e Defesa da Saúde. 2ª. Edição Aumentada. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

\_\_\_\_\_; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 15-40.

\_\_\_\_\_; SOUTO, A. C. Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 91-107, 2001.

COUTINHO, C. P.; CHAVES, J. H. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 15, n. 1, p. 221-243, 2002.

CZERESNIA, D. Risco Epidemiológico e Vigilância Sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária**: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 125-134.

DALLARI, S. G. Direito Sanitário. In: BRASIL. **Direito sanitário e saúde pública** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 39-61.

DE SETA, M. H. **A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. 2007. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. A Vigilância Sanitária e o Pacto 2006: qual futuro? In: \_\_\_\_\_, Pepe, V. L. E.; O'Dwyer, G. (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 277-283.

\_\_\_\_\_. **Planejamento e Programação como instrumentos de Gestão** In: \_\_\_\_\_, Pepe, V. L. E.; O'Dwyer, G. (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 167-193.

\_\_\_\_\_; LIMA, S. M. L. Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da Vigilância Sanitária. In: \_\_\_\_\_; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G.(Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_; REIS, L. G. R. As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e serviços de saúde. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Org). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 201-329.

\_\_\_\_\_; SILVA, J. A. A. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: \_\_\_\_\_, Pepe, V. L. E.; O'Dwyer, G. (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 195-217.

EDUARDO, M. B. P. **Vigilância Sanitária**, volume 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

FELICÍSSIMO, J. R. Descentralização e Regionalização Político-Administrativa. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 5, n.4, p. 60-72, out.dez. 1991.

FERRARO, A. H. A. **Imagem-Objetivo para descentralização da Vigilância Sanitária no município**. 102 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia: Salvador. 2007.

\_\_\_\_\_; COSTA, E. A.; SILVA, L. M. V. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, out. 2009.

FIORI, J. L. **O federalismo frente ao desafio da globalização**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995.

FLEURY, S. Democracia, descentralização e desenvolvimento. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 23-75.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, fev. 2009.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A Contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, mai. 2006.

GIL, A. C. **Estudo de caso**: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados e como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2008

\_\_\_\_\_. **Estudo de caso**: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados e como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia**, v. 2, n. 3, p. 35-46, dez. 2006.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto alegre: Artmed, 2009.

GOLDIM, J. A. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GUILAM, M. C.; CASTIEL, L. D. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.

GUIMARÃES, L.; GUERRERO, E. Oficinas microrregionais de ações de saúde coletiva: rumo à integralidade da atenção. In: MATO GROSSO. **A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002. p. 271-282.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan. 2000.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 493-505, abr. mai. jun. 2004.

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador – BA, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 167-79, jul. ago. set. 2009.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Política e Gestão da Saúde no Brasil. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 89-110.

LIMA, L. C. W. ANVISA: enfim um projeto político-institucional para a Vigilância Sanitária? **Revista Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 9-23, nov. 2001.

LUCCHESI, Geraldo. **A Vigilância no Sistema Único de Saúde**. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 111-131.

\_\_\_\_\_. **Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. Brasília: Anvisa, 2008.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Administração na área de saúde – uma perspectiva para gestores municipais. In: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. (Orgs.). **Planejamento e Gestão em Saúde**. Cadernos de Saúde; 2. Belo Horizonte, COOPMED, 1998. p. 77-183.

MARANGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E. A. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 457-79, mar. abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Vigilância Sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3587-3601, nov. 2010.

MARTINS, E. C. **A influência do sistema de educação corporativa no desenvolvimento das competências no programa trainee**: um estudo de caso em uma organização do setor químico. 164 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo: São Paulo. 2008.

MATO GROSSO. **A regionalização da saúde em Mato Grosso**: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES/MT, 2002.

\_\_\_\_\_. **Caderno do Gestor Municipal de Saúde de Mato Grosso**. Cuiabá: SES, 2001.

\_\_\_\_\_. **Decreto Estadual nº 7.442 de 12 de abril de 2006**. Dispõe sobre a configuração dos 16 (dezesesseis) Escritórios Regionais de Saúde nas 14(quatorze) Microrregiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.110 de 12 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva no Estado de Mato Grosso e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Municipalização da Vigilância Sanitária de Mato Grosso**. Cuiabá: SES, 2001.

\_\_\_\_\_. **Oficina de identificação do perfil de competências dos profissionais de VISA do estado de Mato Grosso**. Mato Grosso: SES, 2008.

\_\_\_\_\_. **Plano diretor de regionalização de assistência à saúde - PDR**. Cuiabá, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_mt\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_mt_completo.pdf). Acesso 04 jul 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde: 2000 - 2003**. Cuiabá: SES, 2000.

\_\_\_\_\_. **Rede de atenção à saúde no SUS**. Oficinas de Planificação da atenção primária à saúde em Mato Grosso. CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução CIB nº. 017 de 17 de abril de 2008**. Dispõe sobre os Termos de compromisso de Gestão Municipal de Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera do Estado de Mato Grosso.

\_\_\_\_\_. **Resolução da CIB nº. 092 de 20 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre os critérios para a transferência do Piso Estratégico de Vigilância Sanitária para os municípios do Estado de Mato Grosso.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MISOCZKY, M.C.A. **A Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das relações entre as esferas de governo da Federação**, 2001.

Disponível em: <http://pdgsaude.ea.ufrgs.br/principal.htm> Acesso em 29 mai 2010.

MÜLLER NETO, J. S.; LOTUFO, M. Política e regionalização da saúde em Mato Grosso: aspectos históricos, conceituais, metodológicos e perspectivas. In: MATO GROSSO. **A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002. p. 13-25.

NOGUEIRA TOFANI, L. F.; CARPINTÉRO, M. C. C.; BRUNO, V. R. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 22-25, 2009.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. de F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

OLIVEIRA, M. S.; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, abr. 2009.

PAIM, J. P. A reforma sanitária e a municipalização. **Revista Saúde & Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PARADA, R. **Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro**. 2002. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PEPE, V. L. E. et al. Avaliação em Saúde e Vigilância Sanitária: conceitos, estratégias e metodologias. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 251-276.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PIOVESAN, M. F. et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

REQUEJO, F. Democracia, Descentralização e Pluralismo Cultural: o caso do “Estado das autonomias” espanholas. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 267-302.

RIBEIRO, A. B. Noções Básicas de direito Administrativo para a gestão. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 153-166.

RODDEN, J. Federalismo e Descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 9-27, jun. 2005.

ROMIO, M. K. M. **Análise das competências gerenciais requeridas para o desenvolvimento da assistência farmacêutica da Secretaria Municipal de Cuiabá**. 178 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2004.

ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

RONDINELLI, D. A. *et. al.* **Decentralization in developing countries: a review of recent experience**. Washington: The World Bank, 1986.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. A.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, Nov. 2009.

SILVA, L. M. V. *et. al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro\\_marcus\\_pestana.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf). Acesso em 09 fev. 2010.

SOUZA, J. A sociologia dual de Roberto Da Matta: descobrindo nossos mistérios ou sistematizando nossos auto-enganos? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.16, n.45, fev. 2001.

SOUZA, J.; STEIN, A. T. Vigilância Sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2225-2238, 2008.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização da Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.44, n. 3, p. 513-560, 2001.

\_\_\_\_\_. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

\_\_\_\_\_. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

SOUTO, A. C. **Saúde e Política: a vigilância Sanitária no Brasil 1976-1994**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. **Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Concepções, Estratégias e Práticas**, 2003.

Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin\\_20.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf). Acesso em 14 de Mai. 2008. Acesso em: 25 ago 2010.

\_\_\_\_\_; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L.. SUS: modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 2, n. 2, abr./jun. 1998.

\_\_\_\_\_; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2000.

VIANA, A. L. A. et al. Novas perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan-jun. 2008.

\_\_\_\_\_; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

WALLACE, L. S. *et. al.* Development and Content Validation of Family Practice Residency Recruitment Questionnaires. **FamMed**, v. 35, n. 7, p. 496-498, jul. aug. 2003.

YIN, Robert. **Case Study Research: Design and Methods**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICES

## **Apêndice 1: Protocolo para Estudo de Caso**

### **I. Visão Geral**

#### **A. Título:**

Descentralização da Vigilância Sanitária: uma análise dos serviços no contexto da municipalidade na Microrregião Teles Pires, Mato Grosso.

#### **B. Hipóteses de trabalho**

- O porte populacional, a área territorial urbana e o nível de atividade econômica influenciam positivamente a estruturação do serviço municipal de vigilância. Ou seja, quanto maiores o porte populacional, a área urbana e o nível de atividade econômica, maior tende a ser a estruturação do serviço e mais atuante a vigilância sanitária local, no tocante ao conteúdo fiscal de sua ação.
- Nos municípios de pequeno tamanho, o serviço de vigilância sanitária realiza um pequeno leque de ações de controle dos riscos à saúde, mormente os relacionados ao consumo de produtos e à prestação de serviços sujeitos à vigilância sanitária.
- O conteúdo e o grau de implementação das ações do Plano de Ação de VISA, bem como o cumprimento das metas da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) por parte dos municípios demonstram o nível de estruturação das vigilâncias municipais.
- Das três esferas de governo, é a vigilância sanitária municipal a que mais frequentemente apresenta precariedade estrutural e funcional. Em grande parte, suas ações correspondem a urgências: demanda espontânea, denúncias e demanda de operação e de informação de outros órgãos como Ministério Público, Câmara e, quando existe, da Ouvidoria.

#### **C. Objetivos do Estudo**

- **Objetivo Geral:** Analisar as vigilâncias sanitárias municipais da Microrregião Teles Pires, no contexto da municipalidade e de seus atributos, sob a ótica da descentralização.

- **Objetivos Específicos:**

- ✓ Caracterizar as vigilâncias sanitárias municipais da Microrregião Teles Pires com relação aos aspectos estruturais, ao processo de trabalho, de gestão;
- ✓ Classificar as atividades realizadas pelas equipes municipais, segundo sua natureza, objeto da ação, tipos de riscos sanitários que buscam controlar e o caráter rotineiro e/ou excepcional das atividades;

## **II. Procedimentos para coleta de dados:**

### **A. Metodologia**

- **Delineamento da Pesquisa (MINAYO, 2008, p. 21; YIN, 1994, 2005; PEREIRA, 2002, p. 280; GIL, 2008, 2009)**
  - ✓ Predominantemente qualitativa; exploratória e transversal;
  - ✓ Estudo de Caso Múltiplo, totalizando 14 municípios (casos)
  - ✓ Amostra intencional ou de conveniência, constitui a totalidade dos municípios da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, concordantes em participar da pesquisa.

### **B. Organização estudada**

Vigilância Sanitária Municipal da Microrregião Teles Pires, Mato Grosso.

**C. Unidade de análise:** município com seu serviço de vigilância sanitária.

### **D. Fonte de dados:**

- **Dados Secundários** (Levantamento dos documentos pertinentes à pesquisa e análise prévia à entrevista)
  - ✓ Documentos e dados externos disponíveis em registros de arquivo da internet
  - ✓ Documentos institucionais
- **Dados Primários**
  - ✓ Entrevistas dirigidas baseadas em roteiro de entrevista;
  - ✓ Observação sistemática mediante agendamento prévio com informantes-chave (critério de escolha é a ocupação de cargo) e TCLE.

- **Instrumentos para coleta de dados**
  - ✓ Documentos
  - ✓ Roteiro de Entrevista
  - ✓ Roteiro de Observação Sistemática
  
- **Executor da pesquisa:** A própria pesquisadora.
  
- **Período da coleta de dados:** Maio a Junho de 2010.

### **III. Questões para levantamento de dados**

#### **A. Caracterização das unidades de análise**

- ✓ Estrutura organizacional (física, legal, administrativa e técnica-operacional, agentes do processo)
  - ✓ Processo de trabalho (tipo de ação, natureza, objeto de ação, conhecimento técnico)
  - ✓ Gestão
  - ✓ Contexto local/atributos municipais (socioeconômico, demográfico, dados funcionais)
- Levantamento de dados institucionais e disponíveis em registros de arquivos disponíveis em internet para os 14 municípios:
    - ✓ Nome do município, ano de emancipação, dados socioeconômicos, demográficos, Lei Orgânica e Código Sanitário municipal e/ou de Postura, criação da secretaria municipal de saúde e do serviço de VISA municipal, dados de arquivos da internet (IBGE, AMM, DATASUS, PNUD, SIOPS)

#### **B. Caracterização dos Secretários Municipais de Saúde e Trabalhadores da VISA (Questionário com Questões fechadas e abertas)**

- ✓ Data da entrevista
- ✓ Município de atuação
- ✓ Idade (em anos)
- ✓ Sexo
- ✓ Formação (Escolaridade)

- ✓ Vínculo empregatício
- ✓ Cargo que ocupa (em anos e meses)
- ✓ Tempo de serviço (em anos e meses)
- ✓ Tempo no setor (em anos e meses)
- ✓ Área de subordinação

### Questões da entrevista por tipo de informante-chave

Questões	Informantes-Chave entrevistados		
	Gestor	Coordenador VS/VISA	Técnico VISA
1. O que vem à sua mente quando se fala em VISA? a) Fale sobre a vigilância sanitária do seu município. b) Como ela é, e como deveria ser? (para o técnico de visa, quais são as dificuldades encontradas) c) Considera as ações de VISA importantes? Por quê?	X	X	X
2. Quais são as suas contribuições (ao SUS, à gestão, à população, etc.) e em que situações ela pode criar dificuldades?	X	X	NA
3. Fale sobre a vigilância sanitária do ERS e a do nível central e sua relação com o município.	X	X	X
4. O que mudou na gestão da saúde no município para as vigilâncias municipais (sanitária, epidemiológica e ambiental e saúde do trabalhador) com o Pacto 2006?	X	X	X
5. As especificidades locais estão sendo incorporadas à agenda de trabalho da Secretaria, em relação à vigilância sanitária e à vigilância epidemiológica e ambiental? Como elas são incorporadas? a) As especificidades locais estão incorporadas na programação de trabalho da vigilância e na PAVS? b) (Mostrar o Plano e a PAVS do município e o Elenco Norteador)	X	X	NA
6. Você tem conhecimento/participou da elaboração do Plano de ação e da Pactuação da PAVS? Teve dificuldades na elaboração? a) O que motivou a elaboração do Plano de ação? b) O seu plano contempla as ações da PAVS? Para você existe relação entre a programação de ações da VISA com a PAVS? c) Em caso afirmativo, qual? É realizado monitoramento e avaliação da programação das ações de VISA? Como?	X	X	X
7. Fale sobre a cooperação com outros municípios e com o estado. a) Com que outro (s) município(s) tem cooperado e de quem tem recebido cooperação? Em que atividades? Como? b) Em que atividades têm ocorrido a cooperação com o nível central do estado e com o ERS? Como? c) Quem tem estimulado essa cooperação? d) O CGR tem estimulado a cooperação? Como?	X	X	X
Questões	Informantes-Chave entrevistados		
	Gestor	Coordenador VS/VISA	Técnico VISA
8. Tem conhecimento sobre quais são os estabelecimentos sujeitos às ações de VISA? a) E do número destes estabelecimentos?	X	X	X
9. Quais ações de VISA, contidas ou não na PAVS, são realizadas pelo município? Quais as ações que não são, e que precisariam ser realizadas? a) Fornecer um quadro para o entrevistado assinalar as ações mais frequentemente realizadas, as que o município não deve mesmo realizar, e as que não são realizadas.	X	X	X

10. Qual o motivo para a não realização das ações de VISA que você vê como necessárias?	X	X	X
11. Discorra sobre a adequação e a suficiência ou insuficiência de recursos físicos, materiais, financeiros e humanos em relação ao trabalho hoje executado pela vigilância sanitária.	X	X	X
12. Conforme sua opinião, quais são as maiores dificuldades e/ou facilidades para operacionalização das ações de VISA? (fatores técnicos, estruturais - física, legal, administrativa, operacional, RH - qualidade e quantidade, políticos)	X	X	X
13. Para você a VISA está estruturada? Se não o que falta para completar essa estruturação?	X	X	X
14. Quantas horas por mês você é demandado para assuntos relacionados à vigilância sanitária? E por quem você é demandado? (se aplica aos coordenadores de VS e não aos de VISA)	X	X	NA
15. Descreva sua semana de trabalho	NA	X	X
16. Como você foi trabalhar na vigilância sanitária?	NA	X	X
17. Qual a área de atuação anterior à coordenação? Como chegou ao cargo? (Coordenador VISA)	NA	X	NA
18. O que mudou na vigilância sanitária do período em que você passou a nela trabalhar até hoje? (só se aplica aos coordenadores, se eles forem de VISA)	NA	X	X

Questões	Informantes-Chave entrevistados		
	Gestor	Coordenador VS/VISA	Técnico VISA
19. Como os profissionais que atuam na VISA foram preparados? a) Você recebeu capacitação? Quais? b) Contribuiu no desempenho das ações em VISA? c) Poderia descrever quais capacitações contribuiriam para execução das ações em VISA?	X	X	X
20. O que para você representa a responsabilidade sanitária?	X	NA	NA
21. A quem a VISA se reportava antes da mudança do organograma? (Saúde Coletiva para Vigilância em Saúde, por exemplo)	X	X	X
22. Fale sobre a integração das vigilâncias e com outros setores? a) O que faz para integrar? b) Se não, o que falta para ser integrada? c) Com quem você mais interage no desenvolvimento de suas ações dentro do Setor Saúde e fora dele?	X	X	X
23. Fale sobre a intersetorialidade das vigilâncias. a) O que faz para obter a parceria? b) Com quais setores? (instituições, conselhos de classe, outros)	X	X	X
24. Tem conhecimento do quantitativo de recursos destinados a VISA? É suficiente? Se não, de quanto deveria ser o incremento? (Coordenador de VS ou VISA)	X	X	NA

25. Os recursos do Bloco de financiamento da Vigilância em Saúde são suficientes para todas as ações? E os destinados a execução das ações da VISA? (recurso federal, estadual, municipal) (Coordenador de VS ou VISA)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>NA</b>
26. Os recursos de VISA são aplicados, de fato, na execução dessas ações específicas?	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>NA</b>
27. Qual sua avaliação quanto à forma de financiamento instituído pelo Pacto? (positivo ou negativo para o processo de descentralização, facilidades ou dificuldades quanto à utilização dos recursos para as ações de VISA?)	<b>X</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>
28. A VISA autua? Cobra taxas e multas?	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
29. Existe algum tema relevante que não tenha sido abordado aqui sobre o qual você deseja opinar?	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

## Apêndice 2: Roteiro para observação sistemática e coleta de dados documentais

### QUADRO CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DO SERVIÇO

<b>Categoria Estrutura</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Observação Sistemática</b>
1. Estrutura Física	1.1. Espaço físico específico para desenvolvimento das atividades			
	1.2. Equipamentos específicos para realização das ações em VISA (termômetros, medidores de cloro, máquina fotográfica, Equipamentos de Proteção individual, etc)			
	1.3. Instrumentos de trabalho impressos disponíveis (auto/termos de inspeção, roteiros de inspeção sanitária, legislações, entre outros)			
	1.4. Suporte para fiscalização (Material para coleta, acondicionamento, transporte da amostra para análise fiscal)			
	1.5. Equipamento de informática de uso exclusivo ou compartilhado (grife a alternativa)			
	1.6. Veículo de uso exclusivo ou compartilhado (grife a alternativa)			
	1.7. Equipamento para comunicação (fax/telefone) (grife a alternativa)			
	1.8. Fonte para consulta técnica (internet, livros, periódicos)			
2. Estrutura Legal	2.1. Profissional da VISA investido na função por ato legal			
	2.2. Instrumento legal de criação da VISA com atribuições e funções definidas			
	2.3. Inserção da VISA no organograma da Secretaria Municipal de Saúde			
	2.4. Código Sanitário e/ou instrumento legal como Código de Postura que viabilize a utilização das legislações sanitárias (Federal e Estadual)			
	2.5. No caso de possuir Código sanitário, este contempla a tributação para viabilizar a arrecadação com as ações de VISA			
3. Administrativa e técnico-operacional	3.1. Realiza cadastro de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária e o mantém atualizado			
	3.2. Sistema de Informação			
	3.3. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos técnicos, administrativos e fiscais			
	3.4. Instrumento de trabalho de controle e supervisão/ avaliação (Roteiros e Relatórios padronizados Técnicos, planilhas de controle, arquivos em pastas, protocolos, fluxograma, organograma) instituído pela equipe da VISA Municipal			
4. Gestão de pessoas	4.1. Número de profissionais ou equipe de VISA em número adequado para realização das ações			
	4.2. Profissionais capacitados para as funções que exercem			
	4.3. Plano de capacitação			
	4.4. Remuneração adequada			

## II - QUADRO CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

<b>Categoria</b>				
<b>Processo de Trabalho</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Observação Sistemática</b>
<b>1. Ação de natureza fiscalizatória /regulatória/avaliativa</b>	1.1.Apoio do setor jurídico (orientação jurídica para processo administrativo sanitário)			
	1.2.Realiza Cadastro informatizado			
	1.3.Utilização de cadastro atualizado			
	1.4.Realiza Informatização das ações (preenchimento de formulários, documentos, auto/termos, comunicação interna)			
	1.5.Utiliza indicadores epidemiológicos nas ações de VISA			
	1.6.Realiza fiscalização			
	1.7.Realiza notificação			
	1.8.Realiza o poder de polícia através de aplicação de auto de Infração e notificação do auto de Infração			
	1.9.Realiza o poder de polícia através de Interdição			
	1.10.0.Realiza o poder de polícia através de apreensão			
	1.11.Realiza investigação			
	1.12.Envio de amostras ao LACEN com frequência (Laboratório Central de Saúde Pública)			
	1.13.Os riscos que buscam controlar são de caráter rotineiro (licença)			
	1.14.Os riscos que buscam controlar são de caráter excepcional (denúncias, demandas de outros setores, reclamações)			
<b>2. Conhecimento Técnico</b>	2.1.Conhecimento sobre das suas funções/atribuições legais (Poder de polícia)			
	2.2.Conhecimento técnico operacional diante de suas atribuições legais			
	2.3.Conhecimento sobre as competências/atribuições de cada esfera de governo (federal estadual e municipal)			
	2.4. Conhecimento sobre a missão da VISA			
	2.5.Conhecimento sobre o papel da VISA (ação regulatória/fiscalizatória, normativa, autorizativa, avaliativa, educativa e alerta sanitário)			

### III – CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO

<b>Categoria</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Observação Sistemática</b>
<b>1. Gestão</b>	1.1.Apoio administrativo e operacional pela SMS			
	1.2.Realiza planejamento das ações			
	1.3.Executa, monitora e avalia as ações elencadas nas programações de ações municipais			
	1.4.Adesão ao TCG			
	1.5.Realiza outras ações além das pactuadas na PAVS			
	1.6.Alcance das metas de VISA pactuadas na PAVS pelo município			
	1.7.Monitora e avalia as ações pactuadas na PAVS			
	1.8.Desenvolve ações de notificação, investigação e inspeção com Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador, Atenção Integral à saúde, auditoria			
	1.9.Desenvolve ações de intervenção em parceria com Secretarias de Agricultura, Saneamento, Educação, meio ambiente, obras, limpeza pública, Ministério Público e outras instituições(ensino, entidades de classe, entre outros)			
	2.0.Participação em ações educativas com outras equipes de saúde (VE, VA – Vetores e Zoonoses, ST, Atenção Integral à Saúde (ESF, ACS) e comunidades (eventos locais, CMS, Defesa Civil, Polícia Militar ou Federal, etc.)			
	2.1.Articulação Técnica com VISA Estadual/Regional			
	2.2.Articulação político-administrativa com VISA Estadual			
	2.3.Articulação político-administrativa com ANVISA			

#### IV - CONTEXTO POLÍTICO DO SERVIÇO DA VISA

Parâmetro	Sim	Não	Observação Sistemática
1.1. Conhecimento sobre a importância das ações de VISA pelo gestor municipal			
1.2. Conhecimento sobre descentralização e avanços no processo de descentralização			
1.3. Conhecimento sobre o Pacto pela Saúde 2006			
1.4. Conhecimento sobre a Portaria 3252/2009 (diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e municípios)			
1.5. Conhecimento sobre a Regionalização solidária			
1.6. Conhecimento/percepção sobre a importância do controle sanitário pela população e outros atores sociais			
1.7. Compreensão sobre a missão da VISA de prevenção e promoção da Saúde			
1.8. Compreensão sobre o exercício de Poder de polícia da VISA nas ações de intervenção pelos diversos atores sociais			
1.9. As intervenções da VISA prevalecem sobre as ações político-partidárias			
2.0. Participação da VISA no contexto político-social em arenas decisórias			
2.1. Integração da VISA em ações voltadas para a população			
2.2. A VISA Estadual/Regional exerce o papel de coordenadora em relação à esfera municipal			
2.3. A VISA Estadual/Regional coopera tecnicamente com o VISA municipal			

#### V – RECURSOS FINANCEIROS

Parâmetro	Sim	Não	Observação Sistemática
1.1. Conhecimento dos gestores do valor dos recursos do PABVISA e os compromissos sanitários			
1.2. Conhecimento dos Conselheiros Municipais do valor dos recursos do PABVISA e os compromissos sanitários			
1.3. Conhecimento dos recursos da VISA aplicados exclusivamente em ações de VISA			
1.4. Conhecimento da transferência de recursos financeiros pelo Estado			
1.5. Acompanhamento e controle dos gastos em ações de VISA pelo gestor e/ou coordenador			
1.6. Os recursos financeiros após o Pacto pela Saúde influenciaram positivamente nas ações de VISA (cobertura, liberdade na aplicação)			
1.7. Os recursos financeiros após o Pacto pela Saúde influenciaram no processo de descentralização da VISA de forma positiva			
1.8. Arrecadação de recursos por meio de ações da VISA (taxas, multas) que são utilizadas pela VISA			
1.9. Conhecimento do Termo de Ajustes e Metas (termo firmado entre ANVISA e estado mediante metas de controle			

sanitário e o repasse financeiro)			
2.0 Conhecimento sobre a influência da Portaria 3252/2009 em relação aos repasses de recursos e as atribuições decorrentes			

<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO – COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS</b>		
<b>1.1 População:</b>		
<b>1.2 Ano de Emancipação:</b>		
<b>1.3 IDH:</b>		
<b>1.4 PIB <i>per capita</i>:</b>		
<b>1.5 Renda <i>per capita</i></b>		
<b>1.4 Atividade econômica predominante no município (marcar com X e citar por tipo):</b>		
<input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Pecuária <input type="checkbox"/> Exploração vegetal <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Pesca <input type="checkbox"/> Outros		
<b>1.5. Partido político anterior</b>		
<b>1.6. Partido político atual</b>		
<b>1.7 Assinou o Pacto de Gestão</b>	Sim ( )	Não ( )
Se sim, quando? _____		
<b>1.8 Pactuou as ações integrais de VISA (piso estratégico)</b>	Sim ( )	Não ( )
Se sim, quando? _____		



- Saneamento básico
- clubes recreativo
- clínicas de tatuagem/piercing
- clínicas médicas
- Instituição de longa permanência
- Em qual (is) área (s) a Vigilância Sanitária do seu município atua (enumere por ordem crescente de acordo com o volume de ações segundo objeto de ação)
  - Denúncias
  - Notificações
  - Apreensões
  - Interdições
  - Investigações
  - Rotina
  - Demandas de Ouvidoria
  - Demandas de Ministério Público
- Em qual (is) área (s) a Vigilância Sanitária do seu município atua (enumere por ordem crescente de acordo com o volume de ações segundo natureza da ação)
  - Normativa
  - Educativas
  - Regulatória
  - Fiscalizatória
  - Avaliativa

### Apêndice 4 – Atributos municipais - Microrregião Teles Pires, MT, 2010.

Municípios	Existência da Lei de criação IBGE 2008	Existência do Código de Postura	Existência do Código Sanitário municipal	Viabilização da utilização de outras normas sanitária	Julgamento das infrações Sanitárias para prosseguimento do processo administrativo	Código Sanitário contempla tributação para viabilizar arrecadação com as ações de VISA	Código Sanitário/Postura discrimina que a arrecadação de taxas pela VISA sejam utilizadas para as mesmas
A	SIM	NÃO	SIM	NÃO	ATécnico de vigilância sanitária	SIM	PARCIALMENTE
B	SIM	SIM	SIM	SIM	Órgão colegiado da prefeitura municipal	SIM	NÃO
C	SIM	SIM	NÃO	SIM	Prefeito ou seu substituto Órgão colegiado competente	SIM	NÃO
D	SIM	SIM	SIM	SIM	Órgão colegiado instituído por portaria da Prefeitura Municipapl	SIM	NÃO
E	SIM	NÃO	SIM	SIM	Prefeitura órgão colegiado competente	SIM	NÃO (Fundo Municipal)
F	SIM	SIM	SIM	SIM	Prefeito ou substituto legal	SIM	PARCIALMENTE
G	SIM	SIM	NÃO	SIM	Administração Municipal	SIM	NÃO
H	SIM	NÃO	SIM	SIM	Poder executivo municipal	SIM	NÃO
I	SIM	SIM	SIM	SIM	Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento	SIM	NÃO
J	SIM	NÃO	SIM	SIM	Administração	SIM	NÃO
K	SIM	NÃO	SIM	Não se aplica	Não se Aplica	Não se aplica	Não se aplica
L	SIM	NÃO	SIM	SIM	Administração Secretário Municipal de Saúde	SIM	NÃO
M	SIM	SIM	SIM	SIM	Comissão composta por três membros designados pelo secretário municipal de saúde.	SIM	NÃO.
N	SIM	NÃO	SIM	SIM	Prefeitura municipal Órgão colegiado	SIM	NÃO

Fonte: Dados da pesquisa (Elaboração própria)

## ANEXOS



## Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Descentralização da vigilância Sanitária: uma análise dos serviços no contexto da municipalidade na Microrregião Teles Pires, Mato Grosso.**

**Garantia de liberdade:** Você tem o direito de se recusar a participar, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os objetivos deste estudo são analisar os serviços municipais de vigilância, no contexto da municipalidade e seus atributos, sob a ótica da gestão descentralizada da vigilância sanitária.

**Desconfortos, Riscos e Benefícios Esperados:** Riscos não identificados. Os resultados trarão benefícios pela sua contribuição para a melhoria das ações descentralizadas de Vigilância Sanitária.

**Garantia de Acesso:** Em qualquer etapa de desenvolvimento da pesquisa os entrevistados terão livre acesso à pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Para assegurar que suas respostas não lhe sejam automaticamente atribuídas, procedimentos de codificação dos municípios e dos entrevistados serão adotados. E sua identificação ficará sob a guarda exclusiva da pesquisadora. Todavia, pelo número de entrevistados e pelo cargo ocupado, não lhe poderá ser assegurado o sigilo quanto à sua participação.

Uma via do TCLE ficará com o pesquisador e outra com o pesquisado com contato telefônico da pesquisadora: A pesquisadora pode ser contatada no **Escritório Regional de Saúde de Sinop/MT** - tel.: (66) 3531-3135/ 3531-2418/3531-5484

No caso de você concordar em participar, favor colocar seu nome por extenso, assinar este termo abaixo (em duas vias), colocar seu número de registro geral, e guardar em seu poder a primeira via.

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que fui suficientemente informado a respeito do protocolo de pesquisa em estudo e que li, ou que foram lidas para mim, as premissas e condições deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sei que a Secretaria Municipal de Saúde irá participar da pesquisa proposta: **Descentralização da vigilância Sanitária: uma análise dos serviços no contexto da municipalidade na Microrregião Teles Pires, Mato Grosso.**

O levantamento de dados será realizado junto ao Secretário Municipal de Saúde, coordenadores da Vigilância em Saúde e técnicos da VISA. Declaro ainda, que ficaram suficientemente claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem

realizados, a ausência de desconfortos ou de riscos físicos e/ou psíquicos e morais, as garantias de privacidade, de confidencialidade científica e de liberdade quanto a minha participação, bem como a garantia de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Participante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante

Pesquisadora: Helena Yukiko Miyashita Ferrari

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_ RG: 1945715-4  
SSP/MT

**Escritório Regional de Saúde de Sinop/MT**

Rua das Avencas, 2072 – Centro

Sinop/MT - CEP 78550-000

tel.: (66) 3531-3135/ 3531-2418/3531-5484

e-mail: [erss@ses.mt.gov.br](mailto:erss@ses.mt.gov.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa**

End: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo

Manguinhos – RJ 21041-210

Tel.: (21) 2598-2863

e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

home Page: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Sinop/MT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo II - Elenco norteador das ações de VISA

(anexo I- Portaria 1.106/2010).

### Grupo I: Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão

ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO	PARÂMETROS
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da VISA, com definição de atribuições e competências.
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistema de informação de interesse do SNVS
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.
	Educação permanente
5. Fortalecimento da Gestão	Participação de instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIB, Colegiado de Gestão Regional e Câmaras Técnicas
	Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social
	Monitoramento e avaliação das ações de VISA definidas no Plano de Saúde, nas programações Anuais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão.
	Participação no processo de descentralização e de regionalização.
	Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde
	Participação no financiamento das ações

**Grupo II: Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário**

<b>ÁREA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>
1. Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostra para análise.
	Notificação, Investigação e comunicação de risco
	Análise sanitária de Projetos arquitetônicos
	Ações integradas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Ações intersetoriais de educação em saúde
	Atendimento à denúncia/ reclamação.
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Colaboração com a União em Ações de Portos, Aeroportos e Fronteiras.
	Incorporação das ações de Visa, em conjunto com a Atenção Primária à Saúde, no cotidiano das comunidades.
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, etc.
5. Ações laboratoriais	Monitoramento de produtos.
	Sistema de Gestão da Qualidade dos Laboratórios