



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**VALÉRIA CRISTHIAN MENEGUINI**

**A REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DE MATO  
GROSSO: COORDENAÇÃO FEDERATIVA E DO TRABALHO**

**Campo Grande**

**2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**A REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DE MATO  
GROSSO: COORDENAÇÃO FEDERATIVA E DO TRABALHO**

**VALÉRIA CRISTHIAN MENEGUINI**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre no Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP.

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

**Campo Grande**

**2010**

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais, Vanderlei e Dalva, que com todo seu esforço e dedicação me fizeram quem eu sou. A eles todo o meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

No final desta jornada desafiadora e prazerosa não posso deixar de agradecer a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a consolidação de mais um sonho em minha vida.

A Deus, que me possibilitou viver e vencer este desafio.

Aos meus pais, Dalva e Vanderlei, e a meus irmãos, Gustavo, Ricardo e Raphael, que me deram força nos momentos mais difíceis, me ouviram, me deram seu carinho e atenção e me incentivaram sempre.

À Marismary Horsth De Seta (a nossa Maris), minha orientadora, pela sua contribuição na minha formação, por tornar o desenvolvimento deste tema possível e pelo convívio destes dois anos, num processo de crescimento em que ampliei meus horizontes e despertei para um olhar mais crítico e investigativo deste tema que me é tão caro, a Vigilância Sanitária.

À Inês Mattos e a Silvana Granado, nossas coordenadoras do Mestrado, sem as quais esse sonho não teria se tornado possível. Pelo seu carinho e pelas palavras de incentivo.

À Gisele O' Dwyer de Oliveira e à Roberto Parada, pela contribuição na fase da qualificação e da defesa.

À Marilene de Castilho Sá, Chefe do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP, e à Luzimar e Carmem, também do DAPS/ENSP, bem como à Bete e à Vera, do CECOvisa da ENSP, por toda atenção e contribuição prestadas.

Aos colegas do mestrado, os quais guardarei no coração, pelo seu companheirismo, pelos momentos felizes e pelo apoio nos mais difíceis, em especial à Helena, companheira de luta desde os primeiros sonhos, nas dúvidas, nos choros e nos momentos de descontração.

Aos colegas de trabalho da Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, que torceram pelo meu sucesso, me deram força, contribuíram com suas idéias, colaboraram com o desenvolvimento deste trabalho dividindo suas experiências e pelas palavras e gestos de carinho e incentivo.

Ao Fábio, Coordenador da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso, pelo apoio, incentivo e colaboração durante todo o curso de Mestrado.

A todos os queridos amigos que me deram apoio, incentivo e carinho em todos os momentos e acompanharam toda a minha trajetória até aqui.

A todos, o meu muito obrigada, de coração!

## RESUMO

Este estudo se propõe a estudar a relação entre os níveis central e regional da Vigilância Sanitária no Estado do Mato Grosso e os mecanismos de coordenação empregados entre eles. Para tanto, aborda a regionalização nesse estado, consubstanciada na criação dos Escritórios Regionais de Saúde, em meados dos anos 1990, unidades administrativas desconcentradas da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, atualmente em número de 16. Com abordagem qualitativa, a pesquisa se valeu da estratégia do estudo de caso único de caráter exploratório e descritivo. O caso se constituiu no serviço de Vigilância Sanitária de Mato Grosso, Nível Central e Nível Regional, neste último, enfocando a Microrregião de Saúde de Teles Pires, a segunda maior em número de municípios. Realizaram-se 20 entrevistas com gestores, gerentes e técnicos de vigilância sanitária dos níveis central e regional, bem como análise documental. As categorias analíticas e operacionais abrangeram a descentralização (estruturação do serviço e processo de trabalho) e a coordenação (federativa e do trabalho). Verificou-se um serviço estadual composto pelas duas instâncias em situações diversas, ainda em processo de estruturação, com foco de atuação principalmente voltado à execução de ações de gerenciamento de risco, e com o desafio de fortalecer seu papel coordenador do sistema estadual de vigilância sanitária. Aponta-se a necessidade de estender o estudo para os demais serviços de vigilância sanitária regionais, com base nas mesmas categorias utilizadas, e na premência em definir atribuições e responsabilidades entre os dois níveis, central e regional, e deste para com os municípios.

**Palavras-chave:** Vigilância Sanitária; Regionalização; Descentralização; Coordenação; Processo de Trabalho.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the coordination of the decentralization process of Sanitary Surveillance in the State of Mato Grosso, in the central and regional levels, and the mechanisms of coordination between both levels. It thus approaches regionalization in this state, embodied in the creation of the Regional Health Offices in mid-1990, decentralized administrative units of Mato Grosso State Health Secretariat that currently have 16 branches. Using a qualitative approach, the research made use of the strategy of a single exploratory and descriptive case study. The case is the Sanitary Surveillance Service of Mato Grosso, Central Level and Regional Level, the latter focusing the Teles Pires Health Micro-region, the second largest in number of municipalities. There were 20 interviews with managers and technicians of health surveillance from the central and regional levels, as well as document analysis. The analytical and operational categories covered decentralization (service structure and work process) and coordination (federative and labor). There was a state service composed of both units in different situations, still being structured, mainly focused on the implementation of risk management actions, and the challenge to strengthen its coordinating role of the sanitary surveillance state system. It points out the need to extend the study to other regional health surveillance services, based in the same categories used, and the urgency of defining roles and responsibilities between the two levels, central and regional, and from this to the municipalities.

**Key words:** Sanitary Surveillance; Regionalization; Decentralization; Coordination; Work Process.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Anvisa:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art. :	Artigo
CAR:	Câmara de Auditoria Regional
CEREST:	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES:	Conselho Estadual de Saúde
CIB:	Comissão Intergestores Bipartite
CIT:	Comissão Intergestores Tripartite
CGR:	Colegiado de Gestão Regional
CNAE:	Classificação de Nacional de Atividades Econômicas
CIES:	Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
Conavisa:	Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
CONASEMS:	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS:	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS:	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
COSTRA:	Coordenadoria de Saúde do Trabalhador
CQUALI:	Programa de monitoramento da qualidade do leite
GNC	Gestor/gerente do Nível Central
GNR:	Gestor Nível Regional
TNC:	Técnico Nível Central
TNR:	Técnico Nível Regional
TANC:	Técnico Administrativo Nível Central
TANR:	Técnico Administrativo Nível Regional
ERS:	Escritório Regional de Saúde
FIOCRUZ:	Fundação Oswaldo Cruz
FES:	Fundo Estadual de Saúde
FNS:	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA:	Fundação Nacional de Saúde
GM:	Gabinete do Ministro
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA:	Instituto Nacional do Câncer
INCQS:	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INDEA:	Instituto de Defesa Agropecuária
INSS:	Instituto Nacional de Seguridade Social
IVISA:	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
MS:	Ministério da Saúde
MT:	Mato Grosso
NOAS:	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB:	Norma Operacional Básica
OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB:	Piso da Atenção Básica variável
PAMVet:	Programa de análise de resíduos de medicamentos veterinários em alimentos de

	origem animal
PARA:	Programa de análise de resíduos de agrotóxico em alimentos
PAVS:	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBVS:	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PCCS:	Plano de Cargos Carreiras e Salários
PDAVS:	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PDI:	Plano Diretor de Investimento
PDR:	Plano Diretor de Regionalização
PDVISA:	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PES:	Plano Estadual de Saúde
PEVISA:	Piso Estadual de Vigilância Sanitária
PNMQSA:	Programa nacional de monitoramento e qualidade sanitária dos alimentos
PPA:	Plano Plurianual do Estado
PPI:	Programação Pactuada Integrada
PPI/ECD:	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
Pró-Iodo:	Programa nacional para prevenção e controle dos distúrbios por deficiência de Iodo
PSF:	Programa de Saúde da Família
PTA:	Plano de Trabalho Anual
PTM:	Plano de Trabalho Mensal
RDC:	Resolução de Diretoria Colegiada
RH:	Recurso Humano
SAI:	Sistema de Informação Ambulatorial
SAS:	Secretaria de Assistência à Saúde
SER:	Sistema de Referência Estadual
SES:	Secretaria de Estado da Saúde
SETEC:	Secretaria de estado de emprego, trabalho e cidadania
SNVS:	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
ST:	Saúde do Trabalhador
SUS:	Sistema Único de Saúde
SVS:	Secretaria de Vigilância Sanitária
SVS:	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
TFVS:	Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária
VE:	Vigilância Epidemiológica
Visa:	Vigilância Sanitária

### LISTA DE TABELAS

		<b>Página</b>
<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos entrevistados da Vigilância Sanitária de Mato Grosso dos Níveis Central e Regional segundo características sócio-demográficas e funcionais, 2010.	P.52
<b>Tabela 2</b>	Municípios da Microrregião de saúde Teles Pires e números de habitantes, Mato Grosso, 2009.	P.54
<b>Tabela 3</b>	Microrregiões de Saúde, Escritórios Regionais de Saúde e número de municípios por regionais de saúde, Mato Grosso, 2009.	P.56

### LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Funções da coordenação e gerências da Vigilância Sanitária Nível Central da SES/MT, 2009.	P.58
<b>Figura 2</b>	Funções da Direção e Gerências do Escritório Regional de Saúde de Sinop, Mato Grosso, 2010.	P.60
<b>Figura 3</b>	Distribuição dos profissionais da Vigilância Sanitária Nível Central entre os setores e gerências, 2010.	P.67

### LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Discriminação dos códigos de identificação dos entrevistados conforme função que exercem na Vigilância Sanitária Nível Central e Regional, 2010.	P.48
<b>Quadro 2</b>	Recursos financeiros da Visa do estado de Mato Grosso no ano de 2009.	P.63

<b>Quadro 3</b>	Carga horária de trabalho, classificação do vínculo de trabalho e condição de afastamento dos profissionais da Visa Nível Central/SES-MT de acordo com os setores de trabalho, 2010.	P.69
<b>Quadro 4</b>	Lotação de profissionais por áreas e subáreas do Escritório Regional de Saúde de Sinop, Mato Grosso, 2010.	P.72
<b>Quadro 5</b>	Profissionais da Gerência de Vigilância em Saúde do Escritório Regional de Saúde de Sinop e situação de afastamento do trabalho, Mato Grosso, 2010.	P.73
<b>Quadro 6</b>	Relação de equipamentos disponíveis no Nível Central e Regional da Visa do Mato Grosso, 2010.	P.78
<b>Quadro 7</b>	Ações programadas segundo instrumentos de planejamento da Coordenação de Vigilância Sanitária do estado de Mato Grosso, 2009.	P.83
<b>Quadro 8</b>	Atividades realizadas pelo corpo técnico da Visa Nível Central entrevistados, Mato Grosso, 2010.	P.84
<b>Quadro 9</b>	Atividades gerenciais da Visa de acordo com cada gerência, Mato Grosso, 2010.	P.86
<b>Quadro 10</b>	Eventos realizados pela Visa Nível Central, ou com parceria dela, por gerência executora do evento e público-alvo, Mato Grosso, 2009.	P.87
<b>Quadro 11</b>	Ações que deveriam ser realizadas na Visa Nível Central na percepção dos gestores e técnicos entrevistados, Mato Grosso, 2010.	P.89
<b>Quadro 12</b>	Ações da Vigilância Sanitária Regional de Mato Grosso para o ano de 2009, de acordo com o Plano de Trabalho Anual.	P.92

## SUMÁRIO

2. JUSTIFICATIVA .....	4
3. OBJETIVOS .....	6
3.1. Objetivo Geral .....	6
3.2. Objetivos Específicos .....	6
4. REFERENCIAL TEÓRICO .....	7
4.1. Descentralização, Federalismo e Coordenação Federativa .....	7
4.2. As Normas Operacionais e o Processo de Descentralização do SUS.....	16
4.3. Regionalização.....	20
4.4. A Regionalização da Saúde em Mato Grosso .....	26
4.5. Vigilância Sanitária .....	33
4.6. A Gestão .....	38
5. ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	44
5.1. Tipo de Pesquisa .....	44
5.2. Período da Pesquisa .....	45
5.3. Critério de escolha do Caso .....	45
5.4. Estratégia de Coleta e Tratamento dos Dados .....	46
5.5. Codificação dos Entrevistados.....	48
5.6. Análise dos Dados .....	48
5.7. Limitações do método escolhido .....	49
5.8. Considerações Éticas .....	50
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	51
6.1. Caracterização dos Entrevistados .....	51
6.2. O Estado, a Microrregião do Teles Pires e a Vigilância Sanitária Estadual.....	53
6.3. Estruturação do Serviço de Vigilância Sanitária Estadual .....	56
6.3.1. Estrutura Organizacional .....	56
6.3.2. Espaço Físico .....	61
6.3.3. Recursos Financeiros .....	62
6.4. Processo de Trabalho da Vigilância Sanitária Estadual .....	67
6.4.1. Agentes do Processo .....	67
6.4.2. Conhecimento Técnico .....	74
6.4.3. Insumos e Instrumentos de Trabalho.....	77
6.5. Vigilância Sanitária Estadual: Objetos e Focos de Cooperação.....	95
6.6. Estratégias e Mecanismos de Coordenação da Vigilância Sanitária Estadual .....	100
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	110
8. RECOMENDAÇÕES.....	112
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	114
APÊNDICES .....	123
Apêndice A - Protocolo de Estudo de Caso .....	124
Apêndice B - Estabelecimentos, conforme Classificação de Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) .....	130
ANEXOS .....	131
Anexo A – Organograma da SES/MT .....	132
Anexo B – Elenco Norteador das ações de Vigilância Sanitária.....	133

## 1. INTRODUÇÃO

A partir do ano de 1988, com a publicação da Constituição Federal brasileira, ocorreram importantes mudanças na área das políticas sociais: ampliaram-se os direitos sociais, inclusive direito à saúde; definiu-se a descentralização como princípio orientador de toda a Carta Constitucional; e criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição também determinou que ao SUS compete executar ações de vigilância sanitária (Visa) e epidemiológica (VE), e a saúde do trabalhador (ST). No SUS, em conformidade com a totalidade da Carta, a descentralização figura como princípio fundamental.

Sendo fundamental para viabilizar os demais princípios do SUS a descentralização, por ser um processo social e político, não parece ser compatível com tempos políticos curtos e previsíveis, nem com uma implantação uniforme no país. Organizado em um sistema federativo, com três níveis político-administrativos, complexo e com importantes diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre as regiões, estados e municípios, o Brasil apresenta um quadro de alta heterogeneidade. A despeito disso, na década de 90, com a edição das Normas Operacionais Básicas pelo Ministério da Saúde (NOB/SUS), tentou-se alcançar certo patamar comum na implementação de algumas políticas e estratégias no campo da saúde no nível nacional.

Por meio da NOB, particularmente da NOB/SUS 01/96, que previa atribuições para cada esfera de governo, com direcionalidade para a municipalização da gestão, instâncias de negociação reforçadas e transferências financeiras fundo a fundo, a esfera federal exerceu a coordenação federativa. A NOB/SUS 01/96 trouxe ganho para todas as áreas do SUS, sendo os seus efeitos sentidos, principalmente, na expansão da rede de serviços, até a emissão da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 2001 e 2002).

Com essa se buscava reforçar o papel da esfera estadual como coordenadora do sistema estadual e se tentou implementar os princípios da regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa esfera apresentou dificuldades para mudar seu papel de executora para coordenadora do sistema estadual. A NOAS ressaltou a necessidade do aumento de cooperação entre os entes federados, mas também sofreu muitas críticas e, logo após sua publicação iniciou-se um processo político para sua revisão (DE SETA, 2007).

Mato Grosso foi um dos três estados que receberam avaliação positiva logo no início da implementação da NOAS realçando-se sua proximidade em alcançar a Gestão Avançada do Sistema, pois consolidara a Programação Pactuada e Integrada e finalizara o Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>1</sup>, inclusive com detalhamento das microrregiões de saúde. É que o processo de descentralização das ações de saúde com o desenvolvimento de sistemas regionais de saúde em Mato Grosso tivera início em 1992 (MÜLLER e LOTUFO, 2002).

A vigilância sanitária (Visa), redefinida em 1990<sup>2</sup> representando um espaço de intervenção do Estado – ao trabalhar para adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário e os ambientes às demandas sociais e às necessidades do sistema de saúde, como afirma Lucchese (2006) – deveria ser exercida pelos três níveis de governo. Mas, para ela somente se inicia o processo de descentralização das suas ações na vigência da NOB/SUS 01/96 e após a constituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nesse processo, diferentemente do ocorrido no campo da assistência à saúde das pessoas reforçou-se à instância estadual. Diz-se isso, apesar do repasse pela esfera estadual de algumas ações na área de alimentos para alguns municípios no final dos anos 80 para os anos 90.

Sabe-se que, quanto à estratégia da regionalização utilizada a partir da NOAS/SUS, não houve um modelo de regionalização para a Visa em todo o país. No estado de Mato Grosso, a regionalização da Visa se deu em paralelo à da assistência, apresentando sedes de microrregiões mais estruturadas e menos estruturadas para desenvolver as ações regionalizadas.

É oportuno analisar o processo de descentralização da vigilância sanitária quando se discute a necessidade de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Embora não se pretenda fazer generalizações, estudar como vem se dando este processo em Mato Grosso traz uma representação das diferenças e peculiaridades existentes no nosso país, principalmente quando a descentralização se acompanha da regionalização.

São escassos os estudos sobre a descentralização da vigilância sanitária sob a ótica do estado e parecem inexistir os que versam sobre a sua regionalização, ainda mais em Mato Grosso. Deste modo, esse estudo pode servir a outros pesquisadores que se interessem pelo tema e para

---

<sup>1</sup> Os outros dois foram Mato Grosso do Sul e Paraíba. Cf. Resumo da Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 20/06/2002, disponível em Descentralização On line. Fonte: [http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates\\_3.cfm?debate=49&txt=204](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates_3.cfm?debate=49&txt=204), consulta em 14/11/2009

<sup>2</sup> Mediante a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990, § 1º, Art. 6º), como sendo o 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

que os serviços abordados, dele possam se beneficiar ao refletir sobre o seu papel e a necessidade de mudanças.

Este estudo teve como objeto a coordenação do processo de descentralização da Vigilância Sanitária no estado de Mato Grosso, tomando para isso do nível central e de uma regional de saúde, a Microrregional do Teles Pires.

E buscou responder a seguinte indagação: como se dá a coordenação do processo de descentralização da Vigilância Sanitária no estado do Mato Grosso pelo nível central e na Microrregião do Teles Pires? E quais os mecanismos de coordenação empregados?

Para tanto teve como objetivo analisar o papel exercido e os mecanismos de coordenação empregados pela esfera estadual da Vigilância Sanitária de Mato Grosso (Nível Central e Regional) na descentralização das ações de VISA e da sua gestão para os municípios.

Para enfrentar essa questão, este estudo foi organizado da seguinte maneira: esta Introdução, que delinea e aponta a questão da investigação; a Justificativa, que aponta a relevância da investigação para o enriquecimento do processo neste Estado e em outros que compartilham dos mesmos problemas; Os Objetivos Geral e Específicos, que definem o que se pretende alcançar com o estudo; o Referencial Teórico, que aborda conceitos e teorias que fundamentam o estudo; a Abordagem Metodológica, que traduz o meio através do qual o estudo se desenrolou para atingir os objetivos; os Resultados e Discussão, que apresentam os dados e os resultados alcançados na pesquisa e os relaciona ao referencial teórico, sempre que possível; as Considerações Finais e as Recomendações; as Referências Bibliográficas utilizadas; os Apêndices e os Anexos.



## 2. JUSTIFICATIVA

Após vinte anos de instituído o atual sistema de saúde brasileiro, se pode dizer que houve um avanço considerável em muitos campos, como por exemplo, na descentralização da assistência à saúde. Nele se viu o crescimento da rede de serviços. Todavia, no caso da vigilância sanitária, a descentralização se iniciou relativamente mais tarde, e num contexto diverso da atenção a saúde, ou mesmo do da vigilância epidemiológica.

Se é certo que o termo Descentralização é impreciso pela multiplicidade de sentidos e diversidade com que se manifesta nos diversos contextos, a descentralização é vista como um eixo ou uma diretriz estruturante e, portanto, base para o desenvolvimento das demais diretrizes do sistema de saúde público brasileiro.

A diversidade de situações, bem como a desigualdade presente entre os estados, e, sobretudo entre os municípios brasileiros, torna o processo de descentralização de uma política *sui generis*, como a de vigilância sanitária, um desafio para todos aqueles que dela devam se encarregar.

E independente da conotação que o termo por vezes carrega, é uma diretriz para todo o Estado brasileiro, e a qual a Visa também deve implementar, mesmo que ela possa aparecer frequentemente reduzida a municipalização e conformação de instâncias estaduais regionais.

Então, apesar dos desafios que este tema apresenta, conhecer como a Vigilância Sanitária do Estado do Mato Grosso está organizada, nos níveis central e regional, e como atuam no processo de descentralização desta política poderá auxiliar os gestores e demais envolvidos nas ações de Visa no Estado a ajustar os rumos necessários para o melhor desenvolvimento e fortalecimento da descentralização da política, embasando a gestão estadual na priorização de ações com este objetivo que sejam efetivas e que impulsionem o crescimento da Visa no Estado.

Aprofundar-se neste tema que traz a ótica do Estado sobre este assunto, com suas peculiaridades e diferenças, faz deste um estudo relevante, principalmente até onde se sabe pela escassez de estudos que analisem o nível estadual regional, quanto pela escassez de estudos sobre a descentralização da vigilância no contexto mato-grossense, concernente a regionalização da vigilância sanitária. Somando-se a estes motivos tem-se ainda o fato deste estudo ser um requisito do Mestrado Profissionalizante, em que a autora, enquanto servidora estatutária lotada no Nível Central da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso teve a oportunidade de verificar e

proponer estratégias para uma situação real vivenciada no seu local de inserção laboral, que vai ao encontro de necessidades do âmbito da vigilância sanitária.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar o papel exercido e os mecanismos de coordenação empregados pela esfera estadual da Vigilância Sanitária de Mato Grosso (Nível Central e Escritório Regional de Saúde de Sinop) na descentralização das ações e da gestão de VISA para os municípios.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar a Vigilância Sanitária do Nível Central e da Regional quanto aos aspectos estruturais e às atividades executadas.
- Analisar as atividades realizadas pelas equipes do Nível Central e do Escritório Regional de Saúde de Sinop junto ao estado e aos municípios (os objetos e os focos da cooperação).
- Identificar as estratégias e os mecanismos de coordenação utilizados pelo Estado do Mato Grosso junto aos ERS e desses, junto aos municípios, visando a descentralização da vigilância sanitária no Estado.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. Descentralização, Federalismo e Coordenação Federativa**

No início da década de 1970 e principalmente na década de 1980 o Estado capitalista enfrentava uma crise financeira e fiscal. Nesta época se questionava sobre o papel e o modelo de intervenção do Estado na economia e nas políticas públicas, levantando-se a necessidade de adoção de novas diretrizes para atuação do Estado e novos modelos de relações políticas e econômicas. E neste contexto a descentralização aponta como uma opção para a crise, através da diminuição do tamanho do Estado tornando-o mais ágil e eficiente (PARADA, 2002).

A idéia da descentralização ganhou força em todo o mundo, independentemente da forma de governo adotada (FIORI, 1995). Estava presente no discurso dos partidos políticos de todas as posições político-ideológicas, desde as correntes do pensamento conservador (direita política) até as de pensamento progressista (esquerda política) (PARADA, 2002).

A direita política vivia uma crise para governar na democracia e via a necessidade de diminuir as demandas sobre o sistema político reduzindo a presença do Estado e descentralizando suas instâncias decisórias e administrativas. Já a esquerda política via na descentralização do poder um caminho para diminuir a burocratização do Estado do bem-estar social e aumentar a participação do povo nas estruturas e processos democráticos, possibilitando maior visibilidade e controle dos sistemas decisórios (FIORI, 1995).

No Brasil da década de 1990 estas duas orientações de descentralização estavam presentes, ambas disputando a direção do pacto federativo. Por um lado os militantes do "Estado mínimo", que viam na descentralização a redução da intervenção do governo central na economia e na prestação de serviços públicos; o enxugamento da máquina administrativa; a atração de investimentos externos; e mais produtividade e competitividade. E por outro lado dos que defendiam a descentralização como indispensável à realização da democracia social, e viam o município como instância fundamental de representação política, por ser o nível de governo mais próximo do cidadão e, portanto com mais condições de atender as demandas do povo (FERNANDES, 1999).

Reconhecer a ideologia de descentralização presente em uma determinada conjuntura política permite entender o que pode ser esperado do processo de descentralização adotado, assim como seus limites e potencialidades (SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

A descentralização pode se apresentar sob diferentes formatos que podem estar separados ou se apresentarem simultâneos (PARADA, 2002). Ela é um processo que mescla tendências de centralização, num grau de variação dependente das forças políticas atuantes, não podendo, portanto ser considerada o oposto à centralização (PESTANA e MENDES, 2004; SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

Para Jacobi apud Guimarães e Giovanella (2004) o conceito variável de descentralização gera “ambigüidades, imprecisões e divergências”. Mas, embora os impasses relacionados ao termo ele pode ser entendido como um processo de reforma do Estado que reúne um número de políticas públicas para transferência de responsabilidades, recursos ou autoridade de níveis mais elevados de governo para níveis mais inferiores (FALLETI, 2006; PESTANA e MENDES, 2004).

Segundo Falleti (2006) ela pode se apresentar sob diferentes dimensões (Administrativa, Fiscal e Política), variando de acordo com o tipo de autoridade transferida. Na dimensão administrativa ocorre a transferência da administração e provisão de serviços sociais para os governos subnacionais, podendo ser os custos financiados ou não pela autoridade superior. Na descentralização fiscal há a caracterização de um grupo de políticas para aumentar a receita e a autonomia fiscal destes governos subnacionais. E a descentralização política se caracteriza pela transferência de autoridade política ou capacidade eleitoral para os entes subnacionais.

Ela também pode variar quanto à forma, se apresentando como Desconcentração, Devolução, Delegação e Privatização (RONDINELLI et al. apud PESTANA e MENDES, 2004). Na Desconcentração a responsabilidade administrativa se desloca na direção de níveis hierárquicos mais baixos numa mesma organização, sem a transferência de poder de decisão. Na Devolução ocorre a transferência de poder de decisão de uma organização governamental para outra de nível hierárquico mais baixo que adquire autonomia administrativa e política. Na Delegação o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais mantendo o financiamento e a regulação estatais. E na Privatização ocorre a transferência de organizações estatais para a iniciativa privada, seguindo as regras do mercado.

De acordo com Pestana e Mendes (2004) a descentralização do SUS se deu com a combinação das formas desconcentração, devolução e delegação. A desconcentração se referindo ao processo ocorrido entre as Secretarias Estaduais e as Regionais de Saúde e das Secretarias Municipais com os Distritos Sanitários. A devolução através da municipalização de serviços

nacionais ou estatais. E a delegação vislumbrada na relação entre os serviços hospitalares e ambulatoriais privados com fins lucrativos e os filantrópicos contratados pelo SUS.

O processo de descentralização da política de saúde brasileira foi permeado por duas vertentes, a do projeto da Reforma Sanitária, que defendia a descentralização como forma de aproximar os serviços de saúde das necessidades do cidadão dentro do contexto da redemocratização, e a da Reforma do Estado, numa forma de reduzir o papel do Estado e compartilhar responsabilidades com a sociedade e o mercado. Desse modo, o processo de descentralização do setor saúde foi permeado por diferentes ideologias e vivenciado entre contradições e conflitos (SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

Nesta conjuntura e sob a presença de fatores como a grande desigualdade social; as características do federalismo brasileiro naquele momento; e a continuidade de traços do modelo médico-assistencial privatista no novo sistema de saúde fizeram daquele momento mais difícil a tarefa de consolidar uma política social abrangente e redistributiva como o SUS, ainda mais em um país que não possuía um sistema de proteção social consolidado. Mas, ainda assim são reconhecidos os avanços no processo de descentralização vividos naquela época, como se pode citar o melhor aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora dos três níveis de governo e a influência de valores democráticos nas instituições do setor saúde. (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

A descentralização do setor saúde no Brasil envolveu as dimensões político-administrativa, ocorrendo a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recurso da esfera federal para a estadual e municipal. E a incorporação de novos atores sociais (MACHADO apud LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Ela se apresentou bastante diversa em todo o país, visto as diferentes possibilidades financeiras e administrativas presentes, assim como as disposições políticas de governadores e prefeitos (ARRETCHE apud LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001), e as diferenças do processo em áreas diversas do campo da saúde, como no processo vivido pela assistência e as vigilâncias, sanitária e epidemiológica (VIANA e MACHADO, 2009).

Mas, o avanço no processo de descentralização da saúde necessita do desenvolvimento de capacidades administrativas, institucionais e fiscais nos governos mais abrangentes para que possa conduzir o processo e nos governos locais para que assumam as atribuições dessa política considerando as desigualdades presentes e as características do nosso sistema federativo, que

exige a consolidação de relações mais cooperativas entre os níveis de governo, já que o SUS se constitui da reunião dos sistemas municipais, estaduais e nacional (ARRETCHE, 1999; LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002).

O nosso sistema federativo tem marco inicial em 1891 e teve inspiração no federalismo norte-americano, embora tenha objetivo diferente daquele, que reunia Estados independentes, enquanto o que se pretendia aqui era descentralizar o poder do centro para os estados, na realidade de um Império de poder altamente centralizado (FERNANDES, 1999; ABRUCIO, 2005 b; ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Dentre os tipos de federalismo existente, segundo Fiori (1995), o progressivo ou construtivo (o caso norte-americano), o perverso ou defensivo (típico de sociedades multiétnicas ou multiculturais, como o Canadá e a Espanha) e o pragmático ou reativo é neste último que se enquadra o caso brasileiro, identificado com as lutas contra os regimes autoritários, na busca pela democratização e descentralização do Estado, principalmente durante a década de 1980.

Embora de difícil definição conforme Fiori (1995), o federalismo pode ser entendido como uma forma particular de governo, dividido verticalmente, de maneira que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território, com o governo central e os governos locais independentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições, atuando como atores autônomos que podem implementar suas próprias políticas (LIJPHART apud ARRETCHE, 2002).

Ou, como explica Abrucio e Franzese (2007), significando um pacto ou acordo para o compartilhamento de soberania territorial numa Nação em que convivem diferentes entes autônomos com relações definidas de forma mais contratual e menos hierárquica, que embora na defesa da autonomia não se pode esquecer a interdependência entre eles, e a importante tarefa de se estabelecer a divisão de funções e poderes entre eles.

E de acordo com Watts apud De Seta (2007), ela pode ser entendida como um arranjo político que combina mais de uma esfera de governo, todas responsáveis frente aos seus cidadãos, com poderes administrativos, legislativos e de imposição de tributos, delegados pela Constituição.

A Constituição pode ser entendida como um grande contrato, onde estão definidos o regime federativo; os entes que a compõem; a relação de poder; a definição daqueles que participam dos processos decisórios; aspectos da relação entre os governos, principalmente do

ponto de vista administrativo e financeiro; o grau de centralização ou descentralização do Estado e os meios de partilha das receitas federais (DE SETA, 2007). Além da responsabilidade dos governos sobre as políticas institucionais; a indicação de competências comuns e concorrentes; e a definição de espaços possíveis de acordos ou pactuações (PARADA, 2002).

Outros elementos também buscam garantir o pacto federativo, como o Senado Federal, que é um espaço de representação dos estados e do Superior Tribunal Federal, responsável por julgar conflitos federativos e zelar pelo cumprimento da Constituição Federal. Juntos eles exercem o controle entre os níveis de governo, evitando tanto uma grande centralização como a fragmentação do poder. E soma-se ainda neste intuito mecanismos de incentivo a cooperação e a decisão conjunta (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Segundo Viana e Machado (2009) o federalismo brasileiro implicou em diferentes configurações das relações intergovernamentais e alternância de períodos de centralização e descentralização, relacionados com regimes autoritários e o movimento democrático, causando influência na política de saúde.

Hoje ele se diferencia dos demais quando atribui na Constituição de 1988 a autonomia aos governos subnacionais, especialmente aos municípios, que ganharam o status de ente federado (DE SETA, 2007), característica que não constitui essência do federalismo (DALLARI apud PARADA, 2002).

A nova configuração do sistema federativo brasileiro fez com que aumentasse a participação dos gestores nas várias áreas das políticas públicas no Brasil, resultando em relações intergovernamentais mais complexas que exigem a coordenação e o controle mútuo entre os níveis de governo, itens primordiais para o sucesso das políticas públicas, visto que a dispersão da autoridade política e inconsistência das decisões coletivas são fatores que levam a superposição de competências e competição entre níveis de governo. Mas também não se pode perder de vista os princípios da autonomia e da interdependência dos níveis de governo, que ainda hoje apresentam dificuldades para se efetivar (ARRETICHE, 2004; ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

As competências compartilhadas entre as três esferas de governo e a autonomia dada a eles pela Constituição, se por um lado pressupõe colaboração mútua, por outro traz a possibilidade de que alguns destes entes se omitam na condução da política de saúde, além da



dificuldade que apresenta da população ter condições claras de cobrar a responsabilização sobre as ações que deveriam, mas não estão sendo executadas (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

A autonomia também propicia com que diferentes iniciativas nas políticas públicas sejam geradas, dentre elas aquelas que não se integram e as que se superpõe na política nacional, significando perda de oportunidade do melhor uso dos escassos recursos e de melhores resultados. Estes fatos denotam a complexidade das relações intergovernamentais e reforçam a importância da coordenação federativa como uma função de peso para o sucesso de políticas públicas como na Saúde e uma forma de compensar e corrigir as desigualdades entre eles (ARRETCHE, 2004; VASCONCELOS, 2004; ABRUCIO e FRANZESE, 2007; VIANA e MACHADO, 2009).

A coordenação federativa representa uma forma de integração e compartilhamento entre os entes federados, que participam nas decisões conjuntamente, mas requer equilíbrio entre as formas cooperação e competição existente entre eles. E ela pode ser exercida por meio de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas; nos fóruns e mecanismos políticos de negociação intergovernamental; no funcionamento de instituições representativas; e no papel coordenador e/ou indutor exercido pelo Governo Federal sobre os demais (ABRUCIO, 2005a).

De fato, o processo inicial de descentralização da política de saúde no Brasil ocorreu sem a coordenação da União ou dos Estados, gerando um processo bastante desigual e variável no país, visto as diversas situações financeiras e administrativas dos municípios, além da variação de vontade política em investir na promoção de políticas públicas ou se manter na dependência de ajuda das esferas estadual ou federal. Este processo inicial se deu na forma de repasse de funções, que foram assumidas de forma desorganizada pelos municípios, contando com pouca cooperação das demais instâncias federativas e em alguns casos com a presença de competição entre eles, o que gerou um padrão autárquico de municipalismo, onde cada qual defende sua autonomia e se isola das demais unidades da federação (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

E finalmente na segunda metade dos anos 1990 a União assume as funções de coordenação e regulação, em detrimento da execução de serviços, e passa a regulamentar a distribuição de tarefas e conceder incentivos financeiros a adesão dos governos subnacionais (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Devido ao princípio da soberania, estados e municípios assumem as políticas públicas por adesão, necessitando serem incentivados a tal, com exceção das imposições constitucionais. A decisão final para a adesão passa pela avaliação dos custos e benefícios, assim como dos incentivos associados à adesão daquela política. Uma estratégia de indução bem formulada e implementada pelo nível de governo mais abrangente é mais favorável quanto menores os custos e maiores os benefícios (ARRETCHE, 1999).

O processo de coordenação federativa adotado pelo governo federal na década de 1990 então é aquele que vincula o repasse de recursos financeiros a prestação de serviços pelos entes subnacionais, tendo como parâmetros metas e padrões nacionais estabelecidos (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Mas, apesar da agenda da descentralização pós 1988, havia ainda pouca participação dos municípios na prestação de serviços de saúde, demandando uma articulação intergovernamental coordenada e em parte financiada pelo Governo Federal, utilizando para isso de dois incentivos: o da universalização da política de saúde, que exigia aumento da oferta de serviços, mas que também representava maior visibilidade e créditos políticos aos governos subnacionais; e as normas (NOB) que regulamentavam as condições de prestação de serviços e o seu financiamento. Além de se utilizar da vinculação de receitas dos três níveis de governo à saúde, por meio da aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, o que acaba por levar os governos subnacionais a adotarem comportamentos desejáveis pelo governo federal (ARRETCHE, 2004; ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

As portarias ministeriais foram um dos principais meios utilizados pela União para coordenar as ações na saúde. Através delas se condicionou as transferências de recursos do governo federal para estados e municípios ao atendimento de objetivos da política federal, formulada com participação de estados e municípios nos Conselhos de Saúde, numa forma de contrabalançar a concentração de autoridade do governo federal nesta política. Esta forma de coordenação, utilizada pelo Ministério da Saúde, que induz as escolhas dos governos subnacionais se mostrou bastante eficiente ao longo dos anos 90, tendo levado em 2002 99,6% dos municípios brasileiros a aderirem a alguma forma de gestão do SUS (ARRETCHE, 2004; ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

As transferências intergovernamentais de recursos funcionam como um grande e poderoso instrumento de cooperação intergovernamental, utilizado pelo governo federal para direcionar

recursos para funções consideradas prioritárias num plano de desenvolvimento nacional (MAC DOWELL e GREMAUD, 2005).

A transferência de recursos entre os níveis de governo ou dentro de um mesmo nível de governo é fundamental para proporcionar o alcance de objetivos das políticas públicas, possibilitando também a redução de disparidades entre os governos subnacionais, neste caso desde que ela dê condições de cada ente oferecer um padrão mínimo de serviços e se mantém sensível às oscilações econômicas, demográficas e sociais do país, devendo para isso sofrer análises constantes e correções quando necessárias (MAC DOWELL e GREMAUD, 2005).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para os gestores das três esferas de governo e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para estados e municípios representam um arranjo institucional para negociação e pactuação permanente sobre a política de saúde, se constituindo um importante espaço para o desenvolvimento das relações intergovernamentais, com o objetivo final de implementar a descentralização na gestão do SUS. Elas representam um canal de interlocução com o governo federal no intuito de influenciar decisões de normatização do processo de descentralização na saúde e possibilitam relações mais cooperativas entre eles no processo de gestão compartilhada (VASCONCELOS, 2004), portanto pode-se dizer que também se constitui uma importante forma de coordenação federativa. Muito embora algumas dificuldades sejam percebidas nesta relação, entre elas a de definição de uma agenda de pactuação, que sofre a influência de interesses sociais e institucionais em detrimento das necessidades e de critérios mais racionais, como na priorização da área da assistência em detrimento das políticas de promoção e prevenção, por exemplo, e a mudança dos governantes, evento normal no processo democrático, mas que gera instabilidade nas relações governamentais (VASCONCELOS, 2004).

A cada um dos entes federativos foram definidas competências pela Lei n.º 8.080/90. Aos municípios a organização da oferta de serviços e ações; aos estados o apoio aos municípios, a oferta complementar de serviços e a coordenação do sistema no âmbito estadual; e a União a formulação de diretrizes da política nacional de saúde, regulação e normalização do sistema, cooperação com estados e municípios e coordenação do sistema no âmbito nacional. Mas, neste patamar pouco se encontra na literatura sobre as relações entre o estado, ente federativo de nível intermediário e os demais, que se concentram no foco dos debates e estudos (SOUZA, 2002).

Abrucio e Franzese (2007), abordando os governos estaduais ressaltam que estes precisam encontrar seu papel, e sair da indefinição em que se encontram, segundo eles um dos principais problemas do federalismo brasileiro. O governo estadual hoje assume o papel de executor direto de ações, tendo um papel de coordenador regional pouco desenvolvido, sem falar da sua deficiente articulação na provisão das políticas públicas, coordenando programas e ações que na realidade se configuram na relação direta entre a União e os municípios.

Para Abrucio (2005 b) a relação entre União e Estados é marcada entre outros pela dificuldade de encontrar meios de compatibilizar as demandas das elites regionais com a visão nacional dos problemas do país, pela diferença com o processo de modernização vivido pelo Governo Central e a manutenção de conceitos patrimonialistas em grande parte de estados e municípios brasileiros.

Os estados são peças centrais nas políticas públicas, de grande importância para o sucesso da reforma do Estado brasileiro, mas que para dar sua contribuição à reforma precisam fortalecer suas capacidades gerenciais melhorando seu desempenho na administração pública e criando uma estrutura organizacional mais efetiva e eficiente, para que resulte no aumento da sua capacidade institucional para resolver os problemas sociais com os quais está envolvido e no empenho por relações intergovernamentais mais cooperativas e estruturadas (ABRUCIO, 2005 b).

Segundo Abrucio e Franzese (2007) na ausência da coordenação pelo nível estadual esta vem sendo exercida pelos próprios municípios, que se articulam nos consórcios intermunicipais, que se caracteriza por uma forma de cooperação entre os municípios, ou estabelecem convênios entre si, para questões que envolvem o repasse de verbas, equipamentos, recursos humanos, materiais entre outros.

Viana e Machado (2009) ressaltam que à coordenação federativa ainda cabe promover a mudança no papel da esfera estadual limitado no processo de municipalização vivido no país nos últimos anos, valorizar mais os canais institucionais existentes, favorecer objetivos que minem as desigualdades e promovam a cidadania e que leve em consideração as diferentes realidades sociais e territoriais.

Segundo Vasconcelos (2004) é preciso também que se intensifiquem as relações entre os estados, dos estados com os municípios e entre estes consolidando uma rede de interação na gestão do sistema de saúde e fortalecendo a cooperação regional.

No âmbito da vigilância sanitária (Visa) a coordenação federativa exercida pelo nível federal em relação aos estados e municípios efetiva-se mais tardiamente (final da década de 1990), com a descentralização de recursos financeiros federais, com a NOB/SUS 01/96, ao tempo da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Neste processo, que não foi igual em todo o país, foi percebida a modernização da estrutura dos serviços nos estados e a adequação de práticas, bem como um grau variável de descentralização das ações de Visa para os municípios (DE SETA et al., 2010).

Neste contexto de estruturação recente dos serviços estaduais, de “máquinas administrativas poucos eficientes”; dificuldade da maioria dos municípios em assumir as ações de Visa, principalmente os pequenos; transferências de recursos não vinculadas a compromisso de execução de ações; e o “caráter residual do estado”, somados a não cooperação financeira estadual com os municípios e a dependência da Visa estadual do repasse dos recursos federais têm contribuído, segundo De Seta et al. (2010, p. 143), para a deficiência do estado em exercer a coordenação desta política para os municípios, o que termina portanto em fragilizar a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

#### **4.2. As Normas Operacionais e o Processo de Descentralização do SUS**

Durante a década de 1990 o Brasil viveu intenso período de descentralização da Saúde (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001), principalmente voltado para a descentralização da assistência médica, ambulatorial e hospitalar (LUCCHESI, 2000), instruído pelas Normas Operacionais Básicas (NOB). Elas consistiam em portarias do governo federal, negociadas com os entes federados, e objetivavam lidar com o complexo processo de descentralização do SUS (VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002). As NOB, principalmente as de 1993 e de 1996, tratavam principalmente de aspectos que envolviam a divisão de responsabilidades, a relação entre gestores e os critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Na década de 1990 foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas: a NOB 01/91, a NOB 01/92, a NOB SUS 01/93 e a NOB SUS 01/96. Cada uma delas introduziu mudanças importantes na organização da gestão das ações e dos serviços e na operacionalização das relações político-institucionais e financeiras entre as três esferas de governo (LUCCHESI, 2000).

As NOB 01/91 e NOB 01/92 foram ambas editadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com o repasse de recursos federais para os governos subnacionais seguindo sua cultura político-institucional e utilizando dos mesmos instrumentos técnicos operacionais deste (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Os recursos eram transferidos sob a forma de convênio, onde os entes federativos subnacionais eram tidos como prestadores de serviços (SOLLA, 2006) e, o repasse seguia a lógica de pagamento por produção dos serviços prestados pelas unidades ambulatoriais e hospitalares do setor público.

Conforme Levcovitz, Lima e Machado (2001), essas Normas continham uma contradição entre seus objetivos de apoiar a descentralização e fortalecer o poder municipal, e seu viés centralizador, representado nas formas de transferência e repasse de recursos. Ainda assim, aderiram a elas 22% dos municípios (ARRETCHE; COSTA apud ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Nestas NOB não se viu processo de negociação e integração entre as instâncias de governo, dificultando o processo de assunção de novas responsabilidades exigidas pelo SUS, tanto para o nível municipal quanto o estadual. Este se viu a parte no processo, centrado nos governos federal e municipal, e perdeu sua função de negociador e articulador dos anos 1980, no período SUDS. Sem o papel coordenador da esfera estadual e com a transferência de unidades do INAMPS, geraram-se sistemas municipais isolados, sem a articulação necessária ao estabelecimento de fluxos de referência regionais e estaduais (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Em função das formas de transferência de recursos estabelecidos por estas NOB ocorreu o privilégio das atividades médico-assistenciais àquelas voltadas à saúde pública, que eram executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) ou realizadas por meio de convênios para repasse de recursos, incluindo-se neste último caso as ações de Visa (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

A nova norma, NOB SUS 01/93, veio atender as demandas da IX Conferência Nacional de Saúde inscritas no documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, elaborado por um grupo que reunia representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Após discussão no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), publicou-se a NOB em maio de 1993

(LUCCHESE, 2000; LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001), da mesma forma centrada nas ações ambulatoriais e hospitalares. As ações de saúde coletiva ainda estavam em processo de discussão inicial (LUCCHESE, 2000).

A NOB SUS 01/93 previu para os municípios três alternativas de gestão: incipiente, parcial e semi-plena e para os estados duas: parcial e semi-plena, cada qual diferenciando-se quanto a capacidade de gestão e repasse de recursos financeiros (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; SOLLA, 2006; ABRUCIO e FRANZESE, 2007). De positivo, essa Norma previu a transferência de recursos fundo a fundo para aqueles que assumissem a gestão semi-plena, embora ainda mantivesse a lógica anterior de pagamento por produção de serviços, mas não mais com repasse direto para os prestadores de serviços. Outra inovação foi representada pela criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com objetivo de existir temporariamente, elas passavam a representar um mecanismo em que estados e municípios dividiam a coordenação do processo de descentralização em cada estado (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Esta NOB embora tenha dado um novo direcionamento aos estados na condução da política de saúde não apresentou a reformulação das novas funções estaduais, nem recursos e instrumentos para a sua implementação (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Por isso se disse da sua concepção municipalista, que fortaleceu as relações entre a União e os municípios (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

A última NOB desta década foi a NOB SUS 01/96, que surgiu da demanda dos gestores dos três níveis de governo pelo aperfeiçoamento do processo de descentralização. Sua formulação passou também por amplo processo de discussão e negociação política que o da norma anterior. Neste momento era percebida a necessidade de avançar a descentralização em direção das ações de controle de doenças e vigilância sanitária, para de fato efetivar a implantação do SUS (LUCCHESE, 2000).

Esta norma foi implementada só em 1998, após a publicação pelo Ministério da Saúde de uma série de portarias que estabeleciam alterações necessárias à sua operacionalização. Até 2000, ocorreu a adesão de 99% dos municípios brasileiros contra os 63% da NOB anterior (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Ela previa duas condições de gestão para estados e para os municípios, sendo para o primeiro a gestão avançada do sistema estadual e a plena do sistema estadual e para o segundo a gestão plena da atenção básica e a plena do sistema municipal, cada qual acompanhadas por

responsabilidades, prerrogativas e mecanismos de financiamento específicos (LUCCHESE, 2000; LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Instituíram-se as CIB e a CIT como espaços permanentes de negociação e pactuação entre os gestores; aumentou-se a transferência regular e automática de recursos, na modalidade fundo a fundo para os municípios estendendo-se aos estados; encerrou-se a forma de pagamento por produção de serviços da atenção básica e implantou-se o repasse baseado em critérios populacionais; adotaram-se a Saúde da Família e o programa de agentes comunitários de saúde para mudança do modelo de assistência; e introduziu-se a Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre gestores dos três níveis de governo (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Descentralizadas aos municípios, na assistência, principalmente a execução de ações. Aos estados alocaram-se principalmente as ações de caráter regulatório, a gerência de serviços de referência estadual e a cooperação técnica e financeira aos municípios, e as ações de Vigilância Sanitária foram incorporadas a esta NOB de forma tímida e imprecisa (LUCCHESE, 2000).

Por outro lado, é dito que elas contribuíram para introduzir a vigilância sanitária na agenda política de estados e municípios e reforçar o papel coordenador da esfera estadual por meio da pactuação da pauta específica. Assim, se constituiu a Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CONASS um interlocutor privilegiado junto à Anvisa para a descentralização das ações de Visa (DE SETA e SILVA, 2001, 2006; DE SETA, 2007). Com isso, foram definidas, à semelhança da assistência, grupos de ações por complexidade que, todavia, não mantinham correspondência com a habilitação ou modalidade de gestão em que estavam enquadrados estados e municípios (DE SETA e SILVA, 2001, 2006).

Em resumo, nas duas primeiras NOB e na NOB/SUS 01/93 as estratégias propostas para financiamento e organização do SUS se restringiram principalmente à assistência, privilegiando o campo do cuidado, o que encontrava correspondência no modelo de atenção a saúde hegemônico, valorizando mais as áreas responsáveis pelo tratamento de problemas de saúde em detrimento a área preventiva. Assim, a descentralização da vigilância sanitária, assim como a das outras vigilâncias seguiu processo e tempo diferente em relação à descentralização do cuidado, tendo o processo se aprofundado mesmo a partir da implementação da NOB/SUS 01/96 e do fortalecimento dos seus serviços federais, no caso da vigilância sanitária a partir de 1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, portanto sob forte coordenação deste órgão federal (DE SETA e REIS, 2009).



Patrícia Lucchese (2000) diz que, para a vigilância sanitária, a NOB/SUS 01/96 indicou a necessidade de reorientação e de implementação dos Sistemas de vigilância sanitária, de Informação e de Redes de Laboratório de referência, tendo-se incluído a vigilância entre as atividades da PPI. Todavia, o que se instituiu como PPI logo após a NOB/SUS 01/96, além da PPI da Assistência, foi a Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD).

Somente após dezembro de 2003 uma parte das inspeções contidas nas “ações básicas de vigilância sanitária [...] passou a integrar a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS)”, designação instituída para a PPI/ECD por meio da Portaria n.º 1.172/2004 (DE SETA; REIS, 2009, p.277).<sup>3</sup>

No final da década de 1990, segundo Souza (2001), os debates em torno dos avanços e limites da descentralização ocorridos durante aquela década trazem a estratégia da regionalização como um meio de promover a descentralização com equidade no acesso. Naquele momento, se tornava mais forte a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde. E em 2001, o Ministério da Saúde publica a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que vai buscar por meio da regionalização reorganizar a assistência, utilizando a lógica do planejamento integrado com formação de redes articuladas e cooperativas para territórios delimitados e populações definidas, com fluxo de inter-relacionamento para garantia de acesso aos usuários às ações e serviços necessários com otimização de recursos (SOUZA, 2001). Só que, também para a NOAS, a vigilância sanitária não é o foco central.

### **4.3. Regionalização**

A regionalização, seja para alocar recursos para implementação de políticas e serviços públicos ou para realocar esses mesmos recursos para reduzir disparidades regionais ou iniquidades, é tema recorrente na literatura sobre as políticas públicas ou desenvolvimento econômico e social. De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010) no plano internacional a

---

<sup>3</sup> A esse respeito, ver De Seta (2007, p. 127) e De seta e Reis (2009, p. 277).

descentralização na área da saúde se articulou com a regionalização criando e fortalecendo autoridades sanitárias regionais.

Na área da saúde no Brasil, há literatura sobre a regionalização da saúde na década de 60 na Bahia (ARAÚJO, FERREIRA e NERY, 1973) e em São Paulo (ARANTES, XAVIER e ROLANDO, 1981) e na década de 80 em Minas Gerais (OLIVEIRA, 1989), voltados os dois primeiros à área de atenção à saúde e o outro a vigilância epidemiológica, respectivamente.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo n.º 198, aponta que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. A Lei n.º 8.080/90 reafirma as diretrizes previstas e define competências frente à criação dessas redes. E gradativamente as normas ministeriais estabelecem a regionalização como estratégia para articulação entre sistemas municipais de saúde (MACHADO, 2009), mas é a partir da emissão da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/2001 e a 01/2002 que a regionalização é reforçada (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010).

A NOAS/SUS 01/2001 apontou estratégias de planejamento para a formação de redes regionais de saúde<sup>4</sup> e introduziu a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões. Ela definiu a regionalização como um processo de hierarquização dos serviços de saúde em busca de maior equidade. E estabeleceu que o processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

Após várias críticas esta Norma não chegou a ser implantada, e no ano seguinte foi lançada a NOAS/SUS 01/2002, com revisão de alguns aspectos da norma anterior, mas não alterando suas diretrizes. Guimarães (2005), ressalta que a NOAS gerou uma grande diversidade de situações referente à regionalização, visto cada estado ter adotado um critério próprio de

---

<sup>4</sup> Na NOAS, uma região de saúde é definida como uma base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (BRASIL, 2001).

definição dos espaços regionais, exemplificando a condição do estado de São Paulo, que manteve a mesma lógica de organização de sistema público de saúde que já vigorava, e questionando sobre os avanços e manutenção de uma condição já existente.

Elas tinham como objetivo retomar a regionalização para integrar sistemas municipais de saúde, sob a coordenação da gestão estadual (MACHADO, 2009). A integração dos sistemas municipais se daria através da organização de sistemas microrregionais de saúde, onde pequenos municípios se agregariam em torno de municípios pólos, que assumiriam a gestão plena do sistema municipal (TEIXEIRA, 2002).

Mas, para o Estado exercer o seu papel coordenador era necessário qualificar e reorientar o papel do gestor estadual, deslocando-o da função de prestação direta de serviços para a função de formulação de políticas e planejamento/programação estadual, coordenação e regulação intermunicipal, controle e avaliação sistêmica, além de análises de resultados e impacto das ações de saúde e capacitação e apoio técnico aos municípios (SOUZA, 2001).

Valeriano Mendes Ferreira Costa (COSTA, s/d, apud De Seta, 2007) reforça a idéia quanto a necessidade do papel ativo da esfera estadual na coordenação do processo, que havia sido fragilizado na década de 1990, pela descentralização da gestão marcada pela transferência vertical de responsabilidades e recursos do Ministério da Saúde para os municípios. Com isso, o papel de coordenação da esfera estadual e as competências técnicas que esta havia acumulado ao longo dos anos, quase desapareceram (MACHADO, 2009).

O Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde, define que para que o SUS seja efetivo em relação à integralidade da atenção e coordenação de ações é necessário que se promova a cooperação entre as três esferas de governo, partindo do reconhecimento da interdependência existente entre elas e suas organizações, que sozinhas não terão capacidade suficiente para a solução dos problemas de saúde da população (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS apud DUBEUX e CARVALHO, 2009; BRASIL apud MACHADO, 2009).

Mas, a negociação e aplicação da NOAS apresentaram dificuldades relacionadas principalmente à articulação entre os entes federativos e a implantação de mecanismos de cooperação (QUEIROZ apud MACHADO, 2009). O que era esperado de um país sem tradição de relacionamentos intergovernamentais cooperativos e das conseqüências advindas da forte

municipalização vivida no país anteriormente (BRASIL, 2007 c, p. 12; DUBEUX e CARVALHO, 2009).

Segundo Gil, Licht e Yamauchi (2006) a regionalização do SUS representa uma estratégia para qualificar e fortalecer a descentralização, reduzir as desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar e otimizar recursos; potencializar o processo de descentralização; ampliar a participação comunitária e a democratização e propiciar os meios mais adequados de supervisão, uma maior cobertura de serviços e a adequação destes as necessidades locais.

Ela representa uma condição indispensável para a criação de um sistema público de saúde que dê melhores condições de acesso a população. E tem a capacidade de maximizar as fortalezas da descentralização (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009), sendo uma solução adequada onde os recursos são escassos e os problemas são complexos (FLEURY e OUVENEY apud OLIVEIRA e ARTMANN, 2009).

Segundo Guimarães (2005) a construção das regiões de saúde deve vir acompanhada de uma “consciência regional”. E para que isto se configure é requerido que se instituem instâncias de representação, debate e deliberação que sejam capazes de promover a articulação dos atores regionais.

É assim que fóruns ou conselhos regionais são vistos como lugares importantes para a construção social e política das regiões, com capacidade de transformar os territórios em entes coletivos capazes de sustentação política das ações, além de proporcionarem ao poder público um interlocutor para a formulação e implementação de ações, com legitimidade reconhecida por todos os atores regionais (GIL, LICHT e YAMAUCHI, 2006).

Em 2006, após um período de debate entre representações dos três entes federativos é lançado pela Portaria GM/MS n.º 399/2006 o Pacto pela Saúde, que apresenta a regionalização como uma das diretrizes da sua dimensão Gestão, assumindo o compromisso de avançar na regionalização e descentralização do SUS, orientando para o processo de identificação e construção de regiões de saúde no intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2007 d), dando ênfase a um processo de regionalização solidária e cooperativa.

Nesta norma as regiões de saúde têm definição parecida com a da NOAS, com destaque para que elas venham a favorecer uma ação cooperativa e solidária entre os gestores municipais e o gestor estadual (BRASIL, 2007 c).

O Pacto de Gestão manteve as ferramentas de gestão previstos na NOAS, como: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). E agregou outros elementos, como a admissão de que as regiões de saúde possam assumir diferentes escalas, arranjos e desenhos organizacionais, podendo ser formadas por municípios contínuos com baixa densidade populacional, municípios contínuos com grande extensão territorial, regiões interestaduais, regiões metropolitanas, aglomerados urbanos e regiões fronteiriças (GIL, LICHT e YAMAUCHI, 2006).

Houve também a criação de colegiados de gestão regional como espaço decisório e de firmação de pacto de base regional; a extinção das habilitações de estados e municípios em condições de gestão, passando agora os compromissos assumidos a serem formalizados nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), aprovados nos Conselhos de Saúde e revistos anualmente; e a responsabilidade da regulação das referências intermunicipais ao gestor estadual (MACHADO, 2009).

A mudança no processo de habilitação se daria pela adesão para um modelo de contratualização entre gestores e a responsabilização efetiva passaria a ser assumida de forma negociada, com a criação de capacidade progressiva de gestão pela efetiva cooperação técnico-financeira e negociação de metas e compromissos entre as três esferas de governo sobre o SUS (SOLLA, 2006). Mas, apesar das mudanças, Machado (2009) aponta que ainda permanecem no Pacto de Gestão elementos de continuidade importantes que predispõem a um ambiente de relações intergovernamentais envoltos em conflitos e ações não cooperativas.

Esses traços tenderiam a se perpetuar, a não ser que controles introduzidos por inovações no processo regulatório do acesso aos serviços de referência, além da concomitante superação de limitações políticas à aplicação de sanções aos transgressores dos pactos, possam afetar a distribuição de riscos e benefícios (MACHADO, 2009, p. 114-115).

Segundo o autor, as promessas de solidariedade se defrontam com problemas de credibilidade de compromissos, o que influencia negativamente na adoção de práticas de cooperação geral.

É isso que justifica, em grande medida, a insistência na adoção de medidas visando a aperfeiçoamento de regras e procedimentos institucionais para contenção do auto-interesse, tais como as que estabelecem freios e contrapesos, controles recíprocos, transparência ou aplicação de sanções aos desviantes do interesse coletivo. Trata-se de, via desenho institucional, estabelecer formas de dispersão do poder ou de tornar custosa a opção por uma orientação em sentido contrário à solidariedade. [...] A sujeição a normas e sanções, embora não uma condição suficiente, coloca-se, portanto, como um requisito fundamental para a disposição dos agentes para estabelecer e cumprir acordos entre si ou em benefício da coletividade. Disso infere-se que a instauração de relações intergovernamentais solidárias no SUS requer medidas que aprofundem o controle e o disciplinamento no exercício dos poderes concentrados sob as regras que presidem o processo de firmação do pacto regional (MACHADO, 2009, p. 116).

Assis et al. (2009), também afirmam que a divisão de responsabilidades e pactos de gestão assumidos no Termo de Compromisso de Gestão perde em efetividade por não haver um instrumento jurídico que garanta o cumprimento das responsabilidades consensuadas. E Machado (2009) chama a atenção também para o fato de que a construção de cooperação e solidariedade entre os entes federativos é condicional, sofrendo uma avaliação estratégica quanto aos resultados que as opções de escolhas podem trazer para eles.

Mas, embora estes fatos sejam aspectos importantes na reflexão sobre a condução deste novo momento de pactuação vivido pelo SUS, há que se considerar que, conforme Rosa et al. (2009), a regionalização da saúde é uma estratégia necessária e indispensável ao avanço do SUS, embora, as iniciativas para avaliar sua contribuição para o fortalecimento do SUS ainda sejam incipientes (DUBEUX e CARVALHO, 2009). Aponta-se para algumas dificuldades para sua operacionalização, relacionadas à adequada distribuição técnica, geográfica, científica e operacional das ações de saúde, nos diferentes níveis de atenção. E a importância de gestores, profissionais e população se apropriarem de conhecimento sobre o SUS para que ocorra a qualificação das práticas gestoras para a organização da atenção à saúde (ROSA et al., 2009).

Mas, Dubeux e Carvalho (2009), analisando a regionalização sob o enfoque da assistência consideram urgente a necessidade de treinamento, capacitação profissional e uma política de incentivo financeiro, como mecanismo de compensação para os profissionais que vão se inserir em serviços localizados no interior, principalmente naquelas localidades distantes dos centros mais desenvolvidos, que apresentam dificuldades de acesso pelas rodovias e em municípios com desenvolvimento incipiente.

Assis et al. (2009), fazem crítica a SES quanto a sua fragilidade e pouca estruturação para enfrentar as exigências do novo modelo, executando ações tanto como os municípios, ao invés de concentrar esforços no que, segundo eles é sua atribuição mais importante: a coordenação, a avaliação e a indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos. E, referente às unidades regionalizadas eles ressaltam haver insuficiência de pessoal técnico e capacidade de gestão para a coordenação, acompanhamento e avaliação do SUS local e regional, além da necessidade de aperfeiçoamento da relação com os municípios, para que eles sejam apoiados tecnicamente e então assumam com mais efetividade a gestão local. Seria necessário estruturar as regiões de saúde para facilitar a comunicação e planejamento regionais.

Teixeira (2002, p. 159-160), destaca a importância do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde investirem no fortalecimento da sua capacidade institucional, para a realização de análises permanentes da situação de saúde e a institucionalização de processos de planejamento, programação e avaliação de ações e serviços que subsidiem a definição e revisão contínua da configuração dos sistemas microrregionais em cada estado, já que estes se constituiriam como “espaço privilegiado de experimentação e análise dos limites e possibilidades dessas propostas, tanto no âmbito da assistência quanto na gestão dos riscos populacionais, na perspectiva apontada pela proposta da vigilância em saúde”. Sendo que na NOAS andaram em descompasso, segundo Solla (2006), com a descentralização da assistência, da vigilância sanitária e vigilância em saúde sendo efetivadas em tempos e formatos diferentes.

#### **4.4. A Regionalização da Saúde em Mato Grosso**

O estado de Mato Grosso apresentava desde 1992 seu sistema de saúde configurado em nove pólos regionais de saúde, formados por municípios administrativamente divididos. Esses pólos eram estruturas desconcentradas da SES/MT<sup>5</sup>, ligadas diretamente ao gabinete do secretário com a finalidade de realizar supervisão, coordenação e assessoria aos serviços de saúde estadual e municipais em sua área de abrangência. Mas, ao longo do tempo suas funções acabaram se restringindo a distribuição de vacinas e medicamentos, devido a falta no estado de uma política orientada para a descentralização, de programas de apoio e cooperação técnica aos municípios e

---

<sup>5</sup> Decreto n.º 1.201 de 29/01/1992.

de um plano de desenvolvimento e manutenção destas estruturas, influenciado pela perda de identidade no processo de descentralização inicial do setor saúde a partir das primeiras NOB, o que levou a configuração de práticas clientelistas, estruturas sucateadas e profissionais despreparados (GUIMARÃES, 2002; GONZAGA, 2002).

Naquele momento, que englobava o período inicial da vigência da NOB/SUS 01/93, em 1994, verificava-se que o estado apresentava forte processo de descentralização da gestão da saúde para os municípios, que ocorria sem a presença da coordenação estadual, criando a realidade de sistemas municipais isolados, com tendência a reforçar as diferenças já existentes entre eles. Até 1995 49% dos municípios do estado estavam habilitados, a maioria nas gestões incipiente ou parcial e a capital na gestão simplificada. A nova condição de gestão do estado exigia dele uma organização interna que favorecesse sua nova condição, como a elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES), o funcionamento do Fundo Estadual de Saúde (FES), do Conselho Estadual de Saúde (CES), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da adoção de mecanismos para a descentralização (GUIMARÃES, 2002).

A partir de 1995 com base em um diagnóstico da situação dos pólos de saúde do estado tem início um processo de reorganização de sua estrutura e redefinição de papéis, no intuito de alcançar a descentralização da gestão da saúde, prioridade de governo definida na então recente Política de Saúde Estadual, que passava a adotar a regionalização como diretriz. As novas estruturas deveriam ser organizadas para atuarem como espaços de articulação e integração entre os níveis estadual e municipal, contribuindo para modificar a relação entre eles ao mesmo tempo em que exigia novas funções a esfera estadual (SES/MT apud GUIMARÃES, 2002).

Em 1995 a Política de Saúde do Estado é apresentada aos municípios e a regionalização é estabelecida como forma de organização do sistema de saúde e o consórcio de saúde como o principal meio para expandir a integralidade da atenção à saúde (GUIMARÃES, 2002).

A SES/MT elegeu alguns mecanismos importantes para dar conta da organização regional, como a reestruturação do órgão estadual de saúde, a criação das CIB Regionais, a realização da PPI, a conformação do Sistema de Referência Estadual (SER), e a organização das Câmaras de Auditorias Regionais (CAR) (GUIMARÃES, 2002).

A reestruturação da SES/MT no período de 1995 a 2000 envolveu algumas mudanças em suas funções, entre elas a formulação, coordenação e fomento da política estadual de saúde; a cooperação para formação de sistemas municipais de saúde; o desenvolvimento de recursos



humanos; redistribuição regional de recursos financeiros com critérios equitativos; controle e avaliação de serviços públicos e privados; e condução do processo de construção de novos modelos, com priorização às ações de promoção da saúde e prevenção. Além disso, o organograma foi modificado e atualizado; o regimento interno aprovado; ampliada a estrutura assistencial do estado com inclusão de dois novos hospitais regionais, que passavam a compreender quatro na rede estadual; a SES passou a ter autonomia financeira; e houve a formalização de mais 04 pólos regionais (GUIMARÃES, 2002).

Quanto a CIB, houve a elaboração de seu regimento interno e o aumento da sua demanda sobre temas relacionados ao desenvolvimento da política de saúde estadual. E o estímulo a sua constituição nas instâncias regionais, para propiciar a negociação e pactuação e criar consensos num espaço mais próximo do município. Até 1997 já havia CIB Regionais em todos os pólos do estado (GUIMARÃES, 2002; GONZAGA, 2002).

A PPI foi implantada de forma mais lenta e gradual, num processo complexo de estruturação, em que ela acabava por reforçar o modelo de organização da atenção proposto pelo estado (GUIMARÃES, 2002).

Foi constituído o Sistema Estadual de Referência com papel de definir e organizar fluxos de pacientes na rede de serviços e garantir o atendimento, integrando os sistemas municipais, regionais e estadual (GUIMARÃES, 2002).

Em 1997 é criado no estado o Sistema de Auditoria com estrutura e funcionamento bastante parecido ao do Sistema Nacional e neste mesmo ano uma resolução CIB vai dispor sobre a criação de Câmaras de Auditorias Regionais, para dar suporte a municípios ainda sem condições de executar ações de controle, avaliação e auditoria nos serviços de seu território (GUIMARÃES, 2002).

A implantação destes cinco mecanismos tornou os pólos unidades desconcentradas atuantes nas questões que envolviam a assessoria, o planejamento, o gerenciamento e o controle e avaliação, tendo contribuído muito para isso o investimento da SES na formação e capacitação das equipes técnicas dos pólos para exercerem as novas funções e resgatar o seu papel; as oficinas de trabalho mensais em que pólos e SES discutiam problemas na implementação da política de saúde e na reorganização destas unidades e a constituição das CIB Regionais, por meio da cooperação técnica e das parcerias (GUIMARÃES, 2002; GONZAGA, 2002).

O estado incentivou os municípios a constituírem consórcios de saúde, numa lógica que visava estimular a cooperação entre eles, relacionada à área da assistência, tendo para isso contribuído com incentivos financeiros, na implantação de projetos prioritários, realização de capacitações, apoio político, redirecionamento de investimentos e descentralização de recursos (GUIMARÃES, 2002).

No período de implementação da NOB/SUS 01/96 a relação entre os pólos regionais de saúde e os municípios foi intensificada, dada a necessidade de cooperação para implementação de estratégias para adequar a estrutura da gestão municipal aos requisitos desta Norma e para gerar maior capacidade de organização local das ações e serviços, principalmente relacionados à atenção primária, que se tornava o principal foco da cooperação técnica exercida pelos pólos (GONZAGA, 2002).

Neste momento ocorreram cursos regionalizados para capacitação de gestores municipais de saúde e conselheiros municipais de saúde, em que o produto final do primeiro constituía na construção do Plano Municipal de Saúde; organização da referência para assistência ambulatorial e hospitalar; e consolidação dos consórcios intermunicipais de saúde. E ao final de 1998 todos os municípios do estado estavam habilitados na NOB/SUS 01/96 (GONZAGA, 2002).

Com a crescente demanda de trabalho nos pólos é estabelecida rotina da programação mensal e anual de trabalho junto a SES. E as CIB Regionais se consolidam como espaços permanentes de interlocução entre estado e municípios (GONZAGA, 2002).

Portanto no período de 1997 a 1999 a relação do estado com os municípios é voltada a indução da organização da atenção básica, em atendimento aos preceitos da NOB/SUS 01/96 e a partir da interiorização da programação da assistência também da referência para serviços mais complexos e especializados (GONZAGA, 2002).

Neste processo que envolvia também a criação e implementação dos consórcios intermunicipais de saúde do estado, iniciado em 1995, foi-se delineando à medida que os pactos entre os gestores iam se formando, a necessidade de reformulação dos espaços regionais (GONZAGA, 2002).

E em 1998, a partir das experiências do processo de microrregionalização da saúde no estado do Ceará o Ministério da Saúde seleciona três estados brasileiros, entre eles o Mato Grosso para fazer parte do Projeto de apoio à reforma do SUS, especificamente no subprojeto

Microrregionalização das Ações de Saúde, que é parte de um processo de cooperação Brasil – Reino Unido. Este projeto tinha como objetivo promover o desenvolvimento de redes intermunicipais de atenção à saúde, melhorando a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade para a comunidade. Para o estado significou o momento de focar na política de microrregionalização da saúde, na expectativa de que a sistematização das discussões dos problemas regionais pudesse apontar também para propostas pactuadas de intervenção (GONZAGA, 2002).

Mas, a condução do projeto no estado apresenta dificuldades, devido o momento de reestruturação administrativa no Ministério da Saúde na época. E mais tarde a publicação da NOAS/SUS 01/2001 incorporado o processo de microrregionalização à norma, que se restringe a área assistencial (GONZAGA, 2002).

O processo de microrregionalização da saúde significava para o estado um modelo para o alcance da integralidade das ações. Seu desenvolvimento foi intensificado a partir de 2001, levando em conta todo o processo de regionalização desenvolvido pela SES até aquele momento; o Plano Estadual de Saúde e as suas programações anuais; e um Plano Microrregional de Saúde que deveria orientar todo o processo e contemplar os eixos da assistência à saúde, a saúde coletiva e a gestão. Mas também a proposta constante da NOAS (GONZAGA, 2002).

Para vivenciar o processo de microrregionalização no estado foram definidos alguns conceitos, entre eles o da Microrregionalização, que representava “o processo de condução política de saúde no espaço supra municipal/regional, através da articulação e da pactuação dos diferentes atores sociais e serviços que visem ao enfrentamento conjunto dos problemas e encaminhamentos das soluções” (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002, p. 18).

O espaço de uma Microrregião de saúde era visto como “estratégico para o desenvolvimento da política de saúde do estado”, composto principalmente pelo estado e pelos municípios, ambos com atribuições e competências específicas e responsabilidades definidas. Neste espaço o estado é representado pelos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), que são definidos como uma unidade administrativa desconcentrada da SES, responsável por conduzir a política estadual de saúde no espaço regional e pela coordenação e articulação técnica e política junto aos municípios, para viabilizar a partir das prioridades regionais a Microrregionalização da Saúde (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002, p. 19).

A Microrregionalização naquele momento era considerada um processo de planejamento e gestão e que adotou a metodologia do planejamento estratégico para se desenvolver devendo se desenvolver levando em conta os eixos da assistência integral à saúde - com prioridade para a atenção primária, para o primeiro e segundo níveis de referência; da saúde coletiva - incluindo as ações da vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária; e - a gestão, englobando aspecto do financiamento do sistema, do sistema de informação, da assistência farmacêutica e da política de recursos humanos, entre outros (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

O processo de construção do Plano Microrregional de Saúde teve início a partir da atenção integral à saúde, naquele momento a área mais descentralizada da SES, e que objetivava também atender aos prazos e exigências da implantação da NOAS, tendo sido seguida posteriormente pela área da saúde coletiva (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

Este processo era conduzido pela Coordenadoria de Articulação à Regionalização e a Municipalização da Superintendência de Políticas, responsável pelos Escritórios Regionais de Saúde a partir de 2001, em parceria com as áreas da SES envolvidas. Neste momento o estado estava configurado em treze microrregiões de saúde, com meta de ter até o final do processo um Plano Microrregional de Saúde para cada uma delas (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

Na área da assistência à saúde o Plano Microrregional estava representado pelo PDR construído a partir da PPI, com a participação das secretarias estadual e municipais e dos consórcios intermunicipais de saúde (no total de dez). O processo se deu no ano de 2001, com a realização de fóruns em cada uma das treze microrregiões de saúde do estado e na capital, onde foram levantados problemas e definidas prioridades e metas de cada microrregião, que serviram de base para a posterior construção do PDI. Ao final daquele ano o PDR construído foi aprovado na CIB e no CES (MÜLLER NETO, 2002; SCHRADER e cols., 2002).

Ao final do processo, além dos Planos Microrregionais para cada uma das microrregiões estavam definidos também os módulos assistenciais de saúde, pactuadas as prioridades regionais e reorganizados os fluxos a partir da necessidade local e da capacidade instalada (MÜLLER NETO, 2002).

A construção do Plano de Microrregionalização da Saúde Coletiva também desencadeada em 2001 partiu do diagnóstico da saúde coletiva de cada município construído com o apoio das equipes dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS). Posteriormente ocorreram várias oficinas microrregionais reunindo secretaria estadual de saúde (nível central e regional) e

secretarias municipais, com objetivo de partir dos problemas municipais levantados e construir o Plano Microrregional de Saúde Coletiva com uma agenda de prioridades ações e de investimentos municipal e microrregional (GUIMARÃES e GUERRERO, 2002).

Segundo Gonzaga (2002), a consolidação do Plano Microrregional de Saúde que tinha como objetivo principal guiar o processo de microrregionalização enfrentava o desafio de ser um processo que envolvia a pactuação entre diferentes atores e que exigia a prática de um planejamento microrregional integrado; a articulação entre os eixos de assistência à saúde, saúde coletiva e gestão; a definição da competência de cada nível gestor e seu papel na condução e gestão da política microrregional; a integração dos recursos financeiros para os três níveis de governo; e a consolidação e integração do sistema de informação para monitoramento do processo. Esperava-se que até o ano de 2002 este projeto estivesse consolidado no estado<sup>6</sup>.

A Constituição Estadual (1989) reforça as diretrizes do SUS apontando para a constituição no estado de uma rede regionalização e hierarquizada de ações e serviços de saúde, seguindo as diretrizes da descentralização e da integralidade. Define nos artigos 225 e 174 questões sobre a relação entre o estado e os municípios e estabelece que o estado seja responsável pelos serviços de abrangência estadual ou regional, ou por programas, projetos ou atividades que não possam ser realizados pelos Municípios, quer por seu custo, especialização ou grau de complexidade. E que cabe aos municípios do estado cooperar com a União e com o Estado; associar-se com outros municípios, para a realização do bem-comum; assegurando condições básicas para as ações e serviços que visem promover, proteger e recuperar a saúde individual e coletiva (ASSAD, 1989).

Atualmente o estado está constituído em 14 Microrregiões de Saúde e 16 Escritórios Regionais de Saúde, diretamente subordinados a Superintendência de Articulação Regional (Anexo A).

---

<sup>6</sup> Após esse período não há registros de novas publicações que relatem a seqüência dada ao processo de construção do Plano Microrregional de Saúde do Mato Grosso.

#### 4.5. Vigilância Sanitária

Pode-se dizer que as práticas da vigilância sanitária formam a face mais antiga da Saúde Pública no Brasil (COSTA, 2001; DE SETA, 2007), de competência do SUS, conforme define a Constituição de 1988 e tem suas funções estabelecidas pela Lei 8.080/90 (§ 1 Art. 6).

Com ações típicas do Estado (DE SETA e REIS, 2009), a Visa trabalha no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário e os ambientes às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade e às necessidades do sistema de saúde. É uma importante área de construção da cidadania, cujas ações tem o propósito de implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços (LUCCHESI, 2006), sendo indiscutível portanto a sua contribuição para o sucesso da consolidação do SUS. E, quando necessário lança mão do seu poder de polícia administrativa, sua face mais conhecida pela sociedade e que lhe assegura a capacidade de intervenção sobre os problemas sanitários, muitas vezes restringindo direitos individuais em benefício do interesse público (DE SETA, 2007).

As ações de Visa a fazem interagir com diversos setores governamentais e da sociedade, destacando sua característica multidisciplinar e intersetorial (DE SETA e REIS, 2009; FERRARO, COSTA e SILVA, 2009).

O processo de trabalho, segundo De Seta e Reis (2009, p. 247) pode ser entendido como “um conjunto de ações seqüenciadas, que envolvem atividades da força de trabalho e a utilização dos meios de trabalho, visando o alcance de objetivos e metas.”

A finalidade do trabalho da Visa, definido na Lei 8.080/90 é a promoção e a prevenção de riscos à saúde, provenientes do processo produtivo (LUCCHESI, 2001; DE SETA e REIS, 2009), que transcende fronteiras e divisas e exige ações coordenadas e cooperativas entre as esferas locais, regionais, estaduais e federais, que deveriam estar sistemicamente organizadas (DE SETA e REIS, 2009).

Entre as atividades desenvolvidas pela Visa estão aquelas de caráter fiscalizatório, as mais priorizadas e reconhecidas entre as atividades da Visa, segundo Garibotti, Hennington e Selli (2006). Entre elas as inspeções, fiscalizações, as concessões de licenças e registros, o julgamento de irregularidades e aplicações de penalidades, mas também as normatizações, as comunicações com a sociedade e as de caráter educativo, sendo que as fiscalizatórias e as

normativas caracterizam seu papel regulador (DE SETA e REIS, 2009). E segundo Cohen (2009), em estudo sobre a gestão descentralizada na Visa do estado do Rio de Janeiro, embora os esforços empreendidos neste estado para o processo de descentralização da Visa, até 2006 ainda persistia o nível estadual como o executor de grande parte das ações de Visa, até aquele momento classificadas como alta e média complexidade.

Como as ações de Visa são ações típicas do Estado elas devem ser executadas por agentes públicos concursados ou comissionados para tal, que são dotados de poder de polícia administrativa na saúde e cuja ação regulatória acarreta “efeito econômico direto” naqueles que são regulados, portanto não devendo ser exercida por particulares, segundo De Seta e Reis (2009).

Segundo o estudo de Ferraro, Costa e Silva (2009), ao se referir ao aspecto agentes do processo de trabalho da Visa, destaca problemas referentes a alta rotatividade dos profissionais de Visa e a precariedade do vínculo de trabalho dos profissionais como aspectos que dificultam o exercício das funções de Visa. Conforme Garibotti, Hennington e Selli (2006), em estudo realizado em municípios metropolitanos de Porto Alegre detectou-se entre os trabalhadores de Visa que a maioria não possuía formação inicial para atuar em Visa, aprendendo sobre o trabalho de Visa na prática, ou por meio de iniciativas pessoais. Piovesan et al. (2005) em estudo com municípios da Paraíba, destacar a insuficiência de pessoal para as ações de Visa e a pouca capacitação de profissionais.

Para realizar as ações de Visa são necessários os meios que possibilitem a ela cumprir seus objetivos, entre eles não só estão àqueles relacionados aos saberes e práticas do campo da saúde, mas também de outros saberes, como a comunicação e o planejamento. E pode-se dizer que o processo de trabalho da Visa, enquanto campo da Vigilância contempla a dimensão político-gerencial, que se ocupa de criar condições para a intervenção, planejamento e programação de ações; e a dimensão técnico-sanitária, que atua no controle dos riscos à saúde (DE SETA e REIS, 2009).

No campo da Visa, na década de 1980, começava a ser sentida a necessidade de descentralização e de articulação entre as três esferas de governo, como explica De Seta e Reis (2009), mas apenas em 1994 é publicada pelo Ministério da Saúde (MS) a Portaria nº. 1.565 de 26 de agosto, definindo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), porém após quatro

anos de sua vigência ainda verificava-se incipiente processo de estruturação e de descentralização, resultando da não implantação da norma (DE SETA, 2007).

Em 1999, com a publicação da Lei nº. 9.782 é criada finalmente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), definidas suas atribuições, instituído o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) a ser coordenado pela Anvisa e definidos os componentes desse Sistema<sup>7</sup>.

Mas, segundo De Seta (2007) e De Seta e Reis (2009), o SNVS só se instituiu no plano operacional após a implementação da NOB/SUS 01/96 e a criação da Anvisa. Neste momento se deu um aumento da dotação e execução orçamentária da Agência, o que possibilitou o repasse de recursos financeiros regulares e automáticos para municípios e para os estados. Os municípios passaram a receber o PAB/Visa, parte do PAB variável, no valor de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) por habitante/ano para custeio das ações básicas de Visa previstas no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) do SUS; enquanto os estados recebiam a partir de 2000 um repasse para financiar ações de média e alta complexidade, vinculada ao Termo de Ajustes e Metas (TAM) e a partir de 2001, um valor referente às Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (TFVS).

Os estados recebiam o somatório de R\$ 0,15 (quinze centavos) por habitante/ano, multiplicado pela população de cada unidade federada, sendo que destes, R\$ 0,06 (seis centavos) seriam utilizados como incentivo a municipalização das ações de Visa; mais um valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS), anualmente estabelecido através de Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa. Ficava estabelecido também o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA), no valor de R\$ 420.000,00 (quatrocentos e vinte mil reais) para unidades federadas cujo somatório das parcelas estivesse abaixo deste valor, no intuito de apoiar estados com menor densidade demográfica. (DE SETA e SILVA, 2001; DE SETA e REIS, 2009).

A assinatura do TAM pelos estados como critério para recebimento do recurso funcionou para muitos deles como um instrumento de indução da estruturação e modernização

---

<sup>7</sup> No Nível Federal: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e os órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, cujas áreas de atuação se relacionem com o sistema, como o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); No Nível Estadual pelos 27 órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde e o suporte de um laboratório central em cada unidade da federação; e no Nível Municipal pelos



dos seus serviços de Visa, e estes passariam a ter a responsabilidade na descentralização das ações aos seus municípios, o que não teve êxito (DE SETA e REIS, 2009).

Em 2003, o financiamento das ações de Visa passa a ser definido pela Portaria GM/MS n.º 2.473, e proporcionou melhor aporte de recursos para os municípios, que poderiam receber além do PAB/Visa o valor de R\$ 0,10 (dez centavos) por habitante/ano a ser deduzido do teto global resultante do critério do Estado e R\$ 0,10 (dez centavos) por habitante/ano alocado pela Anvisa, por meio de repasse fundo a fundo, caso pactuasse ações de média e alta complexidade com a Anvisa, enquanto os estados continuariam a receber os mesmos valores definidos na portaria anterior (DE SETA, 2007; DE SETA e REIS, 2009; OLIVEIRA JÚNIOR, 2001).

De acordo com De Seta e Silva (2001), por vários anos a vigilância sanitária viveu a realidade de contar com poucos recursos orçamentários para seu custeio, o que mesmo assim ainda resultava em saldo positivo no fechamento anual do seu exercício financeiro, que era transferido para outras atividades do Ministério da Saúde. O mesmo se repetindo para Estados e Municípios que, no geral, reproduziam a mesma lógica. A consequência disso era que quanto menos se gastava menos recursos eram alocados para ela nos anos seguintes, o que tornava necessário então melhorar sua capacidade de gestão para que eles tivessem como melhor gerir seus recursos.

Segundo De Seta (2007) para a efetivação do SNVS é necessário, entre outros fatores, o fortalecimento dos serviços de Visa nas três esferas de governo, o aumento da coordenação e reforço da sua capacidade de gestão, visto a forte relação de interdependência entre eles, em que o município representa o elo mais frágil politicamente, com grandes diferenças quanto ao porte, riqueza e estrutura, aspectos demográficos, culturais, sociais e econômicos, percebendo-se um grande número sem estrutura para desenvolver ações de vigilância sanitária.

Lucchese (2006) aponta que a partir de informações dos recursos organizacionais de 18 unidades federadas, que os órgãos estaduais de vigilância sanitária ainda apresentam carências estruturais importantes, o que deve ser considerado visto ser ele um componente crítico do SNVS, responsável pela articulação entre os outros dois níveis de governo e em que se concentra a carga mais pesada do trabalho de fiscalização, principalmente de serviços e produtos de maior complexidade.

---

serviços de vigilância sanitária dos 5.564 municípios (BRASIL, 1999) e participando indiretamente estão os Conselhos de Saúde e os Conselhos de Secretários de Saúde.

Outros fatores também são apontados como aspectos importantes que afetam a coesão do SNVS, entre eles a inexistência de um sistema de informações estruturado interligando os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo, a carência de recursos humanos especializados, coerente com a ausência de um programa nacional de formação de recursos humanos para a Visa (LUCCHESI, 2006).

Com o Pacto pela Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2006, a Visa também adota um novo modelo de pactuação de ações, até então baseado num modelo de categorização das ações por níveis de complexidade (Portaria SAS n.º 18/1999), constante do Termo de Ajustes e Metas (TAM) é substituído por um Elenco Norteador das Ações de Visa (Anexo B), instituído em 2007 pela Portaria GM/MS n.º 1.052, que reúne um conjunto de ações agrupadas nas áreas: Ações para a Estruturação e Intervenção e Ações relativas ao Gerenciamento do Risco, sendo que elas deveriam compor o Plano de Ação de Visa.

Com as mudanças propostas no Pacto pela Saúde em 2006 o repasse de recursos da União para as ações de Visa dos Estados e Municípios também sofre mudanças que são instituídas com a publicação da Portaria GM/MS n.º 1.998/2007, que regulamenta o Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde e estabelece critérios de repasse de recursos financeiros para a execução das ações de vigilância sanitária.

Esta portaria cria um teto para ações de Visa, o TFVISA, formado por dois pisos, o estruturante, destinado aos municípios, e composto por recursos financeiros oriundos do PAB/VISA e Taxas de Fiscalização de VISA e o Estratégico, destinado a estados e municípios, composto pelos recursos financeiros oriundos do MAC/VISA e Taxas de Fiscalização de VISA (BRASIL, 2007 b).

A criação do Piso Estruturante para os municípios representa um aumento na soma de recursos até então destinados aos municípios. E seu cálculo é feito de duas formas: Municípios com até 20 mil habitantes passam a receber o valor fixo de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais) por ano. E os municípios com população superior a esse número, R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano (BRASIL, 2007 b).

Já quanto ao Piso Estratégico, há regras diferentes para estados e municípios. Os estados com até 2.142.587 habitantes recebem a quantia fixa de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil), sofrendo, portanto um aumento de trinta mil reais do modelo anterior. E aqueles com população superior aquele número tem repasse de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por

habitante/ano. E os municípios que queiram pleiteá-lo recebem um incentivo de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano (BRASIL, 2007 b).

O repasse do Piso Estratégico tanto para estados quanto para municípios é vinculada a apresentação de um Plano de ações de Visa que devem contemplar ações do Elenco Norteador (Anexo B) e ser aprovados nos seus respectivos Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite e Colegiado de Gestão Regional, respectivamente (BRASIL, 2007 b).

Em 2009, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM n.º 3.252 que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo que a Vigilância em Saúde abrange as ações de Visa; define o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e seus componentes; estabelece competências; aponta os recursos federais para as ações de Visa (definidos em 2010 pela Portaria GM/MS n.º 1.106) e estabelece critérios para a manutenção do repasse de recursos da Visa para estados e municípios, entre outras definições.

Em maio de 2010 é publicada a Portaria GM/MS n.º 1.106, atualizando as transferências financeiras federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para a execução das ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a atualização de população do IBGE e definindo que o Componente de Vigilância Sanitária é composto pelo Piso Fixo de Vigilância Sanitária (Piso Estratégico e Estruturante) e o Piso Variável de Vigilância Sanitária (constituído por incentivos específicos, como para execução da política de recursos humanos em Visa ou outros a serem definidos). Com esta portaria permanece a lógica de execução de ações descritas no Elenco Norteador, desta vez com inclusão de novas ações (Anexo B).

#### **4.6. A Gestão**

A gestão dos serviços públicos de saúde é tarefa complexa, visto o setor saúde representar uma área de interesses diversos e conflitantes, onde se encontram gestores públicos, fornecedores, fabricantes, prestadores de serviços e os cidadãos. E ao fato de ser a gestão pública uma área ainda pouco profissionalizada (DE SETA e SILVA, 2006).

Os serviços de saúde têm características que fazem com que eles tenham exigências próprias com relação à gestão e a organização dos serviços, como o fato de atender a necessidades complexas e possuir variáveis em que serviços ruins podem trazer graves prejuízos para as pessoas, portanto a gestão pode ser vista como uma atividade importante para a instituição de práticas mais efetivas (DUSSAULT, 1992).

Na área da Visa, segundo De Seta e Silva (2006), há uma precariedade no uso das informações disponíveis pelos serviços de Visa. A incorporação de métodos e técnicas de gestão ao cotidiano da Visa é ainda incipiente – há pouco tempo, além do critério político, a competência técnica na Visa era considerada fundamental para acesso ao cargo gerencial. E questões como a descentralização, o financiamento de ações e o repasse de recursos exigem da Visa uma melhor capacidade de gestão, que facilite alcançar um SNVS mais efetivo e eficiente.

Mas, ao buscar trazer conhecimentos, métodos e técnicas gerenciais do setor produtivo da economia a Visa, sendo um campo da saúde deve se atentar ao fato de que ela não deve se preocupar apenas em ser eficiente, enfoque ainda pouco desenvolvido pela maioria dos serviços de Visa, mas que o serviço que ela presta tem o fim na sociedade a quem deve se preocupar em prestar contas (DE SETA e SILVA, 2006).

Questões importantes que devem ser levadas em conta quando se pensa em gestão na Visa é que a sociedade ainda demanda pouco por ações de promoção e prevenção; os potenciais conflitos que envolvem a atuação da Visa, como a interferência em questões econômicas das empresas submetidas a ela; e a pouca experiência dos dirigentes de Visa nas questões gerenciais. Destaca-se também, embora não seja exclusividade dela, a forte presença da burocracia e do formalismo (DE SETA e SILVA, 2006).

A atuação da Visa ocorre tanto dentro como fora do setor saúde e ela divide competências entre órgãos de Visa de outros níveis de governo e também com outros órgãos do mesmo nível de governo (DE SETA e LIMA, 2006).

É necessário ao lidar com a gestão em Visa que seus dirigentes reúnam conhecimentos, habilidades, técnicas e métodos para lidar com alguns dos elementos que a compõe e interferem nela, como: os objetivos, as pessoas, a estrutura organizacional, os recursos materiais e financeiros, a tecnologia, o poder e o ambiente. Mas, estas questões precisam ser vistas a partir de duas dimensões da gestão: uma, objetiva e formal – reúne os conhecimentos, técnicas e instrumentos de planejamento, de programação e avaliação; e outra mais subjetiva e menos

formal - reúne aspectos de liderança, comunicação, negociação e outros (DE SETA e LIMA, 2006).

As organizações também apresentam duas dimensões, uma formal - como o trabalho deve ser realizado (conjunto de regras e normas), com definição de tarefas e responsabilidades; e a informal - como o trabalho de fato se realiza, resultado das interações estabelecidas entre as pessoas (DE SETA e LIMA, 2006).

Os aspectos que influenciam e compõem as organizações não se encontram separados, mas se inter-relacionam: - os objetivos, definem o trabalho a ser realizado a partir de uma demanda da sociedade, com necessária e constante avaliação das ações realizadas e das que devem ser feitas para realizar ajustes no processo de trabalho; - as pessoas, elementos críticos e indispensáveis; com motivações diferentes, mas que devem ser consideradas; - estrutura organizacional, representa um dos mecanismos de coordenação do trabalho, a hierarquia, embora não seja o único, podendo ser representada pelo organograma. Nela o trabalho é dividido e coordenado, no eixo vertical gerando os níveis hierárquicos e no horizontal, os diferentes setores e serviços no mesmo nível hierárquico; - tecnologia, que pode ser expressa pelo processo de trabalho da organização, com o que faz ou o que é necessário para se fazer; - poder, formal, dado pela hierarquia ou informal, situado em pessoas ou organizações; - ambiente, influencia e sofre influência da organização, podendo determinar relações de cooperação ou de competição; e - cultura organizacional (DE SETA e LIMA, 2006).

Segundo Dussault apud De Seta e Lima (2006), as organizações públicas dependem mais do seu ambiente do que as outras, visto serem mais suscetíveis as políticas governamentais. E as da saúde têm autonomia administrativa limitada, já que respondem hierarquicamente a pelo menos uma instância governamental superior.

Segundo Lima apud De Seta e Silva (2006) a gestão em vigilância sanitária pode ser tratada a partir de algumas dimensões ou perspectivas: racional, política, natural e múltipla, sendo esta a síntese das outras três.

A perspectiva racional, com ênfase nos objetivos e na divisão e coordenação do trabalho para a estruturação da organização. O processo de trabalho é analisado, dividido e simplificado para que possa ser padronizado. O trabalho é coordenado por meio de hierarquia e canais de comunicação formais verticais. E tem como instrumentos o planejamento, a programação

orçamentária e de atividades, avaliação sistemática dos resultados e seleção e capacitação da força de trabalho.

De acordo com De Seta e Silva (2006), os órgãos estaduais e distritais de Visa têm desde estruturas com maior autonomia administrativa e financeira, até os com grande dependência administrativa do nível central da Secretaria Estadual. A maioria deles fazem parte da administração direta e têm reduzida autonomia para gerir os recursos orçamentário-financeiros e, na maioria dos casos, baixa articulação com outros órgãos das Secretarias Estaduais. Muitos Estados não dispõem de regionais de saúde ou instituições similares, ficando a cargo do órgão central da Visa do Estado à execução das ações e também das que não são desenvolvidas pelos municípios.

A Política: no centro desta dimensão está o poder, fruto das relações entre pessoas e instituições. São fontes de poder o controle de recursos financeiros, de informação, de conhecimento técnico, a autoridade formal e a formação de alianças e coalizões. Segundo De Seta e Silva (2006), esta perspectiva é a mais merece atenção da Visa.

O poder na Visa é compartilhado e desigualmente distribuído entre os órgãos nos três níveis de governo. A Anvisa tem grande capacidade financeira, mas necessita da atuação da esfera estadual, e esta da municipal, apresentando-se uma relação de interdependência (DE SETA e SILVA, 2006).

Na área específica da Visa há o Conselho Consultivo da Anvisa e a Câmara Técnica de Visa do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). O primeiro, composto de representantes da União, Estados, Distrito Federal, dos Municípios, dos produtores, comerciantes e comunidade científica, que entre outras funções opinam sobre as propostas de políticas governamentais na área de Visa. E o segundo, órgão assessor integrado por coordenadores estaduais de Visa com a função de promover estudos, intercâmbio de experiências e de proposições de normas para subsidiar a formulação de políticas e de estratégias específicas. Nela são explicitados os interesses da esfera estadual de Visa, embora não seja uma instância formal por reunir apenas a esfera estadual (DE SETA e SILVA, 2006).

Natural: ênfase na satisfação das pessoas que realizam o trabalho e na necessidade do seu envolvimento para o alcance dos objetivos da organização. Tem como principais instrumentos o monitoramento e a análise do ambiente e o desenvolvimento do pessoal.

O ambiente da Visa pode ser caracterizado como complexo, em decorrência dos conflitos e interferências políticas que sofre, em decorrência de sua autoridade delegada (os dirigentes de Visa têm que prestar contas a uma autoridade externa). Também suas atribuições e competências são divididas nos três níveis de governo, além de haver questões de Visa que se situam fora do campo de abrangência da Anvisa, como o caso da Saúde do Trabalhador (DE SETA e SILVA, 2006).

Nesta perspectiva vemos características comuns para os três níveis de governo, como a turbulência técnica, tecnológica e política do ambiente em que operam, a dificuldade em analisar o ambiente pela existência de cadastros nem sempre atualizados e informatizados, inexistência de Plano de Carreira para os servidores e a tendência de centralização e coordenação do trabalho através da hierarquia, fatores que acabam por contribuir para a insatisfação dos trabalhadores de Visa (DE SETA e SILVA, 2006).

Mintzberg (1995) apresenta cinco mecanismos ou meios de coordenação dos trabalhos de uma organização, que também podem ser relativos ao controle e a comunicação. Segundo ele estes mecanismos são fundamentais e mantêm as organizações unidas.

- O ajustamento mútuo diz respeito à coordenação pela comunicação informal. A coordenação fica nas mãos dos operadores. Normalmente é utilizada em organizações mais simples, mas também pode ser utilizada pelas mais complexas. Neste mecanismo há necessidade de uma elaborada divisão do trabalho. O conhecimento se desenvolve no momento em que o trabalho se desenrola. E o sucesso da organização depende da habilidade dos especialistas em se adaptar cada um com o outro durante o percurso sem instrumento de apoio.

- Na supervisão direta uma pessoa tem a responsabilidade pelo trabalho dos outros, dá instruções, e monitora as ações, portanto é como se uma mente coordenasse várias mãos.

- A padronização dos processos de trabalho ocorre quando as execuções do trabalho são específicas ou programadas. Pode-se dizer que a coordenação é realizada antes do trabalho ser feito. Antecipadamente os trabalhadores sabem o que é esperado deles e agem de acordo com isso.

- Na padronização dos resultados, as saídas ou resultados do trabalho é que são padronizadas, ou seja, a coordenação entre as tarefas é predeterminada.

- Na padronização das habilidades a coordenação ocorre pela padronização de conhecimentos e habilidades necessárias para a execução de um determinado trabalho ou o trabalhador é capacitado/treinado antes de ser admitido.

Segundo Mintzberg (1995) à medida que o trabalho se torna mais complexo os mecanismos de coordenação vão mudando num ciclo, do mais simples (ajustamento mútuo) para o mais complexo (padronização) e depois voltando para o ajustamento.



## **5. ABORDAGEM METODOLÓGICA**

### **5.1. Tipo de Pesquisa**

Esta é uma pesquisa do tipo transversal, visto que os dados referentes ao objeto de estudo foram coletados em um único momento do tempo. E tem caráter exploratório e descritivo. Os estudos exploratórios são utilizados com o propósito de ampliar o conhecimento do pesquisador sobre fenômenos pouco conhecidos, tornando-o mais explícito, propiciando uma ampliação e melhora das idéias sobre o fenômeno e incentivando a geração de intuições sobre ele (GIL 1996; 2009). Se caracteriza também pelo fato de não dar uma resposta definitiva para um problema que se propõem estudar, mas uma visão ampliada subsidiando a realização de pesquisas futuras mais aprofundadas sobre um estudo empírico novo em que a base de conhecimento existente é insuficiente e a literatura disponível não fornece estrutura ou hipótese conceitual relevante (YIN, 2005).

A pesquisa exploratória, segundo Marconi e Lakatos (2002) além das finalidades já citadas propicia o desenvolvimento de hipótese e modifica ou esclarece conceitos. Neste tipo de pesquisa uma variedade de procedimentos de coleta de dados pode ser utilizada, como a entrevista e a observação, quando se quer um estudo relativamente intensivo de um pequeno número de unidades. E este tipo de pesquisa pode estar associado ao estudo descritivo, quando se pretende ampliar a descrição de características de um determinado fenômeno em seu contexto.

No estudo descritivo, conforme Gil (1996; 2009) são utilizadas geralmente entrevistas abertas e diferentes formas de observação, que vão possibilitar um estudo amplo e aprofundado sobre as características dos fatos e fenômenos, sem se desprezar o contexto em que ocorre.

Esse tipo de pesquisa geralmente é utilizada por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática e em identificar as várias manifestações de um fenômeno e descrevê-los de forma diversa e sob pontos de vista diferentes.

A metodologia desta pesquisa é predominantemente qualitativa, em função da questão de investigação, dos métodos de coleta e da análise dos dados necessários para respondê-la. Este tipo de pesquisa exige uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos sociais e dos objetivos da pesquisa (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2006). Ela visa responder questões que dizem respeito aos significados, aos motivos, as aspirações, crenças, valores e atitudes,

portanto envolvendo questões referentes às relações, as representações e a intencionalidade que o ser produz (MINAYO, 2008).

Foi utilizada como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso, que permite focar, em profundidade, um grupo, organização ou fenômeno atual complexo que ocorre no contexto da vida real, considerando suas muitas dimensões e utilizando de múltiplas fontes de evidência, o que vai dar maior aprofundamento aos dados, possibilitando maior aproximação entre a abstração dos resultados da pesquisa com a realidade prática social (YIN, 2005; GIL, 2009).

O Estudo de Caso busca principalmente compreender um fenômeno social no contexto em que ocorre do que estabelecer relações entre variáveis ligadas ao fenômeno. Este tipo de estratégia costuma enfatizar mais a exploração e a descrição de um fenômeno do que a explicação do mesmo e as principais técnicas de coletas de dados utilizadas neste tipo de estudo são a observação, a entrevista e a análise documental, seguindo sua característica do uso de múltiplas fontes de evidência ao mesmo tempo. E permitem a compreensão do fenômeno sob a perspectiva dos membros dos grupos ou das organizações (GIL, 2009).

O Estudo de Caso pode ser único ou múltiplo e o caso pode ser um indivíduo, um grupo, uma organização ou um fenômeno.

Nesta pesquisa temos um estudo de Caso Único, onde o caso é caracterizado pela Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso (Nível Central e Nível Regional) e como descreve Gil (2009), esse costuma ser um caso exploratório para obter informações básicas para um estudo mais aprimorado a ser posteriormente desenvolvido.

## **5.2. Período da Pesquisa**

Maio de 2010.

## **5.3. Critério de escolha do Caso**

A escolha do caso se deu em decorrência da vigilância sanitária do estado de Mato Grosso ser o local de trabalho da pesquisadora, e de acordo com a proposta deste mestrado de apresentar como resultado final um plano de intervenção no local de inserção profissional do

pesquisador a opção foi feita por este tema. Além disso, a Vigilância Sanitária do estado de Mato Grosso é composta de dois níveis: um central, localizado na capital do estado e um regional, presente nas 16 Visas regionais existentes nos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) do estado. Entre as Visas regionais optou-se por estudar a da Microrregião Teles Pires, numa escolha não probabilística, mas intencional e de conveniência, devido ao fato de estar sendo desenvolvido um outro estudo com enfoque sobre as Vigilâncias Sanitárias de todos os municípios que compõem aquela microrregião, o que vai possibilitar portanto um retrato mais abrangente sobre a vigilância sanitária desta microrregião do estado.

#### **5.4. Estratégia de Coleta e Tratamento dos Dados**

Os estudos de caso pressupõem a utilização de múltiplas fontes de evidências, necessárias para dar uma maior profundidade ao estudo e inserir o caso no contexto, dando maior credibilidade aos resultados (GIL, 2009) ou com complementa Yin (2005) o uso de duas ou mais fontes de evidências convergindo para o mesmo conjunto de fatos ou descobertas é um importante princípio do trabalho de coleta de dados. E isso é levado em consideração quando se avalia a qualidade do estudo de caso, com destaque para a coleta de dados, fazendo parte de um dos quatro testes apontados por Yin (2005) para verificar a qualidade do estudo de caso, chamado de teste de validade do constructo.

Outra vantagem do uso de várias fontes de evidências é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, também chamado por Yin (2005) de Triangulação de Dados, que faz com que se confirme o mesmo fato ou fenômeno, já que várias fontes de evidências fornecem várias avaliações do mesmo fenômeno.

Nesta pesquisa se utilizaram três fontes de evidências: a entrevista, a observação sistemática e a documentação. No intuito de que elas convirjam para a confirmação do fato ou fenômeno do estudo e complementem as informações necessárias para o aprofundamento do tema.

Para a técnica da entrevista foi utilizado o modelo de entrevista semi-estruturada, com questões fechadas no item de identificação dos entrevistados e em questões referentes à

Coordenação dos Trabalhos da Visa, sendo as demais perguntas abertas, propiciando com que o entrevistado pudesse falar a vontade sobre cada assunto.

Todas as entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados e depois transcritas para análise, totalizando 15 horas e 38 minutos de gravações. As entrevistas seguiram um roteiro com questões fundamentadas pelo referencial teórico, pressupostos teóricos e pelos objetivos da pesquisa e constam do Protocolo de Estudo de Caso que se encontra no Apêndice A.

A observação sistemática foi realizada na Visa do Nível Central, no ERS de Sinop e de uma reunião do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Para sua realização seguiram-se as questões apontadas no Protocolo de Estudo de Caso que destaca os itens necessários a serem observados e realizaram-se registros por escrito em um Diário de Campo.

Os documentos utilizados nesta pesquisa foram coletados de sítios na internet e diretamente nos órgãos pesquisados, após a prévia autorização da chefia e se constituem de: Regimento Interno, Organograma, Lista de Funcionários, Relatórios de Capacitação, Relatórios e registros de atividades realizadas, Plano de Trabalho Anual 2009, Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) 2008 do ERS de Sinop, Plano de Trabalho Mensal da Visa Nível Central e Regional e Registros de comunicações formais. Todos eles sofreram tratamento a partir de um banco de dados que reuniu as evidências documentais para análise.

Os Documentos coletados trazem dados referentes ao ano de 2009, devido ao fato das ações deste ano já terem sido fechadas, proporcionando melhor análise do contexto. A exceção da PAVS, em que foram utilizados dados de 2008, pelo fato de que ela não havia sido fechada na data da coleta dos dados.

Construiu-se e utilizou-se um Protocolo de Estudo de Caso para aumentar a confiabilidade da pesquisa, minimizando erros e vieses e para orientar o pesquisador na coleta de dados. Esse Protocolo se destinou a servir de guia para a condução da pesquisa e propiciar que outro pesquisador, que venha a realizar os mesmos procedimentos daquele que o antecedeu, também chegue às mesmas constatações e conclusões. (YIN, 2005; GIL, 2009).

### 5.5. Codificação dos Entrevistados

Os entrevistados se caracterizaram como informantes-chaves do serviço da Vigilância Sanitária Estadual, totalizando 20. Destes, 11 do Nível Central e 09 do Nível Regional, divididos entre gestores, técnicos e funcionários administrativos, que foram identificados conforme discriminado no Quadro 1.

Os quatro ocupantes de cargo de gestão do Nível Central da Visa entrevistados foram o Coordenador da Vigilância Sanitária Estadual, o Gerente de Planejamento e Avaliação, o Gerente de Inspeção e Monitoramento e o Gerente de Certificação de Alvará Sanitário e os do Nível Regional foram o Diretor do ERS de Sinop e o Gerente de Vigilância em Saúde.

A escolha dos técnicos do Nível Central e Regional entrevistados partiu da indicação dos gestores, mediante o critério do bom desempenho na função que exercem. No Nível Central procurou-se contemplar pelo menos um técnico de cada gerência, sendo que na de Inspeção e Monitoramento estão contempladas também as subáreas - Alimentos; Medicamentos; Cosméticos, Saneantes e Domissanitários; Serviços de Saúde e de Interesse da Saúde e Saúde do Trabalhador. Tanto no Nível Central como no Regional foram entrevistados 06 Técnicos de Visa e 01 Técnico Administrativo.

Quadro 1 – Discriminação dos códigos de identificação dos entrevistados conforme função que exercem na Vigilância Sanitária Nível Central e Regional, 2010.

<b>Códigos</b>	<b>Significado</b>
GNC1, GNC2, GNC3 e GNC4	Gestores do Nível Central da Visa.
GNR1 e GNR2	Gestores do Nível Regional da Visa.
TNC1, TNC2, TNC3, TNC4, TNC5 e TNC6	Técnicos do Nível Central da Visa.
TNR1, TNR2, TNR3, TNR4, TNR5 e TNR6	Técnicos do Nível Regional da Visa.
TANC	Técnico Administrativo Nível Central da Visa.
TANR	Técnico Administrativo Nível Regional da Visa.

Fonte: Formulários de entrevista. Elaboração própria.

### 5.6. Análise dos Dados

Para Gil (2009) a análise dos dados em um estudo de caso, como na maioria das pesquisas qualitativas se dá de forma simultânea à sua coleta. De maneira geral ela inicia-se pelo

estabelecimento de categorias analíticas, como as apontadas no Protocolo de Estudo de Caso. Segundo Gil (2009) não há como definir rigorosamente os passos e a seqüência adotados neste processo, não existindo a rigor métodos e técnicas específicas para análise dos dados obtidos em Estudos de Caso, sendo utilizadas as mesmas das pesquisas qualitativas. Segundo ele, o trabalho analítico no Estudo de Caso é altamente intuitivo. Todavia, Yin (2005), afirma que é importante a escolha da técnica de análise mesmo antes da coleta de dados e que esta definição ajudará a considerar as evidências de forma justa e com conclusões analíticas convincentes.

### **5.7. Limitações do método escolhido**

Uma das limitações dos Estudos de Caso é quanto à generalização. Estudos de Caso não são generalizáveis a grupos, organizações, populações ou universo, mas como cita Yin (2005) e Gil (2009) são generalizáveis suas proposições teóricas. O objetivo deste tipo de estudo é generalizar teorias, descrever características de um fenômeno estudado e, portanto seu alcance não ultrapassa o grupo ou fenômeno estudado.

Gil (2009) ainda cita sobre a difícil replicabilidade dos instrumentos de coleta de dados, que não são padronizados. E quanto ao seu complexo processo de análise, visto que o material para análise deste tipo de estudo se constitui de longas transcrições de entrevistas e notas de campo.

Mas, segundo Yin (2005) é possível verificar a qualidade de uma pesquisa social empírica como é o caso do Estudo de Caso através de 04 testes que são: a Validade do Constructo, a Validade Interna, a Validade Externa e a Confiabilidade, sendo que apenas o de Validade Interna não pode ser aplicado a esta pesquisa visto ser indicado para pesquisas explanatórias ou causais, que não é o caso deste estudo. A Validade do Constructo pode ser obtida pela utilização de várias fontes de evidência e encadeamento destas. Quanto a Validade Externa não se pretende generalizar o resultado desta pesquisa para outras Vigilâncias Sanitárias Regionais, embora o mesmo estudo possa ser realizado em outras com o mesmo objetivo deste estudo e o Teste de Confiabilidade se buscou alcançar pela utilização do Protocolo de Estudo de Caso e de um banco de dados para organizar os dados coletados.

### **5.8. Considerações Éticas**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob número de aprovação 42/2010.

Os serviços autorizaram previamente a coleta de dados da pesquisa e foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), adotado conforme recomendação do Conselho Nacional de Pesquisa, pela Resolução n.º 196/96, oferecido a todos os entrevistados, que também autorizaram a gravação em áudio das entrevistas e foram adotadas medidas para preservar o anonimato dos respondentes, garantindo-lhes sigilo e confidencialidade e respeitado o seu direito de recusa em participar.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1. Caracterização dos Entrevistados**

Os 20 entrevistados desta pesquisa, nos dois níveis da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso (Central e Regional) estudados estão divididos entre os cargos de gestão, técnicos de Visa e técnicos administrativos. Todos são funcionários públicos estáveis da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, exceto o Diretor do ERS que é funcionário contratado comissionado.

Entre os ocupantes de cargo de gestão do Nível Central estão o Coordenador da Vigilância Sanitária Estadual, Gerente de Inspeção e Monitoramento, Gerente de Planejamento e Avaliação e Gerente de Certificação de Alvará Sanitário. A maioria (75%) deles é do sexo feminino e tem título de especialista.

No Nível Regional os entrevistados no cargo de gestão são o Diretor do Escritório Regional de Saúde e o de Gerente de Vigilância em Saúde, ambos do sexo masculino, com escolaridade entre a especialização e a graduação, respectivamente.

Tanto no Nível Central como no Regional a função de gestão dos entrevistados é exercida por maioria (75% e 100%, respectivamente) de pessoas com idade variando entre 25 a 44 anos de idade e que estão no cargo há menos de cinco anos.

No cargo de técnicos da Visa a maioria dos entrevistados, tanto do Nível Central como do Nível Regional é de especialistas (83,3%), sendo que no Nível Central um deles tem Mestrado e, em ambos os níveis, a idade varia entre os 35 e 64 anos. No Nível Central todos os técnicos entrevistados são do sexo feminino e 83,3% está de 6 a 20 anos no cargo. No Nível Regional a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (83,3%) e está no cargo há pelo menos 5 anos (66,7%).



Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados da Vigilância Sanitária de Mato Grosso dos Níveis Central e Regional segundo características sócio-demográficas e funcionais, 2010.

Variáveis	Gestores N=06		Técnicos N=12		Técnico Administrativo N=02		Total N=20	
	NC <sup>(1)</sup>	NR <sup>(2)</sup>	NC	NR	NC	NR	N	%
Sexo								
Masculino	1	2	-	1	-	-	4	20,0
Feminino	3	-	6	5	1	1	16	80,0
Idade (anos)								
25 a 34	3	1	-	-	-	1	5	25,0
35 a 44	-	1	2	3	1	-	7	35,0
45 a 54	1	-	4	2	-	-	7	35,0
55 a 64	-	-	-	1	-	-	1	5,0
Escolaridade								
Segundo Grau	-	-	-	-	-	1	1	5,0
Técnico Nível Médio	-	-	-	1	-	-	1	5,0
Graduação	-	1	-	-	1	-	2	10,0
Especialização	3	1	5	5	-	-	14	70,0
Mestrado	1	-	1	-	-	-	2	10,0
Tempo no cargo (anos)								
Até 05	3	2	1	4	-	1	11	55,0
06 a 10	1	-	1	2	1	-	5	25,0
11 a 15	-	-	3	-	-	-	3	15,0
16 a 20	-	-	1	-	-	-	1	5,0

Fonte: Fichas do roteiro de entrevista. Elaboração própria.

<sup>(1)</sup> Nível Central

<sup>(2)</sup> Nível Regional

Quanto aos Técnicos Administrativos, ambos os entrevistados são do sexo feminino e têm idade variando entre os 25 e 44 anos. O do Nível Central tem graduação e está entre 6 a 10 anos no cargo, enquanto no Nível Regional, o ocupante desse cargo tem o segundo grau completo e está há menos de 6 anos no cargo.

## **6.2. O Estado, a Microrregião do Teles Pires e a Vigilância Sanitária Estadual**

O estado de Mato Grosso está localizado na região Centro-Oeste do Brasil, apresentando como limites ao norte os estados do Pará e Amazonas, ao sul o estado do Mato Grosso do Sul, ao leste Goiás e Tocantins e a oeste o estado de Rondônia e a Bolívia. Tem área de 903.357, 91 Km<sup>2</sup>, com população estimada de 3.001.725 habitantes (IBGE, 2009) e possui 141 municípios.

A microrregião de saúde do Teles Pires foi criada em 1995, tendo sido uma das primeiras do estado. Naquela época era constituída por 25 municípios. Hoje é composta de 14 municípios, dentre eles Sinop, que é sede do Escritório Regional de Saúde, e os municípios de Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Sorriso, União do Sul, Vera, Santa Rita do Trivelato e Tapurah.

A população desta microrregião está estimada em 307.837 habitantes para 2009 (IBGE, 2009) e tem área territorial de 80.245 km<sup>2</sup>. Está localizada na região norte do Estado, tem atividade econômica baseada principalmente na agricultura, pecuária e no extrativismo vegetal. O maior Índice de desenvolvimento humano da microrregião pertence a cidade de Sorriso (0,824) e o menor ao município de Feliz Natal (0,748). Dos 14 municípios desta microrregião Tapurah, União do Sul e Nova Ubiratã tem a maioria da população residente na área rural.

As distâncias dos municípios desta microrregião à capital do estado variam desde 269 km<sup>2</sup> - Nova Mutum - o mais próximo - até 689 Km<sup>2</sup> - União do Sul - o mais distante da capital.

Os municípios desta microrregião têm, em média, 19 anos de existência, sendo Sinop o mais antigo deles, criado em 1979. Os mais novos, Itanhangá e Ipiranga do Norte, datam de 2000. O porte populacional, por faixas, dos municípios desta microrregião, consta da Tabela 2.

Tabela 2 – Municípios da Microrregião de saúde Teles Pires e números de habitantes, Mato Grosso, 2009.

<b>N.º de Habitantes</b>	<b>Municípios</b>
Até 5.000	Ipiranga do Norte Itanhangá Santa Carmem União do Sul Santa Rita do Trivelato
De 5.001 a 10.000	Vera Nova Ubitatã
De 10.001 a 20.000	Cláudia Feliz Natal Tapurah
De 20.001 a 60.000	Nova Mutum Lucas do Rio Verde Sorriso
De 60.001 a 120.000	Sinop

Fonte: IBGE Cidades, 2009. Elaboração própria.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) é um órgão auxiliar de primeiro nível hierárquico da Administração pública estadual. Objetiva obedecer aos princípios, normas e diretrizes do SUS e tem como missão garantir o direito à saúde, enquanto direito fundamental do ser humano, e prover condições ao pleno exercício da promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de ações individuais e coletivas (MATO GROSSO, 2009).

De acordo com o seu organograma (Anexo A) a SES/MT apresenta no nível de decisão colegiada a Conferência Estadual de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). No nível de decisão superior está o Secretário de Estado de Saúde. Diretamente ligados a ele os órgãos de apoio estratégico e especializado como a Ouvidoria Setorial de Saúde e a Auditoria Geral do SUS e os órgãos de assessoramento superior, como o Gabinete de Direção e a Unidade de Assessoria e os Secretários Adjuntos de Saúde e de Gestão Estratégica.

No terceiro nível hierárquico estão os Órgãos de Execução Programática, entre eles a Superintendência de Vigilância em Saúde, a qual estão ligadas as Coordenadorias das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e a Saúde do Trabalhador, todos ocupando o terceiro nível hierárquico. E também no terceiro nível hierárquico se encontra a Superintendência de

Articulação Regional, a qual está ligada diretamente a Direção dos Escritórios Regionais de Saúde.

A vigilância sanitária estadual, como exposto anteriormente, é composta de dois níveis, o Central, localizado na sede da SES/MT, na capital do estado, onde fica a coordenação estadual e as três gerências que a compõe. E o Regional, com sede em cada um dos 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS) do estado, que conforme Müller e Lotufo (2002, p. 19) vem a ser:

... unidade administrativa desconcentrada da Secretaria de Estado, responsável pela condução da política estadual de saúde em nível regional e pela coordenação e articulação técnica e política com os municípios, com o objetivo de viabilizar a microrregionalização da saúde, com base nas prioridades regionais pactuadas.

Essas Unidades Administrativas, que chamaremos de ERS se situam nas 14 microrregiões de saúde em que o estado passou a ser dividido a partir de 1992, na época chamados de Pólos Regionais de Saúde, numa estratégia para a descentralização das ações de saúde.

As microrregiões são definidas como um espaço territorial, político e administrativo delimitado, que contém um conjunto de municípios e um Escritório Regional de Saúde (MÜLLER e LOTUFO, 2002), e que fica localizado no município sede da microrregião. E estão caracterizados como mostra a Tabela 3, com destaque para a Microrregião do Teles Pires, que junto com o Nível Central compõe o foco deste estudo. Essa tabela evidencia ser a microrregião de Teles Pires/Sinop a segunda maior do Estado em número de municípios.

Tabela 3 – Microrregiões de Saúde, Escritórios Regionais de Saúde e número de municípios por regionais de saúde, Mato Grosso, 2009.

<b>Microrregiões de Saúde</b>	<b>Sedes de Escritórios Regionais de Saúde</b>	<b>Número de municípios por microrregião de saúde</b>
Médio Araguaia	Água Boa	08
Alto Tapajós	Alta Floresta	06
Baixada Cuiabana	Cuiabá	11
Garças Araguaia	Barra do Garças	10
Oeste Matogrossense	Cáceres	12
Norte Matogrossense	Colíder	06
Médio Norte	Diamantino	07
Vale do Arinos	Juara	04
Noroeste Matogrossense	Juína	07
Vale do Peixoto	Peixoto do Azevedo	05
Oeste Matogrossense	Pontes e Lacerda	10
Baixo Araguaia	Porto Alegre do Norte	07
Sul Matogrossense	Rondonópolis	19
Baixo Araguaia	São Félix do Araguaia	05
Teles Pires	Sinop	14
Médio Norte	Tangará da Serra	10
<b>Total</b>		<b>141</b>

Fonte: PDR/SES/MT, 2005/2006. Elaboração própria.

### **6.3. Estruturação do Serviço de Vigilância Sanitária Estadual**

#### **6.3.1. Estrutura Organizacional**

A vigilância sanitária (Visa) do Nível Central é um serviço diretamente subordinado à Superintendência de Vigilância em Saúde, à qual também estão subordinadas as Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e a Saúde do Trabalhador, conforme Organograma (Anexo A).

À frente da gestão da Visa estadual está o Coordenador, ao qual estão ligadas três gerências, a de Certificação de Alvará Sanitário, a de Inspeção e Monitoramento e a de Programação e Avaliação (Anexo A), além de dois setores que o assessoram diretamente, a

Análise de Projetos Arquitetônicos e o Apoio Técnico. Este com a função de apoiar às questões jurídicas da Visa.

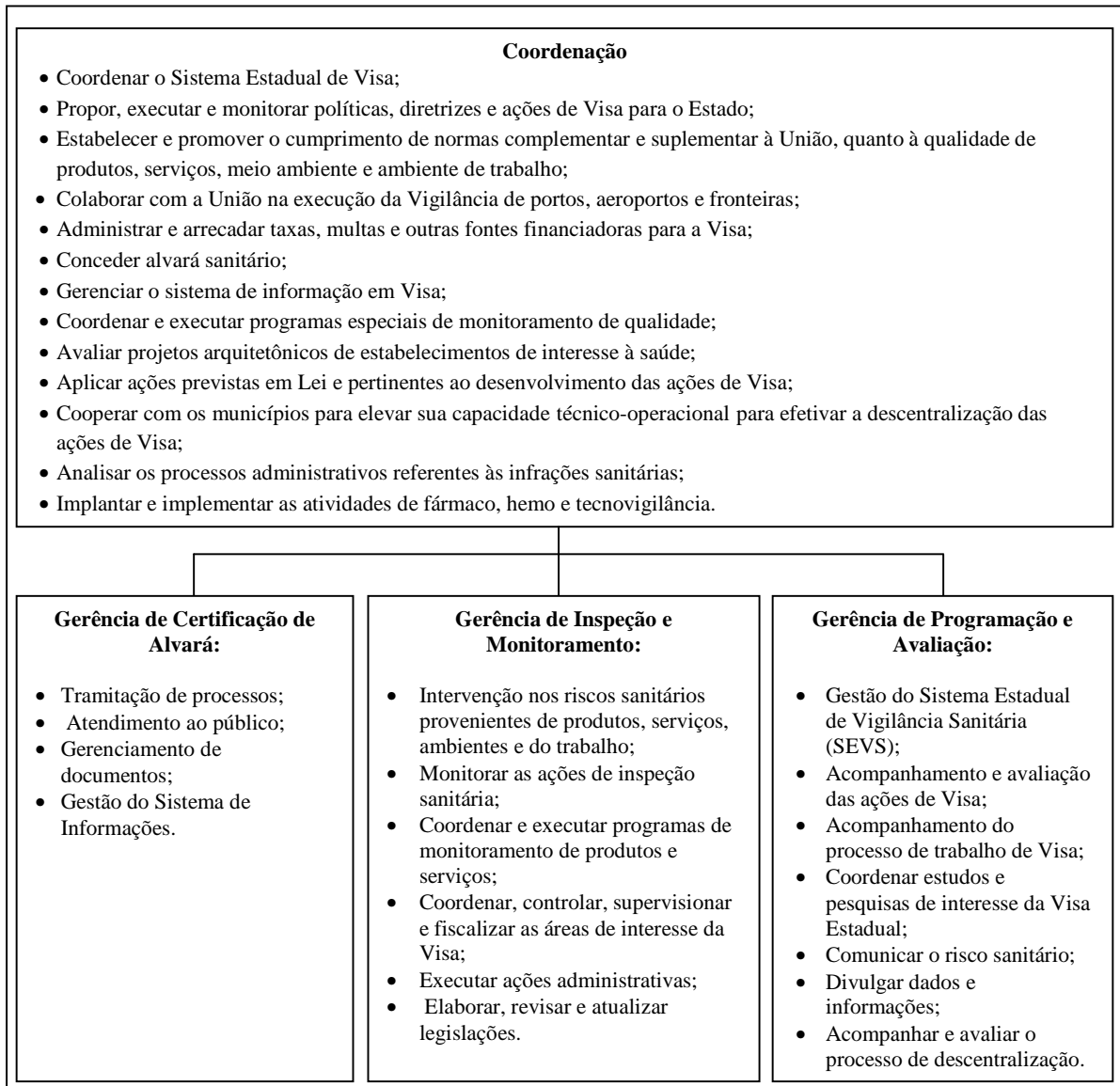
A Coordenadoria de Visa tem a missão de:

... promover a saúde, intervindo nos problemas sanitários através de um conjunto de ações coletivas, de forma contínua e sistemática, prevenindo e eliminando riscos e danos à saúde, provenientes de produtos, serviços, ambientes e do trabalho, visando à melhoria de qualidade de vida da população (MATO GROSSO, 2009 a, p. 13).

Competem-lhe a coordenação do Sistema Estadual de Visa; a proposição, execução e monitoramento de políticas, diretrizes e ações de Visa para o Estado; e a cooperação com os municípios para elevar sua capacidade técnico-operacional para a efetivação da descentralização das ações de Visa (Figura 1).

À Gerência de Certificação de Alvará Sanitário cabem entre outras ações, o atendimento ao público em questões relacionadas a concessão do alvará sanitário e a gestão do sistema de informação; a Gerência de Inspeção e Monitoramento cabe a intervenção direta sob os riscos sanitários e o seu monitoramento; e a Gerência de Programação e Avaliação está imbuída de fazer a gestão do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária; o acompanhamento e avaliação das ações e do processo de trabalho de Visa; e o acompanhamento e avaliação do processo de descentralização no estado (Figura 1).

Figura 1 – Funções da coordenação e gerências da Vigilância Sanitária Nível Central da SES/MT, 2009.



Fonte: Regimento Interno SES/MT 2009. Elaboração própria.

Dos quatro ocupantes de cargo de gestão do Nível Central três avaliaram a estrutura organizacional atual e a consideraram boa, principalmente se comparada à anterior, embora destaquem áreas a serem melhoradas, dentre essas, especialmente, a de Inspeção, que reduziria o tão criticado, no senso comum, “caráter cartorial” da vigilância sanitária.

[...] A criação da gerência de planejamento foi um avanço porque [o planejamento] ficava em segundo plano, quando desse tempo, né? ...A certificação de alvará tem muito pra melhorar ainda, aquela parte cartorial da vigilância mesmo, o cuidado hoje é maior com a criação dessa gerência, né? [...] os novos fluxos definidos do próprio sistema informatizado, acho que melhorou com a criação dessa gerência. Então, organizado desse jeito eu vejo que isso nós conseguimos... a partir de quando? A partir de 2008, então é muito novo ainda. A gente ainda tá até se adequando a essa nova estrutura, né? (GNC3)

Dos cinco técnicos e um Administrativo de Visa do Nível Central que avaliaram este aspecto, quatro o viram de forma positiva, um ficou neutro e outro levantou o problema da falta de integração entre as novas gerências.

Nossa! Favorece e muito, porque a vigilância sanitária antes funcionava simplesmente só uma caixinha: vigilância sanitária. Hoje não, nós temos dentro da vigilância sanitária as separações das competências das áreas, que é o planejamento e a parte de fiscalização e a parte de apoio administrativo, na qual contribui muito para o funcionamento da vigilância sanitária. (TNC4)

Os setores, querendo ou não é... a vigilância sanitária sendo subdividida [...] Alvarás e expedição de alvarás. ... a parte de inspeção e programação e avaliação. A gente trabalha muito desarticulado, muito fragmentado. A gente não consegue a integração desse processo, né? Por mais que a gente busque de um lado e de outro parece que a nossa demanda é... pra ontem sempre, né? Você tenta de um jeito, tenta de outra vez, não deu certo você acaba desarticulando, você esquece a integração, né? [...] Talvez não seja exatamente as gerências em si, e sim as pessoas. As relações que se estabelecem que nós temos problemas. (TNC6)

No ERS de Sinop há um cargo de Direção, ao qual estão ligadas três gerências: Gerência de Vigilância em Saúde, de Atenção à Saúde, de Gestão da Macrorregional (Figura 2). Esta última, não presente na estrutura de todos os escritórios, abrange hoje cinco microrregiões e um total de 37 municípios, formando uma Macrorregião. Todavia seu funcionamento objetiva a regulação do acesso aos serviços.

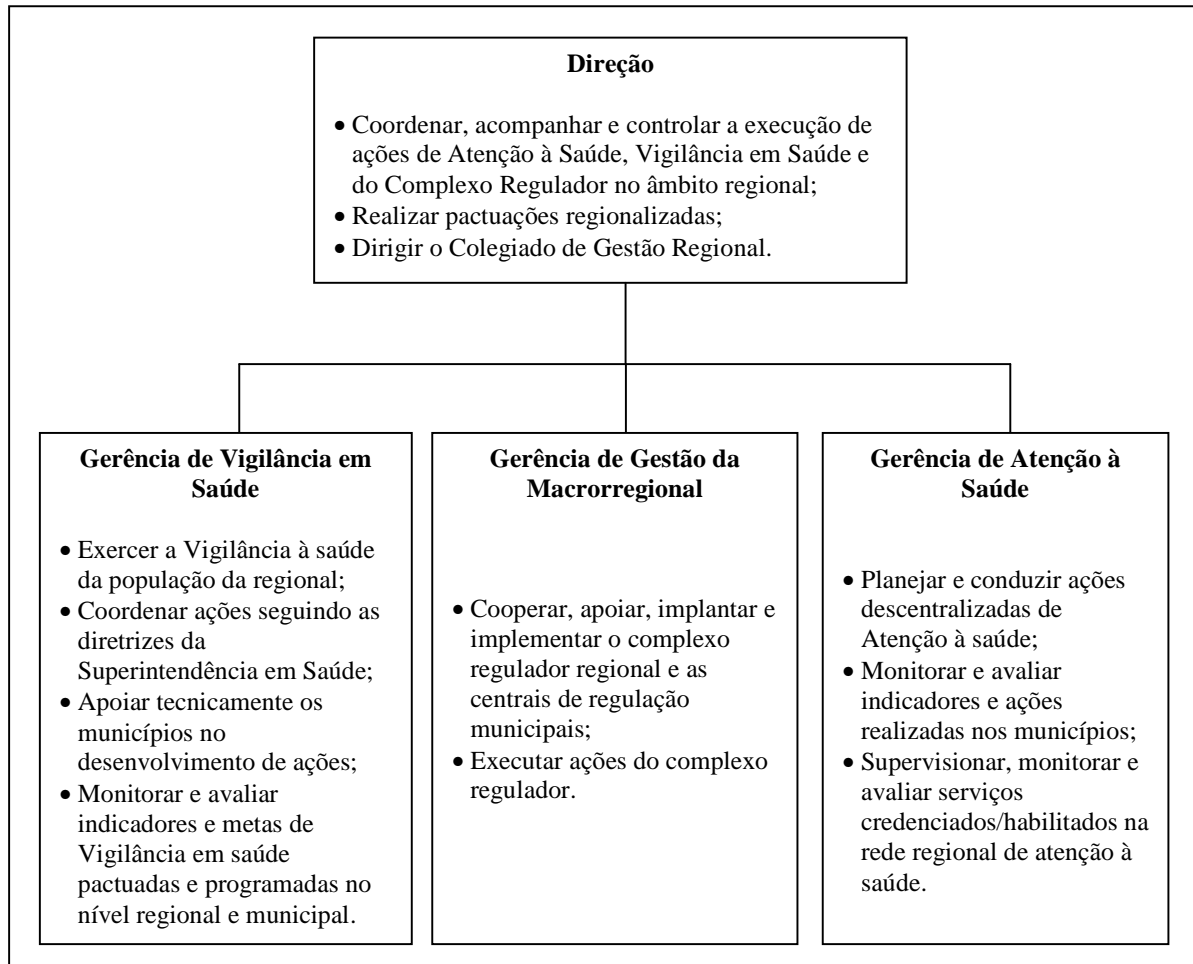
O ERS de Sinop, como os demais, tem a missão de viabilizar a descentralização da saúde no estado, cabendo-lhe a gestão regionalizada da política estadual de saúde; apoiar tecnicamente e monitor dos municípios no planejamento e execução de ações na saúde; a promoção de pactuações regionalizadas e a coordenação do Colegiado de Gestão Regional (CGR) (MATO GROSSO, 2009 a).

Ele reproduz em menor proporção a estrutura administrativa da SES/MT tendo algumas áreas correspondentes a ela, o que é expresso pela própria organização das gerências e demais setores que desempenham funções em consonância com as diretrizes do seu setor correspondente no Nível Central da SES.

Na Gerência de Vigilância em Saúde estão as áreas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental.



Figura 2 – Funções da Direção e Gerências do Escritório Regional de Saúde de Sinop, Mato Grosso, 2010.



Fonte: Regimento Interno da SES/MT 2009. Elaboração própria.

Um dos ocupantes de cargo de gestão do ERS de Sinop entrevistado diz que o ERS representa uma extensão da SES/MT próximo a um grupo de municípios que ficam sob a sua responsabilidade, mas com autonomia limitada.

Na realidade os escritórios regionais, eles são uma extensão, um braço da SES central [...] nosso grau de autonomia é limitado [...] o nosso papel principal é o que? É... assessorar, qualificar e monitorar esses municípios da nossa jurisdição... (GNR2)

### 6.3.2. Espaço Físico

No Nível Central a vigilância sanitária divide espaço com a vigilância epidemiológica e a ambiental, no bloco da Superintendência de Vigilância em Saúde, na sede da Secretaria de Estado de Saúde.

Seu espaço físico é dividido entre: um grupo de 14 pessoas nas funções de Atendimento ao Público, Apoio Técnico, Análise de projetos Arquitetônicos e na Gerência de Certificação de Alvará Sanitário e Coordenação da Visa; e outro com 38 pessoas divididas entre as outras duas gerências.

Dos entrevistados do Nível Central que avaliaram a sua estrutura física de trabalho, tanto gestores quanto técnicos, todos concordaram que a estrutura física existente não é boa. A maioria relatou que a situação atual interfere no bom desenvolvimento das suas atividades, conforme sintetizados nos dois relatos que se seguem:

Então se for observar... em se tratando de vigilância sanitária, as inspeções que são realizadas, o que nós cobramos de um prestador de serviço e o que nós temos é o oposto, aqui onde nós trabalhamos. Nós temos um espaço insalubre, nós não temos espaço pra trabalhar, a questão do ambiente, do espaço... (GNC1)
--

Estrutura física, precisa de tudo... Aumentar é tudo. E ter salas apropriadas, porque às vezes é difícil até a gente desenvolver trabalhos assim numa sala pequena e muito cheia, né? Você não consegue se concentrar, não consegue nada. Que tenha salas individualizadas para fazer recebimento do público, que é necessário na entrega dos relatórios. [...] Eu acho que a gerência também tinha que ter assim uma sala reservada, porque às vezes pra você despachar no meio de todo mundo você não consegue se concentrar no que você tá fazendo. E é risco às vezes a gente fazer algo errado. (GNC2)
---

Na observação do ambiente de trabalho da Visa Central verificou-se que seu espaço físico é subdimensionado em relação ao número de pessoas que lá trabalham e às atividades realizadas por eles. Técnicos dividem espaço com caixas de materiais apreendidos, que ficam ali armazenadas até seguirem para um depósito. Não há bancada de trabalho disponível para todos ao mesmo tempo, sendo que os que cumprem 6 horas/diárias revezam espaço entre si, conforme o período de trabalho (matutino ou vespertino).

Na Visa Regional o espaço físico também foi apontado como um aspecto insuficiente para o bom desenvolvimento das atividades. Hoje ela é constituída de um grupo de 08 pessoas, que dividem espaço com outras 39 (das vigilâncias epidemiológica e ambiental, da atenção básica e

do controle e avaliação), todas trabalhando em um salão setorizado de acordo com as áreas e gerências na qual a equipe técnica se compõe.

Sete dos nove entrevistados da Visa Regional caracterizaram o espaço físico como precário, interferindo no processo de trabalho, de forma parecida ao observado no Nível Central, embora tenha estrutura e dinâmica diferentes.

Entre os problemas apontados está a interferência de técnicos de outras áreas prejudicando o desenvolvimento pleno do seu trabalho rotineiro, assim como o prejuízo no atendimento ao público, dentre estes os técnicos das vigilâncias sanitárias municipais, que buscam na Visa Regional orientação.

Condição difícil pra gente trabalhar. Difícil assim, é um salão em que todo mundo trabalha junto. Então, se a outra vigilância ou se outro setor faz uma reunião e o pessoal conversa de lá, você não consegue pensar em nada. Você tem que se sentar, fazer um relatório, você tem que estar tranquilo pra fazer um relatório... [...]. E independente dessa barulheira, o tamanho também, né? [...] Dois numa mesa às vezes, né? (sorriu). Então, há necessidade de uma condição melhor [...] pra gente trabalhar. E também quando a gente recebe alguém, às vezes você precisa sentar com um proprietário, ou com um... representante de alguma prefeitura, de alguma vigilância sanitária que quer alguma orientação... (TNR4)

Dessa fala se depreende certo constrangimento vivido no trabalho cotidiano. A precariedade da estrutura física e suas repercussões sobre a qualidade do trabalho têm potencial para interferir também na saúde dos trabalhadores dos Níveis Central e Regional, conforme se depreende de uma das falas: *“A estrutura física em que nós trabalhamos, ela tira um pouquinho da qualidade de vida dos trabalhadores. [...] gera uma situação de desconforto pra trabalhar. Uma falta de concentração. Ambiente aberto... É muita gente conversando...”* (GNR1)

### 6.3.3. Recursos Financeiros

Em se tratando de recursos financeiros, a vigilância sanitária Estadual dispunha para desenvolver suas ações no ano de 2009 de R\$ 1.516.726,07. Grande parte desse recurso proveniente de transferência do Fundo Nacional de Saúde, referente ao Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009 a), representando 73,3% do total (R\$ 1.112.407,87) e a outra parte (R\$ 404.318,20), 26,7%, referente à arrecadação própria (taxas de vigilância sanitária).

Em 2009, ao recurso anual da Visa se somaram R\$ 300.000,00, destinado à aplicação em gestão de pessoas, especificamente para educação permanente, prioritariamente a equipes municipais, conforme Portaria GM/MS n.º 3.080/2008.

Quadro 2 – Recursos financeiros da Visa do estado de Mato Grosso no ano de 2009.

<b>Origem</b>	<b>Fonte</b>	<b>Valor</b>	<b>%</b>
FNS – Piso Estratégico	112	R\$ 618.419,47	73,3%
Anvisa – Piso Estratégico		R\$ 193.988,40	
Incentivo a execução das ações de gestão de pessoas em VS		R\$ 300.000,00	
Taxas arrecadadas pelo estado	240	R\$ 404.318,20	26,7%
<b>Total</b>	<b>112+240</b>	<b>R\$ 1.516.726,07</b>	<b>100%</b>

Fonte: FNS e Coordenadoria de Vigilância Sanitária Estadual. Elaboração própria.

A maioria dos gestores da Visa Nível Central não aponta problema de insuficiência de recurso para a Vigilância Sanitária Estadual, à exceção de um deles que considera que o recurso disponível é pouco, dada a necessidade de estruturação do serviço estadual. Essa necessidade se fez sentir, principalmente no que concerne à melhoria do espaço físico, da tecnologia de informação e da capacitação de pessoas. Embora haja a falta de consenso quanto à suficiência ou insuficiência do recurso financeiro para a Visa estadual, a maioria deles destaca a dificuldade de execução financeira do recurso disponível, devido a problemas na organização administrativa do estado, que interferem no trâmite dos processos de compra de produtos e serviços.

... os recursos financeiros ficam aquém do que a gente necessita. Hoje nós precisamos gastar mais em estrutura física, em tecnologia de informação, quando eu falo em tecnologia de informação eu falo de licença de software, construção de bancos de dados, tá? Nós pensamos também em rede, nós pensamos recursos humanos, mas basicamente essa questão: estrutura física, tecnologia de informação, tá? E recursos humanos. Todavia, temos que considerar que, de uma forma peculiar, a gente tem encontrado muita dificuldade com a execução financeira desse recurso. Então, na verdade a gente necessita de mais recursos, mas temos dificuldade de executar o pouco que nos chega, tá? Isso devido a própria demanda de processo, a demora na tramitação e, obviamente, algumas questões de cunho interno e orçamentário do estado, que nem sempre nos fornece o orçamento na medida do que a gente tem financeiro. Isso dificulta. E a gente tem que estar a todo ano solicitando o superávit e a suplementação deste superávit. (GNC4)

Na questão financeira o grande problema é a burocracia que existe dentro do serviço público, que é a questão de orçar, empenhar e liquidar, [...] Se eu quiser realizar qualquer outro tipo de contratação de terceiro pra facilitar o serviço da vigilância eu fico barrada, porque eu dependo de um processo de licitação, de pregão para que isso se realize. É o que acontece hoje. Hoje nós temos orçamento, temos financeiro, mas nós não temos pregão para executar todo esse recurso, né? (GNC1)

Dentre os técnicos do Nível Central entrevistados que comentaram quanto ao recurso financeiro da Visa estadual, dois disseram não saber avaliar este aspecto, enquanto outros dois vêem o recurso como suficiente. Um quinto concorda com os gestores quanto à dificuldade dos processos de aquisição de bens e serviços e um sexto não consegue avaliar por não ter conhecimento de um diagnóstico que aponte para as necessidades financeiras do serviço estadual.

Eu vejo o desconhecimento, né? Desse recurso, desse montante que se tem para executar as ações de vigilância sanitária, sabe? A gente vê que as coisas caminham, tem uma programação, obedecem toda uma programação, mas assim... eu ter noção do financeiro disponível pra vigilância? ... Eu desconheço esse valor, entendeu? (TNC3)

...recursos financeiros eu já não posso estar dizendo muito. Por quê? Porque eu acredito assim, a gente vai dizer que ela é suficiente ou insuficiente a partir do momento em que você tem um diagnóstico daquilo que deveria você fazer e o que não é feito talvez e... por insuficiência de recurso financeiro. No entanto, a gente não tem a noção do geral do que deveria ser de fato realizado. (TNC6)

Um dos gestores do Nível Central destaca a importância do recurso federal do SUS para a vigilância sanitária, principalmente para ser utilizado no custeio da infra-estrutura do serviço estadual. Ao mesmo tempo é favorável a idéia de que a Visa tenha condições de se sustentar pela arrecadação própria de recursos e tenha autonomia na execução do recurso financeiro, o que tenderia a contribuir para a maior estruturação do serviço estadual e dos municipais.

...que a vigilância tenha condições, através de sua arrecadação, de sustentabilidade, tá? ...o SUS tem que fazer investimento em vigilância sanitária, mas eu penso também que ela tem que ser uma estrutura com o máximo de autonomia possível. Não desprezando o recurso do Sistema Único de Saúde, que é necessário. É fundamental, mas que deve ser mais voltado a questão de dar infra-estrutura, enquanto que os recursos advindos das taxas devem permitir então uma autonomia de execução, uma autonomia de custeio da sua ação e de até mesmo financiamento de algumas questões dentro da infra-estrutura. Eu acho que isso é importante da gente frisar porque à medida que a gente tiver uma vigilância financeiramente capaz e auto-suficiente você trará pra dentro do órgão uma possibilidade de uma estruturação maior, tanto de estados como de municípios. (GNC4)

A previsão de gasto do recurso financeiro da Visa estadual, de forma geral, consta de um instrumento chamado Plano de Trabalho Anual (PTA), que é elaborado de um ano para o seguinte. Em 2009, no PTA se previram pagamento de diárias, salários de funcionários contratados, aquisição de material, transferência para municípios referente ao projeto da Vigilância em Saúde e recurso para o desenvolvimento de ações de Visa pelos Escritórios Regionais de Saúde (ERS). Os recursos para combustível e compra de materiais de expediente

são orçados no PTA do Setor de Transporte e do Setor Administrativo da SES, respectivamente, representando cerca de 10% do seu orçamento, que é repassado aqueles.

O maior volume de gastos da Visa estadual, segundo um dos gestores, tem se concentrado na contratação de pessoal, principalmente na área de tecnologia de informação e administrativa, seguido do gasto com diárias.

Do recurso destinado aos ERS um dos gestores do Nível Central explica que ele é principalmente aplicado na execução de inspeções sanitárias e algumas vezes à realização de eventos e reuniões. O valor destinado a cada um deles é discriminado no PTA e é definido de acordo com os tipos de estabelecimentos que cada ERS prevê ter capacidade de inspecionar no ano seguinte.

Para os escritórios sim, para a ação de inspeção, e alguma coisa também em termos de eventos, de reuniões para os escritórios. [...] para o escritório a divisão é feito no plano de trabalho anual, ou seja, em cima da atividade econômica, tá? Do código da atividade econômica [CNAE], dos tipos de estabelecimento. O regional opta se ele vai precisar do apoio da central ou não e a central valida o apoio em função da sua capacidade também. A partir daí é feita a divisão do recurso. (GNC4)

O Escritório Regional de Saúde de Sinop, como os demais do estado, não possui recurso próprio para custear suas ações. Portanto, elas são custeadas por cada uma das suas correspondentes no Nível Central da SES, como ocorre entre a Visa do Nível Central e as Visas Regionais, que tem o recurso orçado no PTA do Nível Central, como explica um dos gestores do Nível Regional entrevistado.

... nós dependemos exclusivamente do nível central. Nosso PTA, nosso plano de trabalho anual, ele é orçado em cima do recurso que fica na coordenadoria estadual. Nós dependemos totalmente. Tanto é que as aprovações e liberação de diárias são solicitadas por aqui e liberadas pelo nível central. Nós não fazemos a gestão desses recursos, na verdade nós só usamos ele. (GNR1)

Em 2009, a Visa Regional de Sinop tinha disponível R\$ 47.130,00 para realizar suas ações. Os entrevistados da Visa do ERS de Sinop quando questionados sobre o recurso financeiro para a realização de suas ações não se aprofundam nas respostas. Quatro deles, entre eles um dos gestores entrevistados, referiram apenas que o recurso é suficiente para as ações, sem fazerem maiores considerações. Um quinto diz desconhecer o recurso destinado a Visa Regional e um sexto, outro ocupante do cargo de gestão, informa que a Visa Regional não consegue gastar todo o recurso destinado a ela pela falta de pessoas e veículos suficientes para a execução de todas as ações previstas no Plano de Trabalho Anual.

... recursos financeiros pra diárias, por exemplo, não faltam. Uma, porque nós não damos conta de fazer todas as ações, também a gente acaba não consumindo todo o dinheiro disponível pro plano de trabalho. O que foi planejado a gente não consegue..., orçado a gente não consegue executar. (GNR1)

Na verdade é difícil dizer que é suficiente pelo fato da gente não ter recursos humanos suficientes pra fazer todas as ações. Muitas vezes a gente quer fazer as ações e a gente não consegue por dificuldade em relação a veículo....Éh... muitas vezes é por recursos humanos também. Mas esses dois fatores eles dificultam a nossa ação também. E teve anos, por exemplo, que sobrou recurso que a gente poderia utilizar... porque na verdade a gente tá muito pautado na inspeção. Não tem aquele planejamento como deveria ser. O que a gente planeja é dentro do que tem de entrada de documentos e a gente vai fazendo a nossa programação mensal também. (TNR6)

Dois técnicos do nível regional da Visa explicam como eles participam no planejamento do recurso que será previsto para as ações da Visa Regional: “... a gente fala mais ou menos o que a gente vai fazer, né? Faz um planejamento disso e dentro disso passa pro nível central que daí eles vão distribuir o quanto que vai ser necessário para estar fazendo estas ações.” (TNR5)

Quanto ao acompanhamento do gasto dos recursos um gestor da Visa Central refere dificuldade em realizar o acompanhamento em profundidade, o que lhe gera um forte sentimento de angústia: “Olha, eu diria que o acompanhamento é feito, mas não como deveria, tá? O acompanhamento fica muito aquém do que a gente vê que é necessário. Isso gera uma angústia muito grande na gente que tá na área de gestão e técnica, que a gente visualiza que precisamos aprofundar muito, muito, muito, muito, muito, muito!” (GNC4)

Na Regional um gestor refere que não é feito o acompanhamento rotineiro do gasto em Visa. Sendo realizado apenas um consolidado anual para a avaliação do PTA: “Então não é feito monitoramento dessa gestão, quanto que já gastou, quanto que não gastou. Geralmente se faz isso, uma avaliação assim, especificamente para discussão do PTA do ano seguinte. Para o orçamento do ano seguinte. Aí se faz o levantamento do que foi gasto, mas o acompanhamento rotineiro disso não é feito.” (GNR1)

Sobre o repasse de recursos financeiros para as Visas municipais, um gestor explica que ele não ocorre pela falta de capacidade financeira do estado para tal: “...se a gente descentralizar a gente fica sem... Gostaríamos, mas é preciso como eu disse, aumentar a nossa arrecadação, a nossa receita pra que a gente tenha condição” (GNC4).

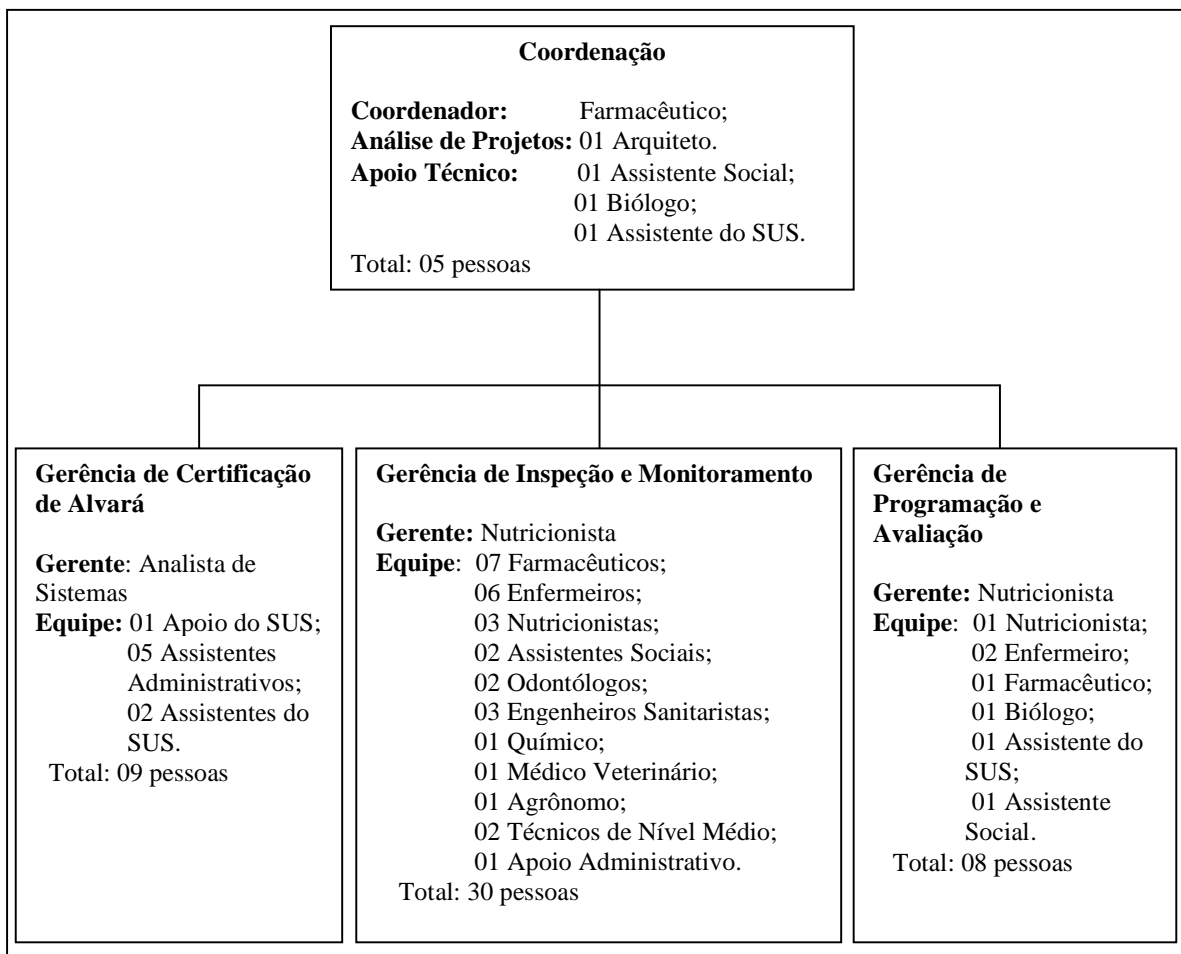
Essa reduzida capacidade apenas possibilita a colaboração financeira da vigilância sanitária estadual em contribuir para um incentivo da Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado, anteriormente apenas citado, que premia projetos selecionados de municípios com menos de 10.000 habitantes para estruturar seu serviço de Vigilância em Saúde.

## 6.4. Processo de Trabalho da Vigilância Sanitária Estadual

### 6.4.1. Agentes do Processo

A Visa do Nível Central é composta por uma equipe multidisciplinar. São ao todo 52 pessoas, como pode ser visto na Figura 3, predominando farmacêuticos, enfermeiros e nutricionistas. Das Gerências em que a Visa está dividida, a que apresenta maior número de profissionais é a de Inspeção e Monitoramento (57,7%), seguida da Gerência de Certificação de Alvará (17,3%) e, por último, da Gerência de Programação e Avaliação (15,4%).

Figura 3 - Distribuição dos profissionais da Vigilância Sanitária Nível Central entre os setores e gerências, 2010.



Fonte: Lotacionograma da Coordenadoria de Vigilância Sanitária da SES/MT. Elaboração própria.



Apesar do número de profissionais lotados na Visa Nível Central (Figura 3), alguns não se encontravam em trabalho na Coordenadoria no momento da coleta dos dados. Os motivos variavam entre licença-maternidade, licença-prêmio, licença-médica e licença para estudo (mestrado e doutorado), ou por não estar desenvolvendo atividade diretamente ligada à gerência à qual está vinculado, como é o caso de um funcionário da Gerência de Programação e Avaliação, que exerce atividades no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Estadual. Nestas condições estão 07 funcionários, três deles na Gerência de Programação e Avaliação, dois na Gerência de Inspeção e Monitoramento, um na Certificação de Alvará e um no Apoio Técnico.

Quadro 3 – Carga horária de trabalho, classificação do vínculo de trabalho e condição de afastamento dos profissionais da Visa Nível Central/SES-MT de acordo com os setores de trabalho, 2010.

Profissionais	Setores da Vigilância Sanitária Nível Central							
	Coordenação		Gerência de Certificação de Alvará		Gerência de Inspeção e Monitoramento		Gerência de Programação e Avaliação	
	Carga Horária, Vínculo e Afastamento do Trabalho							
	30 horas/semana	40 horas/semana	30 horas/semana	40 horas/semana	30 horas/semana	40 horas/semana	30 horas/semana	40 horas/semana
Agrônomo					01			
Analista de Sistema				01				
Apoio do SUS	01 <sup>(1)</sup>		01	01				
			01					
Arquiteta		01 <sup>(2)</sup>						
Assistente Administrativo						01	01	
Assistente Administrativo				05				
Assistente Social	01				01	01	01	
Biólogo	01						01	
Enfermeiro					04	02	01	01
Engenheiro Sanitarista						03		
Farmacêutico		01			05	01		01
						01		
Veterinário						01		
Nutricionista					03	01		02
Odontólogo						02		
Químico						01		
Técnico de Nível Médio						02		
<b>Total</b>	03	02	02	07	14	16	04	04

Fonte: Documentos da Coordenadoria de Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso. Elaboração própria.

<sup>(1)</sup> a célula preenchida de azul é para indicar aqueles profissionais que estão afastados das atividades da Visa no momento da coleta, por motivos discriminados anteriormente.

<sup>(2)</sup> a célula preenchida de verde indica os profissionais contratados, sendo que todos os outros com a célula sem preenchimento são concursados e efetivos do quadro da SES/MT.

Todos os gestores e três dos seis técnicos entrevistados na Visa Central consideraram que o número atual de funcionários do Nível Central da Visa é insuficiente para a demanda de atividades.

... recursos humanos nós temos pouco. É pouca a quantidade de técnico para a demanda muito grande do estado, de trabalho. Então é muito pouquinho que nós temos. Precisa aumentar muito, pra dar conta, né? (GNC2)

Ah... A meu ver assim... eu acho que recursos humanos é bastante deficiente, né? Porque o ideal é que numa inspeção sanitária a gente fizesse uma equipe multidisciplinar e hoje em dia a gente não tem esse recurso, né? (TNC1)

Dois técnicos, um do Nível Central e outro do Nível Regional, destacam a insuficiência de pessoal para a atividade de suporte jurídico, que na Coordenadoria Estadual recebe a denominação de Apoio Técnico. Na visão do técnico da Regional, essa insuficiência leva a uma morosidade na decisão e falha no retorno da informação sobre a decisão final.

... no nível central tem poucas pessoas na parte jurídica... a gente faz inspeção em farmácia, né? [...] São quase duzentas na regional toda, pra duas ou três técnicas. E... a gente encontra muitas irregularidades [...] produtos que não podem ser comercializados, né? ... Aí é retirado, feito a apreensão, né? Monta-se todo esse processo, né? Aí é mandado para Cuiabá, né? Para o jurídico, e não temos o retorno... é muito lento, né? A gente não sabe a tramitação, o que virou, o que não virou, se multou, se não multou [...]. e até hoje eu não... vi o retorno disso aí, né? Então essa é uma falha que eu vejo, que eu até entendo, né? A gente tem poucas pessoas pra trabalhar na nossa área, mas lá também na parte jurídica a gente sabe que tem poucas pessoas... (TNR1)

Um fato que também se destaca na fala de um dos entrevistados do Nível Central (TANC), e que está apontado no Quadro 3, diz respeito ao vínculo de trabalho dos funcionários, principalmente na atividade de Análise de Projetos Administrativos e a Gerência de Certificação do Alvará e que é percebido como um aspecto de fragilidade, visto que no primeiro caso o único funcionário que desempenha a função é contratado, e no segundo, dos nove funcionários cinco são contratados.

No Quadro 3 um aspecto também demonstrado é com relação a carga horária de trabalho dos profissionais. São 44,2% em regime de trabalho de 30 horas semanais, sendo que na Gerência de Inspeção e Monitoramento isto representa 46,6% dos profissionais, estando entre eles 04 dos seus 06 enfermeiros e 05 dos 07 farmacêuticos. Na Gerência de Programação e Avaliação são 02 profissionais nesta condição, somados aos 03 que não estavam desempenhando ações nela no momento da coleta de dados, resulta em apenas 03 profissionais trabalhando em regime integral.

E outro destaque é quanto ao Setor de Apoio Técnico, em que os 02 funcionários atuantes no momento também fazem regime de 30 horas/semanal, enquanto o terceiro funcionário estava afastado das funções no momento.

Um profissional da gestão e dois técnicos do Nível Central chamaram a atenção para uma questão que eles percebem como de grande importância para o melhor desempenho das funções do técnico em vigilância sanitária, que é a criação do Cargo de Fiscal Sanitário.

<p>... Não podemos esquecer a questão da precarização do vínculo, tá? A carreira do fiscal pode parecer uma coisa elitista, uma coisa classista, mas ela é fundamental. [...] o fiscal possui poder de polícia administrativa, portanto ele restringe liberdades individuais, então não pode ser hoje uma pessoa, um grupo de pessoas, amanhã outro grupo de pessoas editadas por uma portaria de um secretário, de um governador, de um prefeito... Ele precisa ter primeiro, estabilidade legal; segundo, respaldo jurídico; e terceiro, confiança daquilo que ele tá fazendo. (GNC4)</p>
<p>... a questão da carreira de fiscal, acho que isso é um incentivo, um estímulo, para as pessoas, né? Porque tem muita responsabilidade, né? A gente tem muita responsabilidade, muito cuidado no que faz e como faz, né? Então, eu acho que... essa questão da carreira é uma coisa que... eu acho que... vai ajudar muito ter esse respaldo... (TNC3)</p>

Outro aspecto lembrado por um dos gestores e dois dos técnicos do nível central, e também por entrevistados do nível regional, diz respeito à dificuldade de fixar o profissional na Visa, nos dois níveis – central e regional. Essa dificuldade se dá principalmente nas regiões mais distantes do estado, o que interfere na capacidade técnica da vigilância sanitária estadual em realizar suas ações. Esse problema da fixação é comum à toda a saúde, porém é mais acentuado no nível regional do que no central, no caso da vigilância sanitária.

<p>... nós temos grandes vazios de recursos humanos, principalmente na região leste, tá? Região onde nós temos São Félix do Araguaia... , Porto Alegre do Norte... não é um vazio apenas da vigilância. Se a gente for olhar no nível de profissional da área de saúde como um todo, nestas regiões, por serem remotas, de difícil acesso, tá? Longe, sem muitos recursos... Os profissionais tendem a não procurar essas regiões, tá? Não tem um incentivo salarial suficiente pra fixar esse profissional lá. (GNC4)</p>
<p>Mas, a gente tem a dificuldade da rotatividade, né? Das pessoas, também nos regionais... Que lá também eles executam várias ações, então às vezes nesse aspecto é... falta alguma coisa pra eles, de repente, durante o desenvolvimento das ações. (TNC1)</p>
<p>... Eu sou farmacêutica, e ainda tenho que sair daqui de Cuiabá pra fazer inspeção de drogaria daqui a mil e duzentos quilômetros, sendo que esse profissional já foi treinado lá com outros profissionais e esse profissional já não tá lá. (TNC2)</p>
<p>... as pessoas que já foram capacitadas não estão mais na Visa. Muitas já foram. Partiram, ou para o nível central ou para outro setor mesmo. Então isso é uma complicação, eu considero. (TNR3)</p>

No nível regional todos os gestores e os técnicos entrevistados concordam que o número de pessoal da Visa regional é insuficiente para a demanda de atividades que possuem.

<p>...a situação que eu acho a pior de todas até que é os recursos humanos. A falta de fiscais sanitários, que não dão conta de realizar as ações junto às... empresas, quer seja de farmácias, quer seja... onde for as ações. Os municípios não conseguirão assessoria devida pra eles. É uma demanda muito grande de coisas a fazer, né? E a oferta é pouca. São poucos trabalhadores pra muitas atividades... (GNR1)</p>
<p>Em relação aos técnicos, a equipe técnica é uma equipe mínima sempre foi mínima, desde que eu comecei na vigilância sanitária, ... (TNR3)</p>
<p>Recursos humanos, principalmente aqui em Sinop é muito... muito estabelecimento para ser inspecionado, poucas pessoas, isso aí sempre foi um problema muito sério. (TNR1)</p>

A gente precisaria ter mais gente, afinal de contas são quatorze municípios, [...] e normalmente em média a gente trabalha em quatro aqui. Então esse é um problema que a gente enfrenta com frequência, do pessoal reclamar de que não tá sendo feita inspeção, principalmente em drogarias, que eles precisam do alvará pra fazer compras e a gente às vezes não dá conta do... volume de estabelecimento que tem e a gente sendo pouco, pouco recurso humano. (TNR4)

Um dos profissionais de gestão do Nível Regional fala que não é tão fácil atrair pessoas para trabalhar na vigilância sanitária, devido ao fato de se exigir conhecimentos e habilidades não comuns aos funcionários da saúde de modo geral, assim como a relação com o setor regulado, nem sempre tranqüila, como também ilustra um dos técnicos quanto a sua experiência de trabalho na Visa e os problemas enfrentados na realização do seu trabalho.

...pra ingressar na Visa é complicado. Muitos funcionários não querem nem trabalhar na Visa. Eles consideram que é um setores mais problemáticos do escritório regional. [...] vistoriar farmácias até a questão legal que envolve, e... teve nego que já foi até ameaçado! (GNR2)

Tive problema de ameaças de pessoas que na verdade eles estavam errados, tentando burlar a lei, burlar a vigilância sanitária. (TNR4)

De forma geral o ERS de Sinop é constituído de uma equipe multiprofissional formada por 66 pessoas, divididas entre as áreas e subáreas de atuação, conforme pode ser visto no Quadro 4.

Quadro 4 – Lotação de profissionais por áreas e subáreas do Escritório Regional de Saúde de Sinop, Mato Grosso, 2010.

	Áreas	Subáreas	Número de Profissionais	
Direção	Gestão de Pessoas	-	02	
	Financeiro		02	
	Protocolo		04	
	Transporte		05	
	Segurança		02	
	Higienização		01	
	Educação em Saúde		03	
	Comissão de Integração Ensino- Serviço Regional		01	
	Gerência de Gestão da Macrorregional		Complexo Regulador	08
			Auditoria	
	Gerência de Atenção à Saúde		Áreas e Programas	08
	Gerência de Vigilância em Saúde		Vigilância Sanitária	27
		Vigilância Epidemiológica		
Vigilância Ambiental				

Fonte: Lotacionograma do Escritório Regional de Saúde de Sinop. Elaboração própria

Das áreas do ERS a Gerência de Vigilância em Saúde é a que possui maior número de funcionários (Quadro 4), reunindo 27 pessoas distribuídas entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, incluindo-se o Gerente de Vigilância em Saúde. Dentre as vigilâncias, a sanitária é a segunda em número de funcionários (08), ficando atrás da Epidemiológica (13) e na frente da Ambiental (05), conforme demonstra o Quadro 5.

Quadro 5 – Profissionais da Gerência de Vigilância em Saúde do Escritório Regional de Saúde de Sinop e situação de afastamento do trabalho, Mato Grosso, 2010.

Área	Subárea	Profissionais	Lotados	Situação de Afastamento do Trabalho	Afastados
Gerência de Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária	03 Farmacêuticos Bioquímicos	08	01 Licença para estudo	03
		01 Biomédico		-	
		01 Biólogo		-	
		01 Técnico de Enfermagem		Licença para estudo	
		01 Técnico em Patologia Clínica		-	
		01 Assistente Administrativo		Licença para estudo	
	Vigilância Epidemiológica	01 Enfermeira	13	-	05
		01 Médico		-	
		01 Fisioterapeuta		-	
		03 Técnicos		01 Licença para estudo	
		06 Auxiliares de Enfermagem		02 Licenças prêmio; 01 Licença médica; 01 Licença para estudo.	
		01 Assistente Administrativo		-	
	Vigilância Ambiental	01 Biólogo	05	Licença médica	01
		01 Assistente Administrativo		-	
		03 Agentes de Endemias		-	

Fonte: Lotacionograma do Escritório Regional de Sinop. Elaboração própria.

Segundo alguns dos técnicos da Visa regional entrevistados, o problema ainda é mais grave, pois, dos profissionais disponíveis, nem todos desenvolvem todas as atividades.

... são poucos fiscais na verdade ... Tem outras pessoas trabalhando, mas que, por exemplo, não pode viajar ou não exerce determinadas funções. Não tem interesse em aprender determinadas coisas, entendeu? Então é... fica centralizado em algumas pessoas, né? Em poucas pessoas, na verdade... (TNR5)

E aí pra inspeção... Atualmente só temos duas técnicas, porque a [...] tá estudando, então ela não é autorizada a viajar, ela só faz na cidade. Não, ela faz, mas só aqui em Sinop. A [...] não faz viagem, não faz inspeção, ela trabalha numa empresa privada no período da manhã, então ela não faz inspeção e aí ela vai ajudando na parte administrativa e ela ajuda a atender, atende telefone e recebe documentos também. (TANR)

Outro aspecto destacado por um dos técnicos da Visa regional diz respeito a não existência, no quadro da Visa, de profissionais com afinidade profissional mais direta com certas áreas a serem inspecionadas, o que segundo o entrevistado termina por interferir na plena realização das ações.

... não temos nenhuma enfermeira e, por exemplo, se vai fazer inspeção num hospital, numa clínica, teria que ter na equipe uma enfermeira... A drogaria eu não sinto dificuldade pela vivência, pela experiência no dia a dia que eu tive de trabalho... Mas, em outros estabelecimentos, principalmente em hospitais e clínicas, existe esta deficiência sim. Pela legislação ele consegue desenvolver, mas é claro, se ele tiver capacitação e se ele for da área, é muito mais fácil o serviço desenrolar [...] Ele vai ter além da facilidade, o olhar clínico por ele ser da área... (TNR1)

#### 6.4.2. Conhecimento Técnico

Na Visa do Estado de Mato Grosso verificou-se a ausência de um processo de preparação, como um plano de formação para inserção do profissional na Visa. Seu preparo tem se dado pelo aprendizado por conta própria, no dia a dia do trabalho, acompanhando os colegas mais experientes na função, o que eles denominam de “Treinamento em Serviço”, conforme representado nas falas seguintes dos profissionais do Nível Central.

... o pessoal que chega nem sempre tem as capacitações. Aí o que a gente faz? É um treinamento em serviço. Primeiro ele lê toda a legislação. Todos os termos que tem. [...] Aí o pessoal daqui, os colegas passam toda essa parte de leitura [...] As legislações pertinentes pra poder fazer inspeção e depois sai junto na prática, né? A gente chama de treinamento em serviço. Aí, aos poucos eles vão pegando com leitura. Tem que ler, tem que ver, tem que ver o que é o certo ou não. E aí com o tempo ele vai conseguindo fazer, né? Aí, até que venha realmente uma capacitação. Aí, a pessoa vai pra essa capacitação. (GNC2)

... eu entrei nua e crua e foi só sendo repassado com as pessoas que já estavam ali. E a mesma coisa foi com os que entraram agora. A gente, quem tá ali mais tempo, vai repassando pro outro. (TANC)

Mas, pelas respostas de alguns entrevistados verifica-se que há um movimento na Visa de Mato Grosso para colocar em prática o Plano de Capacitação do estado, elaborado a partir do

levantamento de um perfil de competências, realizado pela Visa estadual em 2009, em que se discutiu o papel do fiscal de Visa.

Neste aspecto, um dos profissionais da gestão comenta sobre o papel que o fiscal deveria exercer. Um papel que vai além de fazer cumprir a norma, mas que implicaria ser capaz de provocar mudança de comportamento e trabalhar o gerenciamento do risco. E, para que isso seja possível, ele vê como necessária a criação da carreira do fiscal sanitário e o seu preparo por meio de um curso de admissão.

... a gente aqui trabalhou no ano passado a questão do levantamento do perfil de competência..a gente precisa, primeiro de tudo perguntar: qual é o papel do fiscal, tá? [...] o papel dele não é apenas fiscalizar e fazer cumprir a norma, tá? O papel dele como agente político é que gera mudança de comportamento [...] nós precisamos ter esse profissional com habilidade de fazer a mudança de comportamento, nós precisamos ter esse profissional com habilidade de trazer o risco que aquilo causa ao serviço. [...] com a criação e a institucionalização da carreira de fiscal, [...] e através de cursos de admissão, tá? Temos que evoluir primeiro, levantamento do perfil de competências pra que a gente possa tratar os cursos de admissão desse profissional pra dentro da carreira e torná-lo cada vez mais com expertise pra que ele atenda a necessidade, o que a comunidade pede e o objetivo do órgão. (GNC4)

... na mudança da gerência aqui dentro da coordenação, tem a gerência de planejamento, né? Que tá trabalhando com essa parte, né? De treinamento, de capacitação. Hoje a coordenadoria já tem o perfil definido do profissional de Visa, né? [...] tá se implantando a capacitação de um curso básico para os profissionais de vigilância sanitária. E eu achei interessante que vão ser os profissionais de vigilância sanitária que vão ser os instrutores. Então eu acho que é um avanço, né? (TNC2)

O profissional da gestão acima, outros gestores e alguns técnicos do Nível Central elencam mais algumas necessidades para que o fiscal exerça melhor sua função. Entre elas estão, além do gerenciamento do Risco Sanitário, a necessidade de ampliação do conhecimento sobre as questões ligadas ao Direito Sanitário, ao Planejamento e à atualização sobre as novas tecnologias sujeitas a Visa.

... mesmo em cima de número de RH [recurso humano] esses que estão, existe a deficiência de que eles entendam a questão da vigilância sanitária não como apenas a inspeção, mas uma questão de você estar analisando, avaliando e ponderando os riscos a serem sanados, né? (GNC1)



Um outro ponto importante que muitos técnicos têm dificuldade de ver, por exemplo, [...] a questão do risco. Nós temos dificuldade [...] mas [...] a questão do trabalho do risco do ponto de vista do risco percebido, do risco avaliado [...] tem gerado entraves e principalmente derrotas e liminares na justiça porque não passa ao juiz compor de forma clara qual é o risco que a norma vem prevenir, tá? Parece simples e parece uma coisa lógica, mas não é tão lógica. Então ela envolve no técnico a capacidade de pesquisar, a capacidade de escrever, [...] porque um indivíduo quando faz uma defesa de um mandato de segurança, na verdade ele teoriza uma tese, então ele precisa fazer toda uma pesquisa bibliográfica, ele precisa fundamentar tudo isso. ... hoje nós precisamos prever então esta questão do direito sanitário dentro das nossas capacitações. [...] o profissional de vigilância ele é extremamente técnico e muito bem preparado tecnicamente, [...], todavia tem deficiência de conhecimento do ponto de vista jurídico. [...] temos que destacar e temos que primar por isto, uma vez que o fiscal da vigilância sanitária ele vai cuidar da saúde do indivíduo, então ele tem que saber o limite desse poder de polícia e ele tem que saber todas as ferramentas para que ele aplique a legislação. Eu sinto que os profissionais nossos são extremamente capacitados do ponto de vista técnico, [...] entendem os motivos das normas, mas pecam na sua aplicação.. (GNC4)

Eu acredito que aqui falem pessoas talvez, que tenham visão de planejamento, programação, de avaliação, de monitoramento... (TNC6)

... a parte de capacitação [...] eu acho que é meio falha. Em sentido de você se atualizar mais com as tecnologias que evoluem, né? [...] pra gente não ficar desatualizado quando vai ao setor regulado, quando vai inspecionar. Hoje em dia a Anvisa investe muito menos nos treinamentos, deixou mais por conta dos estados e a gente tá assim, bem deficiente em algumas áreas. (TNC1)

No nível regional, um técnico da Visa relata a necessidade de que eles sejam mais bem preparados em assuntos que lhes dêem mais condições de executar o controle sanitário sobre estabelecimentos. Tal conhecimento técnico, avaliado por um deles como ausente hoje, reduziria o grau de dependência do ERS em relação ao Nível Central. No entanto, uma posição diversa se coloca por um profissional do Nível Regional, que aponta dificuldades de duas ordens para o técnico da regional por em prática as ações para as quais foi capacitado: problemas estruturais do ERS e um sentimento de insegurança do profissional para realizar as novas tarefas.

... eu acho que a gente precisaria ter outros treinamentos pra outras ações que muitas vezes a gente precisa pedir apoio pra Cuiabá, por coisas que se a gente tivesse tido um treinamento, ou quem sabe, até outra pessoa da área poderia fazer e não ter que ficar aguardando o pessoal de Cuiabá.(TNR4)

A capacitação elas até ocorrem no nível central. [...] nosso problema, é a eficácia dessa capacitação. Os resultados gerados. A assimilação das capacitações é um problema sério... de dificuldade. Quando o servidor volta para aplicar o que foi ensinado, o que foi capacitado na prática, acho que pela falta de estrutura também, etc... Acaba se criando uma dificuldade deles aplicarem o que eles aprenderam, o conteúdo, no escritório. Tanto de divulgar e de modificar e de realizar as ações. Eles não sentem firmeza. Eu percebo isso, eles ficam ainda um pouco temerosos de aplicar algumas coisas. (GNR1)

A suposta baixa “eficácia da capacitação”, apontada na fala do gestor (GNR1) sugere questões de duas ordens, a merecer futuros aprofundamentos: (1) que a necessidade seria de “formação” em vez de capacitação; (2) a existência de constrangimentos institucionais à mudança de práticas nos serviços. De todo modo, parece haver na Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso uma aposta no aumento da capacidade técnica para o gerenciamento do risco sanitário e

do embasamento técnico da argumentação sobre esse risco para sobrepujar as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

### 6.4.3. Insumos e Instrumentos de Trabalho

Os entrevistados do Nível Central e do Nível Regional apontaram a suficiência ou a insuficiência de recursos materiais para o bom desempenho das suas atividades. No Nível Central, entre oito gestores e técnicos que responderam a esta pergunta, três deles apontaram que os disponíveis são suficientes; três comentaram o estágio do Sistema de Informação em implantação; três apontaram a não disponibilidade dos veículos adquiridos pela Visa em tempo oportuno; e um deles citou a burocracia para aquisição dos recursos como um aspecto que interfere no processo de trabalho.

Na Visa Regional, todos os entrevistados se manifestaram pela insuficiência de algum recurso, sendo o principal item lembrado os veículos, citado por oito dos nove entrevistados, e algumas queixas sobre as más condições dos mobiliários e de computadores (02).

Tanto no Nível Central como no Regional, os carros adquiridos não são exclusivos, atendendo a todos os setores do Nível Central da SES e do ERS. E a disponibilidade deles é conseguida mediante agendamento prévio junto ao Setor de Transporte, que os gerencia, bem como aos motoristas.

<p>Às vezes não tem o veículo. Outras vezes tem veículo, mas não tem o condutor do veículo... O que eu penso é assim, que a gente fica dependendo da Secretaria de Saúde. Eu penso que a vigilância sanitária tem o recurso próprio [...]. E compra os veículos e esses veículos quando a gente precisa ele está disponibilizado pra todos os setores da secretaria de saúde e às vezes a vigilância sanitária, que é quem adquiriu o bem acaba não utilizando (TNC2)</p>
---

<p>... a gente tem um limite de veículos e acaba tendo um limite também de recursos humanos quanto a motorista pra conduzir esse veículo. (GNC3)</p>
--

Na Visa Regional, para os gestores e técnicos entrevistados, o principal problema com relação a veículos diz respeito ao número e tipo disponível (uma caminhonete e dois carros pequenos), insuficientes para atender a demanda da Visa, somado ao fato das grandes distâncias e más condições de acessos enfrentadas para chegar aos serviços. A Regional destaca também a repercussão da escassez desse recurso em relação ao seu desempenho, na dimensão da eficiência, bem como a negociação que se estabelece.

... a primeira coisa que nos falta seria a questão de veículos [...]. Então a gente tem município aqui que a distância é... vamos pegar Santa Carmem é 30 Km de Sinop só que tem dentro do próprio município de Santa Carmem distância de 180 Km. E isso é terra, né? Nós temos Santa Rita do Trivelato que dá quase 300 Km daqui. Então a extensão da regional aqui é longa... (GNR2)
... falta veículo pra esse escritório, pra se fazer viagens. Os veículos são distribuídos pro escritório inteiro [...] nós estabelecemos um método [...] os gerentes se reúnem, a equipe, aliás, faz um PTM [Plano de Trabalho Mensal]. Senta-se na gerência de vigilância em saúde, um de cada, vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária [...] se reúnem com a gerência de atenção à saúde e gerentes de controle e avaliação, onde nós analisamos os PTM, estabelecemos prioridades e acaba cada um cortando um pouco de ações. Perdendo de ir, às vezes casando ações, às vezes relacionando com as outras gerências, mas cortando algumas ações pra que todo mundo, todas as gerências consigam ir. (GNR1)
Eu acho que a perda de tempo que a gente tem é pela deficiência de veículos, que muitas vezes a gente tem disponibilidade pra fazer inspeção, mas não tem o veículo pra ir. (TNR4)

Com relação aos demais recursos materiais, a Visa Regional, embora os receba da Visa Nível Central, também os compartilha com os demais setores do ERS, a exemplo dos veículos. O Quadro 6 apresenta a relação de equipamentos disponíveis para a Visa Nível Central e os encaminhados desta para a Visa Regional de Sinop.

Quadro 6 - Relação de equipamentos disponíveis no Nível Central e Regional da Visa do Mato Grosso, 2010.

<b>Equipamentos</b>	<b>Visa Nível Central</b>	<b>Visa Nível Regional</b>
Computador	45	04
Impressora	05	01
Máquina fotográfica digital	10	02
Fax	02	01
Scanner	02	01
Telefone	05	01
Balança portátil	11	02
Balança digital	01	01
Notebook	21	-
Datashow	04	-
Televisor	02	-
DVD	03	-

Fonte: Registros do Serviço de Visa estadual. Elaboração própria.

O processo de compra de equipamentos, veículos e impressos pela Visa Nível Central segue os trâmites definidos pela Secretaria de Estado da Administração e internamente pela da Secretaria de Estado de Saúde, o que por vezes é avaliado como causador de problemas na

aquisição de instrumentos de trabalho para a Visa, como relata um técnico do Nível Central: *“Com relação a materiais nós temos problemas. Mas esses problemas são, eu acredito, relacionados com a parte gerencial da secretaria. Da instituição como um todo, né? A questão de como são realizados os contratos, o processo licitatório e tudo mais, quer dizer é muito burocrático”*. (TNC6)

Quanto ao Sistema de Informação a Visa estadual possui um sistema próprio, implantado no Nível Central desde 2008 e nas Visas Regionais em 2009, em uma parceria com o Serviço de Tecnologia da Informação da SES/MT. Hoje o sistema possui alguns módulos implantados, tanto na Visa Nível Central como em todas as Regionais. Entre eles o Cadastro, o Protocolo de Documentos, o Alvará Sanitário e a Ordem de Serviço. E em implantação, o Processo Administrativo e a Análise de Projetos Arquitetônicos, além das funções prestação de contas no Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS (SAI/SUS) e Auto de Infração. A incorporação ao SAI/SUS ao Sistema de Informação da Visa de Mato Grosso parece refletir a preocupação com a implementação da Portaria n.º 3.252/2009, evidenciando atualização e compromisso do serviço.

A existência do Sistema de Informação na Visa estadual foi percebida pelo técnico da Visa Nível Central (TNC2) como um aspecto positivo, embora também tenha sido feita referência quanto à necessidade de maior adesão da área técnica na utilização do Sistema. Para um dos gestores do Nível Central há a necessidade de que o sistema de informação se desenvolva mais, de forma a dar condições do estado monitorar os municípios em processo de descentralização (GNC2).

A questão da monitorização citada por esse gestor parece levar em conta a dimensão da eficiência. Todavia, seria importante o monitoramento com uma abordagem globalizante, da identificação de áreas para intervenção da Visa e para avaliação da qualidade de suas intervenções.

A ênfase das respostas se colocou mais nos insumos, do que exatamente nos instrumentos de trabalho. Isso se deu talvez por serem os insumos mais críticos para esse grupo.

Outro gestor do Nível Central relatou dificuldades para o desenvolvimento do Sistema de Informação nos estados, principalmente relacionadas à disponibilidade de pessoal capacitado para desenvolvê-lo e à necessidade de informatização da rotina de trabalho da Visa. Ele ressalta o papel da Anvisa na padronização de conceitos, critérios e tabelas que envolvem o processo de trabalho da vigilância sanitária no país, que possibilite a exportação e migração de dados de um

sistema para outro entre os dois entes. E levanta a importância do estado discutir seu processo de trabalho para a Visa.

Diferente, por exemplo, do SINAN, eu costumo muito dizer isso, o SINAN informatiza dado, [...] Já quando se pensa num sistema pra vigilância sanitária [...] o processo precisa ser [...] todo informatizado, portanto passa pela visualização da sistematização do trabalho, pela informatização da rotina. [...] Cada um [dos estados] trabalha com uma sistemática diferente. Nesse sentido é fundamental o papel da Anvisa quando pensa em tecnologia de informação principalmente no que tange a padronização das tabelas, dos conceitos, dos critérios, dos entendimentos. (GNC4)

Destacam-se, na sua fala, as diversas sistemáticas das vigilâncias sanitárias estaduais, o que significa diversidade de formatos institucionais e de configurações de práticas. Outro instrumento de trabalho citado foram os roteiros de inspeção, atualmente em processo de revisão.

#### 6.4.4. Atividades

##### Atividades Programadas pela Vigilância Sanitária Estadual

Alguns instrumentos gerenciais norteiam o desenvolvimento das atividades da Visa do estado de Mato Grosso. São eles: o Plano de Trabalho Anual (PTA)<sup>8</sup>, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e a Programação de Ações de Vigilância Sanitária.

No PTA da vigilância sanitária estão contempladas tanto o Nível Central quanto os ERS, que participam do seu processo de elaboração. As Regionais trazem uma lista de prioridades de inspeção da sua microrregião de saúde, discriminando os tipos e quantidades de estabelecimentos, segundo a Classificação de Nacional de Atividades Econômicas<sup>9</sup>, que ela prevê ter capacidade de fiscalizar, e aquelas prioridades para as quais necessitará de apoio técnico da Visa Nível Central.

Através da elaboração do plano de trabalho anual, aonde o escritório define quais as atividades econômicas, os CNAES que ele vai executar, quais ele precisa de apoio e esse apoio é validado pela central. (GNC4)

... sempre tem as reuniões de planejamento, né? Que é feito de um ano pro outro [...] eu tenho visto é que as ações atualmente estão sendo pactuadas com base na demanda do que os escritórios dizem que não tem capacidade técnica ou recursos humanos pra executar, e aí o nível central assume... (TNC1)

<sup>8</sup> O PTA é um instrumento gerencial do estado com periodicidade anual e que contempla a descrição de ações, equipes, prazos, tarefas, insumos e custos necessários ao alcance de metas propostas no Plano Plurianual do Estado (PPA). Do PTA resulta uma proposta orçamentária para o ano seguinte (MATO GROSSO, 2009 b).

<sup>9</sup> CNAE

<p>... o nível central encaminha pra gente uma documentação e a gente acaba preenchendo [...] quais ações a gente consegue fazer, quais ações o estado, o nível central, vai fazer. Então [...] faz uma reunião com eles e passa pra eles, discute com eles essas planilhas de ação. Essa forma realmente acontece [...] também acontece da gente sentar e planejar essas ações [...], o tipo de estabelecimento que tem na nossa regional. (TNR3)</p>
<p>...quando se faz o PTA é definido que ações que o escritório realmente vai conseguir fazer, ou que ele acha que ele vai conseguir fazer. Então, se a gente tem condições de fazer é definido junto ao coordenador [da vigilância estadual]. Cada regional define isso. Então, tanto o orçamento quanto o tipo de ação é definido por aí. Porque aí, por exemplo, se é uma ação que nós não temos condições o nível central vai ficar com esse orçamento pra ele poder executar essas ações. (TNR6)</p>

Segundo o diagnóstico da Visa Regional de Sinop quanto a sua capacidade de execução de inspeção e a sua necessidade de apoio técnico pela Visa Central no ano de 2009 (Apêndice B), a Vigilância Sanitária do ERS de Sinop solicitou apoio técnico para fiscalização em 255 estabelecimentos de sua microrregião, nos mais variados CNAE, para 251 de sua execução, definido com base na sua capacidade técnica e operacional para realizar as ações de fiscalização.

Além do PTA há também a PAVS<sup>10</sup>, cuja portaria lançada a cada ano pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) traz especificadas as ações que vão fazer parte da programação do ano seguinte, e que vão ser pactuadas entre estados e municípios.

Em Mato Grosso, o processo de formulação da PAVS estadual e municipais passa por um processo de pactuação que se dá com a mediação da equipe dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS). Municípios de uma dada Microrregião de Saúde pactuam com a equipe do seu respectivo ERS as ações que compõem a sua PAVS. O resultado da pactuação regional é homologado no CGR de cada microrregião e consolidado pela Vigilância em Saúde do estado que envia a CIB estadual a proposta da PAVS estadual para ser homologada e enviada à SVS/MS (MATO GROSSO, 2008).

Todas as ações de fiscalização propostas na PAVS são incorporadas ao PTA do estado, embora a PAVS tenha um processo de monitoramento próprio com periodicidade semestral.

A Programação das Ações de Vigilância Sanitária também é um instrumento proposto pelo Nível Federal (Anvisa) de periodicidade anual para ser utilizado pelas Vigilâncias Sanitárias estadual e municipais em que elas estabelecem as ações que irão realizar no próximo ano,

---

<sup>10</sup>Instrumento de planejamento federal do qual constam um elenco de ações necessárias para o alcance de metas do Pacto pela Saúde, ações prioritárias para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e para o de Vigilância Sanitária e que vai ser desenvolvido pelas três esferas de gestão (BRASIL, 2009 b).

seguindo um elenco norteador de ações constantes do anexo I (vide Anexo B) da Portaria MS/GM n.º 1.106 de 12/05/2010.

O consolidado destes três instrumentos resulta nas ações programadas pela Visa do estado para serem executadas no período de um ano. No Quadro 7 tem-se então a apresentação das ações constantes dos 3 instrumentos utilizados pela Visa do estado de Mato Grosso para o ano de 2009.

Neste quadro temos as ações que envolvem aspectos legais da Visa; ações de planejamento e avaliação das suas ações; ações para a estruturação e manutenção dos ERS; de assessoria, supervisão e avaliação dos ERS e municípios; ações voltadas para o Sistema de Informação em Visa; para capacitação em assuntos de Visa para vários atores; para discussão da temática Visa em diversos setores do SUS; para o desenvolvimento de instrumentos de trabalho; para a realização de ações de inspeção, cadastro, monitoramento de alimentos, comunicação de risco, notificação de eventos adversos e para atender a denúncias e reclamações.

Quadro 7 – Ações programadas segundo instrumentos de planejamento da Coordenação de Vigilância Sanitária do estado de Mato Grosso, 2009

Ações	Instrumentos de Planejamento da Visa		
	PTA <sup>(1)</sup>	PAVS <sup>(2)</sup>	Programação de Visa
Investir os Profissionais ou equipe de Vigilância Sanitária na função por ato legal.			X
Alterar o Código Sanitário na parte atinente à Vigilância Sanitária.			X
Planejar, elaborar, executar, monitorar e avaliar a Programação de Ações de Vigilância Sanitária.	X	X	X
Estruturar, implementar e manter a vigilância sanitária Nível Central e as dos Escritórios Regionais de Saúde e repassar materiais permanentes aos municípios.	X		
Assessorar, monitorar, supervisionar e avaliar os Escritórios Regionais de Saúde e municípios.	X		
Implantar e implementar o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária.		X	X
Realizar ações de Visa nos municípios de abrangências dos Escritórios Regionais de Saúde.	X		
Elaborar, desenvolver, monitorar, avaliar e atualizar, conforme necessidades, o plano de capacitação em vigilância sanitária.			X
Promover o desenvolvimento dos profissionais ligados a vigilância sanitária.	X		
Fomentar a elaboração de projetos de pesquisa em vigilância sanitária.			X
Realizar ações para desenvolvimento da consciência sanitária na população.	X		
Promover a qualificação dos gestores e dos conselheiros de saúde em vigilância sanitária.			X
Participar de e/ou promover atividades educacionais para os profissionais do setor regulado.			X
Inserir a temática de vigilância sanitária em instâncias de discussão, negociação e pactuação (Comissão Intergestores Bipartite, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Câmaras Técnicas, Colegiado de Gestão Regional e outros), gestão e controle social do SUS.			X
Elaborar e divulgar alertas sanitários/comunicação de risco.			X
Implantar e implementar ações inerentes ao processo de trabalho através de instrumentos administrativos e fiscais.			X
Cadastrar os estabelecimentos sujeitos à ação de vigilância sanitária.			X
Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos priorizados no Pacto pela Saúde nos municípios de abrangência dos Escritórios Regionais de Saúde.	X	X	X
Atender às denúncias/reclamações.			X
Realizar a coleta de amostra para o monitoramento de produtos.			X
Notificar e investigar eventos adversos.			X
Fomentar estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos.			X

Fonte: PTA, PAVS e Programação das Ações da Visa do Mato Grosso 2009. Elaboração própria.

(1) Programação de Trabalho Anual;

(2) Programação de Ações de Vigilância em Saúde.



### Atividades Executadas pela Vigilância Sanitária Nível Central

Os técnicos da Visa Nível Central entrevistados apontaram as ações realizadas por eles no dia a dia de trabalho, que estão consolidadas no Quadro 8.

Quadro 8 – Atividades realizadas pelo corpo técnico da Visa Nível Central entrevistados, Mato Grosso, 2010.

Ações
Inspeção Sanitária em: serviços de saúde; ambientes de trabalho; indústria de transformação de produtos (saneantes, cosméticos e biodiesel); indústria de alimentos de maior risco (Água mineral e palmito em conserva); e em estabelecimentos que trabalham com medicamentos e produtos para a saúde;
Coordenação dos programas de monitoramento de alimentos: Programa de análise de resíduos de agrotóxico em alimentos (PARA); Programa de monitoramento da qualidade do leite (CQUALI); Programa de análise de resíduos de medicamentos veterinários em alimentos de origem animal (PAMVet); Programa nacional de monitoramento e qualidade sanitária dos alimentos (PNMQSA); e o Programa nacional para prevenção e controle dos distúrbios por deficiência de Iodo (Pró-Iodo).
Análise de processo de registro de alimentos;
Assessoria e apoio técnico às Visas Regionais;
Orientação ao setor regulado nos assuntos de Visa;
Elaboração de instrumentos de trabalho;
Pesquisa e estudo de novas tecnologias e normas de interesse da Visa;
Elaboração de pareceres, cartas oficiais, relatórios técnicos e documentos pertinentes aos processos administrativos;
Realização de capacitações;
Coleta de dados, monitoramento e avaliação da Programação de Ações de Vigilância em Saúde e Plano de Trabalho Anual;
Confecção de alvará sanitário;
Dispensação e controle de receituários médicos;
Recepção e Arquivamento de documentos.

Fonte: Respostas dos técnicos do Nível Central entrevistados. Elaboração própria.

Das ações listadas acima há nuances de acordo com cada gerência específica. Os técnicos da Gerência de Inspeção e Monitoramento entrevistados disseram realizar principalmente ação de Inspeção Sanitária em sua área específica de atuação, o que era esperado, sendo que na Saúde do Trabalhador elas são principalmente demandas pelo Ministério Público do Trabalho. Na área de medicamentos o técnico aponta também para a grande demanda por pareceres em processos, como na fala relatada.

Então a gente tava fazendo um comparativo, de cada dez processos que entram, que vem pra coordenação, oito ou nove são da área de medicamento. [...] é muita demanda [...] a gente tem que responder documentos do ministério público [...] Então assim, isso é uma coisa que toma muito tempo, e aí a gente demanda de ter pesquisa na internet, buscar, porque a gente não tem muitos dados, né? Então assim é um trabalho e a parte de inspeção sanitária e esse aí a demanda é muito grande... (TNC2)

Ainda na gerência de Inspeção e Monitoramento, na área de Alimentos a condução do Programa de Monitoramento de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) também é um fato com o qual os técnicos se ocupam mais frequentemente. Para as demais áreas da Gerência de Inspeção e Monitoramento os técnicos relataram se ocupar com todas as etapas advindas do processo de inspeção sanitária, desde o ato de inspecionar, como todo o processo posterior a esta ação (elaboração de relatório técnico, consulta a normas, pesquisa e processo administrativo, quando é o caso) são fatores que demandam grande parte de seu tempo no trabalho.

Um gestor da Visa Nível Central corrobora as respostas dos técnicos quando aponta que na sua percepção, a Visa estadual tem focado suas ações principalmente na realização de inspeções sanitárias.

Todo o nosso trabalho praticamente está voltado para inspeção sanitária, a gente faz muito pouca coisa: formação da consciência sanitária e divulgação e comunicação de risco. A gente tem trabalhado muuuuito com inspeção... (GNC4)

O tamanho relativamente maior da gerência de Inspeção e Monitoramento, aliado ao papel importante executor exercido pela esfera estadual antes do Pacto de Gestão, bem como a não realização de certas ações de inspeção pelos municípios certamente contribuem para a predominância desse tipo de ação na Visa estadual. Nas demais gerências, os resultados já são um pouco diferentes.

Na Gerência de Programação e Avaliação o foco da ação, segundo técnico entrevistado, tem se voltado principalmente para a qualificação dos trabalhadores de Visa, mais especificamente num projeto voltado para capacitação de técnicos dos municípios, além da coleta de dados da PAVS e para o PTA.

Coleta de dados e qualificação de trabalhadores da Visa. [...] atualmente, nesse ano de 2010 eu estou enfatizando as ações de capacitação, né? Diante de um plano de educação permanente que nós desenvolvemos, né? Através da gerência de programação e avaliação [...] E nós temos avançado muito. (TNC6)

Na Gerência de Certificação de Alvará o envolvimento do técnico entrevistado tem sido em questões que envolvem o trâmite de documentos, principalmente relacionados a requisição de alvará sanitário.

Para os gestores da Visa Nível Central suas atividades tem se configurado principalmente em ações relacionadas ao desenvolvimento do Sistema de Informação (Certificação de Alvará); participação em reuniões para promoção da Visa (Programação e Avaliação); e despachos em processos demandados pelo Ministério Público (Inspeção e Monitoramento).

O Quadro 9 apresenta outras ações referidas pelos gestores como parte da sua agenda diária de trabalho.

Quadro 9 – Atividades gerenciais da Visa de acordo com cada gerência, Mato Grosso, 2010.

<b>Gerências</b>	<b>Ações</b>
Certificação de Alvará	Desenvolvimento do Sistema de Informação;
	Análise de documentação para liberação de Alvará Sanitário;
	Acompanhamento da Protocolização de documentos;
Programação e Avaliação	Desenvolvimento de Capacitações;
	Fomento, monitoramento e avaliação dos municípios quanto a Programação de Ações de Vigilância Sanitária;
	Promoção da Visa junto a Comissão Intergestores Bipartite, às demais Vigilâncias e outros setores da Secretaria de Estado de Saúde;
Inspeção e Monitoramento	Despachos de Processos;
	Avaliação do Plano de Trabalho Mensal da Visa estadual (Nível Central e Regional);
	Planejamento das inspeções e ações emergenciais.

Fonte: Respostas dos gestores da Vigilância Sanitária Nível Central. Elaboração própria.

O coordenador da Visa estadual relata que sua agenda de trabalho é preenchida principalmente por questões que envolvem decisões e despachos em processos, intermediação em conflitos envolvendo funcionários e também com o setor regulado e nas questões administrativas e contábeis da Visa.

Do que pode ser medido, as ações desenvolvidas pelo Nível Central da Visa temos que em 2009 a equipe do Nível Central realizou 318 inspeções sanitárias nos municípios de abrangência das regionais, segundo dados do Sistema de Informação Estadual.

Foram realizadas aproximadamente 303 coletas de alimentos para monitoramento dos programas PAMVet, PARA, PNMQSA e Pró-Iodo e de alimentos não compreendidos nos

programas, mas dentro da rotina de inspeção nas indústrias de alimentos, como água mineral e palmito em conserva.

E foram realizados 13 eventos, entre cursos, capacitações e oficinas, tendo como público-alvo técnicos de municípios, dos ERS e do Nível Central, dois deles em parceria com outros setores do SUS, como com o Laboratório Central do Estado e com a Superintendência de Vigilância em Saúde, conforme Quadro 10.

Quadro 10 – Eventos realizados pela Visa Nível Central ou com parceria dela, por gerência executora do evento e público-alvo, Mato Grosso, 2009.

Evento	Gerência Executora	Público-alvo		
		Nível Central	ERS <sup>(1)</sup>	Município
Capacitação no Sistema de Informação da Visa do Mato Grosso.	Certificação		X	
Oficina para descentralização do módulo de Protocolo de documentos do Sistema de Informação em Visa.	Certificação		X	
Curso para implantação de ações e serviços em Visa com ênfase em alimentos e transporte de óleo degomado.	Inspeção		X	X
Curso Básico de Visa.	Inspeção			X
Oficina para Monitoramento e Avaliação da Programação Plurianual do Estado de Mato Grosso.	Programação	X	X	
Capacitação em Ações e Serviços de Visa.	Inspeção			X
Curso sobre ações e serviços na área de hemoterapia.	Inspeção		X	
Oficina de Trabalho sobre competências profissionais na área de Visa.	Programação		X	X
Capacitação em Procedimentos para coleta de amostra de alimentos e água.	Inspeção	X		
Oficina para Elaboração da Programação Plurianual da Visa/MT 2010-2013.	Programação		X	
Curso Básico em Vigilância em Saúde.	Programação			X
Capacitação em Visa com ênfase na área de alimentos.	Programação		X	X
Reunião para avaliação da Programação de Ações de Visa estadual e municipal.	Programação			X

Fonte: Registros da Coordenadoria de Vigilância Sanitária Estadual. Elaboração própria.

<sup>(1)</sup> Escritório Regional de Saúde

Os eventos apresentados no Quadro 10 tiveram número variado de participantes, ocorreram conforme a necessidade do serviço e tiveram seu desenvolvimento conduzido por todas as Gerências da Visa Nível Central. Porém, não eram parte de um plano de educação permanente, o qual só foi finalizado em 2010 pela Gerência de Programação e Avaliação, e que

tomou por base o resultado da Oficina para identificação de competências na área de Visa. Esse plano está sendo colocado em prática em 2010, com o desenvolvimento de capacitação pedagógica para os profissionais de Visa atuarem como coordenadores, docentes e tutores para os desenvolvimento dos profissionais de Visa dos municípios do estado.

Embora não fizessem parte de um plano formal de educação permanente, alguns eventos foram desenvolvidos pelo Nível Central no intuito de descentralizar ações para os ERS e melhor preparar os municípios para desenvolver ações de Visa, como pode ser observado no Quadro 10, que também sinaliza que foram realizadas ações enfocando a Programação de Ações de Visa<sup>11</sup> do estado e de alguns municípios, tanto para avaliação como elaboração.

Em 2009 a equipe da Gerência de Programação e Avaliação recebeu 42 processos de Programações de Ações das Visas Municipais, apresentados com vistas ao pleito do recurso do Piso Estratégico de Visa. Destes, 27 tiveram parecer favorável após análise de suas programações apresentadas.

Essa Gerência e a Coordenação estadual de Visa realizaram também em 2009 duas avaliações de PAVS que ocorreram sob a supervisão da SVS/MS e da Anvisa, o fechamento da PAVS 2008 e a avaliação parcial da PAVS 2009, no segundo semestre de 2009.

Neste ano também o Nível Central realizou o repasse de computadores para 46 municípios do estado, conforme Resolução CIB n.º 134/2009, sendo o critério a presença de Programação de Ações de Visa Municipal aprovada (MATO GROSSO, 2009 c).

Houve também em 2009 o apoio da Visa Nível Central a participação de técnico do Nível Central e Regional em curso de mestrado, na participação em simpósio na área de Controle de Infecção e na realização de curso de direito sanitário sobre assuntos regulatórios aplicado à vigilância sanitária.

E em 2010 a equipe de Visa da Gerência de Inspeção e Monitoramento tem desenvolvido um trabalho de elaboração e revisão de instrumentos de trabalho para subsidiar as ações de inspeção, como os roteiros de inspeção.

---

<sup>11</sup> O Plano de Ação da Visa, instituído na mesma época do Elenco Norteador tem sido chamado de Programação das Ações.

### Demais Atividades da Vigilância Sanitária Nível Central

Técnicos e gestores da Visa Nível Central entrevistados apontaram algumas ações que eles avaliam que deveriam fazer parte das suas atividades do dia a dia, mas que hoje não entram na sua agenda de trabalho e elencam os motivos.

Entre as falas dos gestores estão principalmente às ações de planejamento, controle, supervisão, monitoramento, avaliação e apoio técnico aos ERS e municípios, além de divulgação de dados e informações à sociedade. E entre as dos técnicos as normatizações, o estudo e pesquisa, a educação sanitária, comunicação, e o planejamento, monitoramento e avaliação. Sendo que o rol dessas ações apontadas por eles estão consolidadas no Quadro 11:

Quadro 11 – Ações que deveriam ser realizadas pela Visa Nível Central na percepção dos gestores e técnicos entrevistados, Mato Grosso, 2010.

<b>Coordenação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle, acompanhamento e avaliação das ações de Visa do estado e dos municípios;</li> <li>• Planejamento, definição de diretrizes e estratégias para a Visa estadual.</li> </ul>
<b>Gerência de Programação e Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento;</li> <li>• Avaliação.</li> </ul>
<b>Gerência de Inspeção e Monitoramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessoramento e supervisão dos ERS;</li> <li>• Apoio aos ERS e municípios na realização de ações de Visa;</li> <li>• Planejamento das ações de campo;</li> <li>• Normatização;</li> <li>• Divulgação das ações;</li> <li>• Estudo e pesquisa;</li> <li>• Educação sanitária;</li> <li>• Comunicação.</li> </ul>
<b>Gerência de Certificação de Alvará</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgação das ações de vigilância sanitária.</li> </ul>

Fonte: Entrevistas dos gestores e técnicos da Vigilância Sanitária do Nível Central .  
Elaboração própria.

Entre os motivos para a não realização das ações apontadas por gestores e técnicos da Visa estadual estão o grande volume de tarefas diárias, a falta de pessoal e a sobrecarga de trabalho na Visa Nível Central.

<p>... o dia a dia engole a gente e a gente não tem como montar estratégias. E o impacto da estratégia é tão fundamental, que se a gente observar, em 2006, fizemos todo um trabalho de planejamento estratégico. Os avanços que nós tivemos a partir deste ponto que a gente olhou estrategicamente o nosso serviço e passamos então a ter diretrizes e a trabalhar as diretrizes. Nós tivemos ganhos, porque o trabalho se tornou focado. Agora, por exemplo, nós ainda não conseguimos parar novamente para reavaliar e traçar novos rumos e novas estratégias. Isso é um ponto que merece atenção da coordenação, mas que infelizmente as demandas do dia a dia engolem a gente... (GNC4)</p>
<p>... falta de RH, [...] a gerência hoje com o quadro efetivo presente, nós estamos com [...] cinco pessoas, porém não é o suficiente pela demanda, em vista que o estado ainda realiza mais de setenta por cento das ações. Não aconteceu a descentralização. Infelizmente essa é a realidade. [...] nós temos que tentar apagar o fogo, né? (GNC1).</p>
<p>... na realidade a gente executa. O que era para acontecer hoje aqui na central era assessorar, supervisionar. Era [...] ajudar os escritórios. Ajudar as vigilâncias municipais a assumir as ações, né? Mas, infelizmente a gente não consegue, porque eles mesmos lá na ponta não tem esse respaldo da prefeitura na criação da vigilância. Na seriedade que é a vigilância, né? E aí acaba a vigilância ficando solta e nós aqui assumindo as ações de inspeções, né? E a gente não consegue fazer o que deveria fazer. Que é supervisionar, assessorar, né? (GNC2)</p>
<p>... na minha cabeça o nível central seria o setor que estaria normatizando, e não tá ainda nessa etapa, [...] tá fazendo o serviço da ponta, né? [...] (TNC2)</p>

Pelas falas dos entrevistados, o que se percebe é que na Visa do Nível Central são realizadas uma série de ações compreendidas nos seus instrumentos de programação, mas o maior enfoque ainda está nas inspeções sanitárias. Nota-se que ela vem se organizado para melhor estruturar o serviço estadual, mas voltadas ao serviço municipal estas ações ainda são escassas, embora se perceba um movimento e preocupação de técnicos e gestores neste sentido.

A Visa Nível Central tem se detido em um processo de reestruturação interna, mas ainda necessita de discutir e aprofundar nas questões que dizem respeito ao seu processo de trabalho, de forma a encontrar o ponto de equilíbrio entre a demanda externa exaustiva de trabalho da Visa e a realização de ações que contemplem seu papel de coordenação e gestão do sistema estadual de Visa, mesmo que durante muito tempo ainda se afigure a importância da execução de ações de controle e gerenciamento do risco pela esfera estadual.

### **Atividades Executadas pela Vigilância Sanitária do Escritório Regional de Saúde de Sinop**

O Escritório Regional de Saúde tem a missão de viabilizar a descentralização da saúde no estado de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2009 a), o que indica que cada uma das áreas que o compõe tem papel decisivo nesta conquista. E a Visa Regional, por consequência tem sua parcela de responsabilidade neste intuito, devendo, portanto realizar ações coerentes com as diretrizes propostas pela coordenação estadual de vigilância sanitária, que tem entre outras a atribuição de

coordenar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, estando sob a coordenação local do gerente de Vigilância em Saúde.

E no PTA da Visa estadual estão definidas as ações que ela têm a realizar, como especificado no Quadro 12. Entre estas ações constam a supervisão, monitoramento e avaliação de serviços e de ações de Visa, articulação de parcerias, assessoria e realização de ações educativas para os municípios, ações de gerenciamento de riscos, propriamente dita, e ações administrativas e de organização interna do serviço.

E para o planejamento das ações de gerenciamento do risco sanitário a equipe Regional leva em consideração aquelas que ela terá condições de realizar no período de um ano, tomando por base critérios como a sua realidade local e estrutural, como pode ser visto na fala dos entrevistados abaixo, e que está refletido no quadro do Apêndice B, uma grande demanda de apoio técnico solicitado ao Nível Central, denota sua reduzida capacidade em executar este tipo de ações.



Quadro 12 – Ações da Vigilância Sanitária Regional de Mato Grosso para o ano de 2009, de acordo com o Plano de Trabalho Anual.

Estabelecer e monitorar semestralmente a Programação das Ações de Vigilância em Saúde junto aos municípios de abrangência do Escritório Regional de Saúde;
Realizar o monitoramento e avaliação trimestral das ações relativas a vigilância sanitária regional contidas no Plano de Trabalho Anual;
Orientar os municípios na elaboração da Programação das Ações de Vigilância Sanitária;
Supervisionar e assessorar os municípios na implementação das Programações de Vigilância Sanitária Municipais;
Realizar supervisão e/ou orientação nos serviços de Visa nos municípios de abrangência do Escritório Regional de Saúde;
Formar parcerias (Ministério Público, Ministério do Trabalho, Sindicatos, Associações, Conselhos de Classe e de Saúde), realizar reuniões técnicas, mobilização social, atividades de educação em saúde e ações intersetoriais e executar medidas de intervenção, correção e controle quando necessário, para resolver problemas locais;
Realizar inspeção sanitária programada e emergencial, seguindo as prioridades estabelecidas nos documentos de pactuação e programação;
Instaurar processo administrativo sanitário quando necessário;
Receber, conferir e encaminhar documentos referentes à vigilância sanitária;
Cadastrar profissionais para o repasse de numeração e entrega de receituário de medicamentos sujeitos ao controle especial;
Realizar reuniões técnicas junto aos municípios para discussão, planejamento e avaliação de ações relativas à vigilância sanitária retroalimentando o Nível Central de informações;
Participar de reuniões e capacitações realizadas pela Vigilância Sanitária Nível Central;
Realizar relatoria das atividades/capacitações desenvolvidas fora do estado;
Realizar investigação de eventos adversos, avaliando estabelecimentos e/ou produtos envolvidos;
Produzir e/ou divulgar alertas sanitários;
Realizar monitoramento de produtos e situações de risco de interesse da vigilância sanitária;
Realizar atividades educativas sobre temas relacionados com a vigilância sanitária;
Manter atualizado o banco de dados e as documentações dos estabelecimentos de interesse da Visa nos municípios de sua abrangência;
Cadastrar, inspecionar e notificar estabelecimentos geradores de resíduos de serviço de saúde para elaboração de Plano de Gerenciamento de Resíduos;
Encaminhar a Visa Nível Central seu Plano de Trabalho Mensal.

Fonte: Plano de Trabalho Anual da Visa do estado de Mato Grosso, 2009. Elaboração própria.

Fazem parte dos seus critérios para demandar esse apoio técnico o número de pessoal e as categorias profissionais disponíveis no serviço de Visa Regional; a capacitação técnica dos profissionais para desenvolver determinadas ações; o volume de estabelecimentos; e como pode-se verificar pela fala do gerente e de alguns técnicos de Visa a pressão que o setor regulado exerce no serviço de Visa Regional.

... todo ano a gente manda uma lista do que a gente necessita de apoio [...] normalmente são esses hospitais de maior complexidade, [...] a gente não tem equipe o suficiente, [...] Então, estes estabelecimentos a gente está sempre pedindo apoio do nível central. (TNR1)
... a gente faz as drogarias, as farmácias de manipulação, que a gente tem um técnico que é capacitado. Os laboratórios, porque a gente tem na equipe profissionais da área. Algumas clínicas especializadas [...] a gente só faz acompanhado do nível central. Hospitais de grande porte, clínicas mais especializadas, né? Como uma clínica renal, ou até consultório odontológico com raios x. Esse tipo de estabelecimento a gente acaba acompanhando o nível central. A gente ainda não tem condições de fazer, de programar só o nível regional. (TNR3)
Nós damos uma ênfase maior nas farmácias e drogarias. [...] a gente prioriza as drogarias, farmácias, porque é o setor que mais pressiona, porque eles precisam do alvará pra comprar medicamento controlado, porque eles dependem do alvará. [...] eles questionam mais. Até de forma grosseira, às vezes, de uma forma ofensiva acontece deles pressionarem mais a equipe de vigilância sanitária. Que fica a mercê deles assim, dessa pressão, porque nós não damos conta de fazer tudo e eles acabam pressionando, usando política, essas coisas... (GNR1)
... os recursos estão sendo direcionados às inspeções, principalmente da área farmacêutica. Que é o forte mesmo e a pressão realmente é maior, tanto em drogaria, farmácia de manipulação como distribuidora de medicamentos..., a procura é maior nesse setor. Então a gente acaba por fazer mais isso pelo fato da exigência da autorização de funcionamento [que é dada e taxada pela Anvisa], senão eles não podem comprar os medicamentos. [...] a equipe é pequena. Não existe uma equipe multiprofissional como a gente gostaria, em quantidade para execução e até com conhecimento também, pelo tipo de ação, por exemplo, em hospitais, que acaba ficando mais pro nível central. (TNR6)

De acordo com o diagnóstico para o Plano de Trabalho Anual 2009 (Apêndice B) e pela fala dos entrevistados, percebemos que o foco das ações de gerenciamento de risco<sup>12</sup> da Visa Regional de Sinop está voltado principalmente à área de medicamentos, nos CNAE que compreendem drogarias e farmácias de manipulação (4771-7/01 e 4477-7/02, respectivamente), responsáveis por 62,5% das suas ações de gerenciamento do risco, que somadas as dos Laboratórios Clínicos e de Anatomia Patológica e Citologia são 78,5% de suas ações de gerenciamento de risco programadas.

De forma geral a atuação da equipe técnica da Visa do ERS de Sinop está voltada principalmente para ações de Inspeção Sanitária, como pôde ser percebido pela fala dos entrevistados. Em 2009 foram realizadas 299 ações, voltadas principalmente para os estabelecimentos compreendidos na área de medicamentos, tanto para atendimento a demanda do setor regulado quanto à apuração de denúncias e atendimento a solicitação do Ministério Público, segundo registros internos das ações realizadas, sendo que destas resultaram em 24 autos de infração emitidos, 04 apreensões e 02 interdições.

<sup>12</sup> É um processo político-administrativo que visa ponderar alternativas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação do risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão sobre o que fazer com o risco avaliado (LUCCHESI, 2001).

Além disso, ao longo do ano também foram realizadas ações educativas, três em dois dos seus municípios, e uma supervisão de PAVS em todos eles. Outras questões com os técnicos também se ocuparam foram com algumas capacitações oferecidas pela Visa Nível Central, questões administrativas, atendimento ao setor regulado (recebendo e protocolando documentos, orientando e tirando dúvidas) e conferindo o balanço de medicamentos de controle especial das drogarias.

Com o panorama das ações realizadas pela Visa do ERS de Sinop no exposto acima, alguns entrevistados reconhecem que eles também deveriam executar junto aos municípios ações como capacitações, assessoria e cooperação. Mas, justificam que isso não tem sido possível hoje devido, principalmente, a razões ligadas ao tamanho da equipe e a grande demanda por inspeções, o que os impede.

Eu acho que nós, não temos feito o nosso papel real em relação aos municípios. Papel de cooperação, de assessoria. Até de coordenação. [...] são muitos municípios [...] eu acho que a gente deveria fazer esse papel, não ficar só executando o tempo todo. Mas [...] a dificuldade que nós temos é a dificuldade que os municípios têm [...] É porque não temos condições, pelo fato de termos número insuficiente de recursos humanos é difícil você fazer inspeção, fazer toda essa parte que você deveria fazer enquanto regional. Se tivesse um número maior, eu acredito que você teria pessoas para uma área, pra outra área porque afinal uma avaliação também não é tão simples [...] A função do escritório, eu acho que ele deveria assessorar mais os municípios. Auxiliar. Não executar, porque enquanto ele executa, ele não pode auxiliar o município. Ele não tem pernas pra fazer o papel real dele. (TNR6)

... tem determinadas ações que a gente não consegue desenvolver porque as drogarias ocupam mais o nosso tempo. Acho que mais por falta de tempo mesmo pra desenvolver as ações, porque você não consegue fazer tudo durante o período que tem que ser feito. [...] as inspeções tem muita demanda, ou da promotoria ou denúncia mesmo. Então infelizmente ainda é um nosso carro chefe fazer drogaria, que deveria ser dos municípios. Eu acho que já deveria ser uma ação que já poderia ser descentralizada pra eles. A gente teria mais tempo para questões organizacionais, pra fazer programações mais diferenciadas, como capacitações para os municípios. (TNR3)

Percebe-se então que a Visa do ERS de Sinop embora tenha o papel de viabilizar a descentralização na sua região tem direcionado suas forças em grande parte para a realização de ações de Inspeção Sanitária, atendendo a uma demanda permanente e constante do setor regulado que dificulta com que ela execute outras ações reconhecidas por eles como mais próximas de sua função essencial, gerando um impasse entre o que esperado e o realizado. Nesse ponto é necessário ressaltar que iniciativas de repasse de ações de controle sanitário de estabelecimentos do comércio farmacêutico – em especial as drogarias foram feitas mediante portarias em outros estados, embora não tenham sentido grande efeito, pois não foram acompanhadas de repasse.

Hoje, em ambos os Níveis da Visa estadual mato-grossense persiste um forte caráter executor, ainda mais ressaltado no Nível Regional, o que se constata na apresentação das atividades desenvolvidas por ambos e no seu próprio processo de planejamento, o que encontra

correspondência com a realidade encontrada por Cohen, Moura e Tomazelli (2004), para o estado do Rio de Janeiro e como já detectado por Marangon (2009) em seu estudo sobre a Visa de Mato Grosso.

### **6.5. Vigilância Sanitária Estadual: Objetos e Focos de Cooperação**

As equipes de vigilância sanitária dos Níveis Central e Regional são geridas pelo Coordenador Estadual de Visa. Mas, no Nível Regional a gestão local é exercida mais diretamente pelo Gerente de Vigilância em Saúde, e também pelo Diretor do Escritório Regional de Saúde (ERS), responsável pela unidade regional como um todo.

Para os entrevistados da Visa Nível Central os ERS representam a Secretaria de Estado de Saúde (SES) junto aos municípios, inclusive os mais distantes, como uma extensão desta e de seus serviços. Desempenham o papel de ligar os dois entes, se constituindo um elo entre eles: “*É um pedaço da central lá na ponta, né?*” (GNC2). Da mesma forma a Visa Regional, na percepção deles, tem como função manter contato mais direto com os municípios, aproximando-os do estado. E possibilitando acesso, comunicação, articulação, apoio e a organização do processo de trabalho com o conseqüente fortalecimento do sistema estadual de Visa. E há quem diga também que ela tem as mesmas atribuições da Visa Central.

A Visa Regional por outro lado, na percepção de técnicos e gestores também é uma extensão da SES, “*... os escritórios regionais eles são uma extensão, um braço da SES central*” (GNR2), um elo, um fator de aproximação, de apoio aos municípios e ao Nível Central, uma referência regional para os assuntos de vigilância sanitária.

Nessa configuração o que se espera é um trabalho compartilhado entre cada um destes níveis da Visa do estado, Nível Central, Nível Regional e Municipal, onde todos busquem cooperar entre si para conseguir cumprir seu papel.

A Visa Nível Central, segundo técnicos e gestores entrevistados, coopera com o Nível Regional em dois principais aspectos apontados pela maioria deles: (1) na realização de inspeção sanitária em estabelecimentos da sua região, quando a referida ação extrapola a capacidade da equipe regional; (2) na orientação da equipe regional sobre o desenvolvimento de ações que envolvam o gerenciamento de risco e todas as suas conseqüências (interdição, apreensão e o processo administrativo), as questões administrativas, as relacionadas ao sistema de informação e

ao planejamento. E também na realização da Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), na capacitação de seus técnicos, no fornecimento de instrumentos de trabalho (roteiros, legislações, documentos) e informações atualizadas para instrumentalizar suas ações. Como pode ser visto na percepção dos entrevistados:

... o maior número de cooperação que a gente solicita é técnicos do nível central é pra virem realizar ações. É o que mais acontece. (GNR1)
... quando existe uma demanda [...] que a regional não dá conta de desenvolver aquela ação junto com o município, quer dizer, o município não dá conta, a regional também não dá... Aí o nível central vai lá e faz a ação. Então eu acredito que a cooperação técnica tá muito em cima de inspeção, ainda. (TNC6)
Troca informações sobre as ações, sobre inspeções. Às vezes alguma dúvida, algum problema atípico que acontece aqui, a gente recorre lá. [...] Eu acho que o que mais a gente pede apoio pro nível central é nas inspeções, né? Devido ao número reduzido de funcionários... (TANR)
... a gente conversa é sobre [...] a legalidade das coisas. A gente sempre procura o nível central pra se certificar de que tá certo. De que forma a gente pode fazer pra que seja mais correto... A Visa central [...] é onde a gente busca apoio [...] como é que eu vou te dizer... é que nos socorre, na verdade [...] que ajuda a gente a resolver todos os nossos... as nossas deficiências... (TNR2)

De uma forma geral o gestor da Visa estadual percebe os ERS atualmente cooperando com o Nível Central da Visa em duas principais ações, que são, na realização da PAVS e nas ações de inspeções sanitária.

Para o Nível Regional a cooperação que prestam ao Nível Central inclui a realização de inspeções, como lembrado pelo gestor da Visa, e demais ações de gerenciamento de risco demandas a eles pelo Nível Central, como apreensão de produtos e interdição, além de atender ao setor regulado esclarecendo dúvidas, recebendo documentos dele e dos municípios e tramitando-os ao nível central. Também ocorre no repasse de dados e informações, estando aí incluídos os dados da PAVS, e também na participação de reuniões e capacitações oferecidas pelo Nível Central.

Uma técnica do Nível Regional destaca a interdependência das duas instâncias estaduais:

Acho que uma depende muito da outra pra resolver as situações, né? [...] Você precisa tanto dar orientação pros estabelecimentos, o que é que ele precisa pra ele abrir o estabelecimento [...] que tipo de documento ele precisa, de que planta baixa [...] São várias etapas do processo [...] Acho que não é só o repasse de informação. Eu vejo como um todo. [...] A regional começa com essa parte documental até realizar a ação... Porque [...] tem certos estabelecimentos que é o nível central que vai fazer, mas começa aqui. Então, a porta de entrada é a regional [...] tem que começar por aqui. Então o nível regional vai ligar o nível central. Então todos têm que passar por aqui pra chegar lá. [...] (TNR3)
--

Como as ações da Visa do estado de Mato Grosso estão principalmente voltadas para o gerenciamento de risco, notadamente as inspeções como pôde ser visto até agora, é natural

observar que o foco de cooperação entre a Visa Nível Central e a Visa da Regional de Sinop esteja em questões que envolvam este tema, como apontado nas falas dos entrevistados.

De forma geral as respostas indicam que é o Nível Regional que mais solicita a cooperação do Nível Central, enquanto este demonstra se sentir sobrecarregado com as demandas recebidas e apontam algumas possíveis razões como causa para a Visa Regional colaborar menos com o Nível Central do que ele avalia necessário.

Alguns dos problemas levantados seriam pelo pequeno número de profissionais na Visa Regional, a alta rotatividade desses profissionais, o duplo vínculo empregatício de alguns deles, e as possíveis interferências políticas sofridas, além da própria estrutura da Regional. A despeito disso, a Visa Regional, em relação a suas atribuições e desempenho:

...na realidade, todas as atribuições que nós temos aqui na central, só que ela é a ponta, né? É um pedaço da central lá na ponta, né? Tudo que a gente tem que fazer aqui, eles teriam que estar fazendo lá. Mas, infelizmente, devido a quantidade de recursos humanos, que são poucos da vigilância sanitária... Mesmo que a gente queira descentralizar pra eles, eles não têm pessoal pra assumir tudo. Vai ficar sempre nas costas da central. (GNC2)
... ela cumpre o seu papel dentro do que [...] é possível cumprir. Porém ela ainda encontra muito incipiente em relação aos recursos humanos é uma rotatividade de profissional muito grande dentro da nossa regional e que inviabiliza a regional funcionar da forma como ela deveria funcionar, dentro das atribuições dela. (TNC4)
... a regional ela manda o plano de trabalho ... pedindo suporte pro nível central em algumas ações, né? [...] insegurança das questões políticas, né? [...] Os colegas de lá da regional foram treinados, fazem um trabalho muito bom nos municípios da regional, mas... o município sede, a questão de conhecimento pessoal, ou questão política, eles ficam com um certo receio, então a gente precisa se deslocar até lá. (TNC2)
... se a gente conseguir reestruturar as regionais fazendo com que [...] funcionem realmente com mais recursos humanos, e mais condições de trabalho acho que aí vai chegar até o município melhor. Até pra poder ajudar o município também a ter condições de tá montando uma vigilância também boa lá na ponta. É que na realidade eles não têm profissionais... Um ou dois, entendeu? Então aqui não consegue fazer nada. Só apaga fogo. (GNC2)
A relação com todos os escritórios ela é complexa. [...] Os escritórios não conseguem responder às nossas necessidades, né? Então existe uma cobrança do [...] do nível central em cima dos escritórios dizendo: “opa, você tem prazo pra cumprir, para nos dar resposta”. E o escritório diz: “eu não consigo fazer, eu tenho outras ações”. (GNC1)

Porém, além dos fatores apresentados acima pelo Nível Central a Visa Regional ainda encontra um panorama de municípios pouco atuantes e pouco estruturados quando se trata de vigilância sanitária, o que vem a aumentar sua carga de trabalho naquela região.

Ação mesmo, na prática mesmo, infelizmente, a maioria dos municípios não fazem. [...] falta recurso humano para o município também, né? Então eles usam uma pessoa que faz mil e uma coisas, né? E também vigilância, aí a gente sabe o quanto vigilância toma tempo e eles colocam uma pessoa, normalmente de nível médio, às vezes nem nível fundamental, pra trabalhar na vigilância sanitária. Aí pegam um agente pra acompanhar quando precisa fazer a ação. Então assim, e isso aí é crônico né? Lá na outra regional que eu trabalhei, tinha também disso. Aqui também tem [...] Infelizmente eles não valorizam o trabalho da vigilância. Acham que só vai atrapalhar, [...] Só vai dar trabalho, porque daí vai lá apreender um produto e o proprietário vai lá, tem moral com o prefeito, vai lá reclamar. Então, é só dor de cabeça na visão dos secretários de saúde, não de odos, né? A visão que muitos deles têm da vigilância é isso, que é só dor de cabeça, seria melhor se não tivesse. Só que aí quando tem um problema, né? Aonde cai? Vai, chama a vigilância [...] claro que o município recorre a regional... (TNR1)

Todos estes fatores além de interferir na relação de cooperação entre a Visa Regional e a Visa Nível Central também afetam o desenvolvimento do seu papel junto aos municípios e na cooperação requerida por eles, que acaba sendo grande devido a pouca estruturação dos seus serviços. Portanto, pelo que se pode perceber a Visa Regional se divide entre tentar atender as demandas do Nível Central e dos municípios, ficando em débito com ambos.

Quem demanda mais ações a serem feitas é a própria regional, que até não dando conta de fazer tudo que deveria ser feito solicita um apoio do nível central, tá? [...] Nós continuamos aí na linha de fogo cruzado também, porque geralmente o município nos solicita mais ações do que nós a eles. [...] eles requerem muito a nossa presença, necessitam demais a nossa presença. Então quando nós não podemos ir eles até vem ao escritório regional para solicitar ajuda para as rotinas. (GNR1)

Olha, na questão de vigilância sanitária com o município é... geralmente sanando dúvidas. [...] Eles pedem muito. Eles têm muita necessidade de assessoria. A demanda muito grande, a solicitação de capacitação, de cursos. Então acaba que eles ligam muito tirando dúvida do que fazer. Das ações a serem feitas também. [...] “O que é que eu faço em tal situação? O que é que eu posso fazer em tal estabelecimento? Como que eu abordo? Qual que é o roteiro?” Eles têm uma carência total. Então nós ficamos meio na assessoria remota. Eles ficam assim ligando... Não temos condição de ir sempre lá. (GNR1)

Apesar de suas dificuldades e dentro da sua capacidade a Visa da Regional de Sinop colabora com seus municípios de maneira parecida com a sua relação com o Nível Central, embora haja técnicos que reconheçam que o que fazem ainda não é suficiente, e a fala de um dos técnicos do Nível Regional ilustra bem essa situação: “... *bom, dentro da possibilidade a gente tenta cooperar. Mas assim, de forma precária. Eu acredito que a gente poderia contribuir muito mais se tivesse condições.*” (TNR6)

### 6.5.1. Colegiado de Gestão Regional

Em todas as Microrregiões de Saúde do estado existe uma estrutura que poderia ser utilizada pela vigilância sanitária como um instrumento de apoio para o seu desenvolvimento na

região, os Colegiados de Gestão Regionais (CGR). Estes espaços, de acordo com Brasil (2006 a, p. 21), devem representar “um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa”, que tenham suas decisões baseadas na “identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive,” através da instituição de um processo de planejamento regional, com definição das responsabilidades de cada ente.

Antes do Pacto pela Saúde eles eram conhecidos por Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Regional, e tem como membros todos os gestores de saúde dos municípios da microrregião, gerentes e técnicos de cada uma das áreas do ERS, ficando sob a direção do Diretor do ERS. O CGR se reúne mensalmente para deliberar sobre assuntos de interesse da microrregião e dos entes que a compõem, costumeiramente no município sede da microrregião.

Na Microrregião do Teles Pires as reuniões seguem um agendamento para todo o ano, com pautas trazidas pelos seus membros, que tem participação freqüente nas reuniões, geralmente com quórum de 80%, segundo o Diretor do Escritório. Os assuntos deliberados neste espaço são posteriormente levados à CIB Estadual para homologação e encaminhamento.

Segundo o Diretor do ERS de Sinop, o CGR é muito importante para o desenvolvimento da saúde da região, já que é um espaço de troca de conhecimentos e de intercâmbio entre os gestores municipais e a equipe do ERS. Para o gerente de Vigilância em Saúde, ele possibilita a cooperação entre os municípios, que demonstram disposição para fortalecer a sua região.

O CGR também é visto por um técnico da Visa Regional como um importante canal de comunicação com os municípios. Apesar dessa avaliação, pelo que se pode perceber pelas respostas dos entrevistados, tem sido pequena a participação da Visa em suas reuniões e esporadicamente tem pautado a Visa. O principal assunto tem sido a Programação de Ações de Visa dos municípios e, algumas vezes, o esclarecimento de dúvidas sobre suas ações e seu papel e a solicitação de apoio da equipe regional para a realização de alguma ação nos municípios.

Dos técnicos entrevistados, os poucos que já participaram algumas vezes dessa reunião, avaliam que os assuntos de maior interesse dos gestores municipais são os que envolvem repasse de recursos.



<p>Na questão vigilância sanitária não acontece muito essa solicitação, esse desejo, essa angústia. Não sei se porque não conseguem enxergar o problema, às vezes, ou devido a outros problemas... que a CGR geralmente é geral, [...] os problemas de gestão, atenção a saúde, vigilância em saúde como um todo... O agravo da dengue, que toma muito tempo dos municípios. [...] Os secretários estão demonstrando assim bastante coesão assim nessa questão de decidir junto o fortalecimento da região, mas assim... existe essa cooperação, existe. Só não especificamente pra vigilância sanitária... (GNR1)</p>
<p>... eu já fui em algumas reuniões. [...] No Colegiado eu não posso te dizer de quando eu participei... não teve nenhuma pauta relacionada a Visa. Na CIB já houve assim em relação a esclarecimentos sobre o que a vigilância sanitária realmente fazia, o seu papel. Uma coisa assim muito simples. Ou até uma demanda de Ministério Público que o município solicitava durante a reunião pra saber como a regional ia conduzir. (TNR6)</p>
<p>Os secretários ainda estão muito mais interessados em programas que tem recurso. Acho que é muito mais por isso, entendeu? Porque qual o recurso que a vigilância sanitária dispensa para os municípios? Então, acho que eles são muito voltados pra isso. Eles não vêm ainda a importância da vigilância sanitária. Tanto que se tivesse, se eles vissem como uma coisa importante, o técnico seria exclusivo para isso. Ele teria tempo para organizar a vigilância sanitária, fazer seu cronograma de ação, desenvolver suas atividades, solicitar mais informação do escritório regional. Eu vejo, ainda vejo que eles são mais interessados em programas que tenham recursos. (TNR3)</p>
<p>... essa reunião que ocorre todo o mês é bastante importante, e mesmo porque, como é junto, todos os municípios ali junto, tem muita coisa que você pode estar repassando de uma forma geral, né? Uma informação, ou mesmo esse contato, né? Porque às vezes você não tem como ir nos municípios. Neste dia, nesta reunião eles estão todos reunidos, aí você consegue esse contato com o município. [...] as poucas vezes que eu participei dessas reuniões é mais aprovação de projetos que demandam recurso, né? (TNR1)</p>

O que se pode perceber então é que o CGR representa um importante espaço de interlocução entre estado e municípios dentro da microrregião e que infelizmente está sendo pouco aproveitado pela Visa estadual que poderia demandar mais, no intuito mesmo de estreitar os laços com os gestores municipais e talvez impulsionar a Visa na microrregião. Mas, da forma como se encontra configurado seu processo de trabalho hoje ela provavelmente não consegue vislumbrá-lo como uma importante estratégia regional que representa,, deixando passar a oportunidade de trazer a tona temas importantes àqueles que como eles têm sua parcela de responsabilidade pela saúde da população daquela microrregião.

## 6.6. Estratégias e Mecanismos de Coordenação da Vigilância Sanitária Estadual

Regular o risco sanitário é papel inerente a Visa, bem especificado na Lei 8.080/1990, cabendo a cada ente federativo uma parcela de responsabilidade. Mas, para que de fato a regulação se efetive há necessidade de que se constitua um Sistema de Vigilância Sanitária, como explica De Seta e Reis (2009), devido principalmente ao alto grau de exigências técnicas, funcionais e políticas para o desempenho de algumas das suas funções, condições não disponíveis a todos os entes. Assim como também pela necessidade de que suas ações sejam abrangentes,

complementares e sistematicamente ordenadas, o que exige, portanto coordenação e cooperação entre seus componentes.

Hoje é possível perceber que a Visa do estado de Mato Grosso está organizada para exercer principalmente a função de executora de inspeções sanitárias, tanto no âmbito Central como no Regional da Visa, o que lhes demanda tempo, recursos e esforços.

... eu acredito que o papel do estado na verdade, ele não dá tempo de coordenar. Ele fica como executor. ... ele não tem na organização do processo dele de trabalho e programação. Ele só fica na execução... (TNC6)
---

... nós aqui na gerência a gente não tem essa coordenação, a gente ainda não consegue fazer essa coordenação em todos os escritórios e municípios, né? É o que a gente gostaria de fazer [...] Mas no momento a gente não tem como coordenar não. (GNC2)
--

Este fato se deve, entre outros fatores, à realidade presente nos municípios de abrangência da sua regional, que segundo resposta dos entrevistados, não possuem uma Visa estruturada e atuante, o que termina por exigir mais esforços da Visa Regional no preenchimento das lacunas deixadas por eles e conseqüentemente do Nível Central para tentar suprir as necessidades presentes no Nível Regional, que também tem deficiências para exercer seu papel.

A questão da descentralização eu comecei a ouvir desde 98, a gente já fez treinamentos e hoje depois de dez anos a gente anda nos municípios e nos regionais e ainda a gente vê que a vigilância sanitária não está consistente, né? [...] nem as ações básicas de vigilância sanitária não são todos os municípios ou todas as regionais que tem o controle. (TNC1)
--

... o município não tem condição de fazer, né? A gente vê que as ações básicas mesmo, ainda ficam a desejar, né? Imagina as de maior complexidade é mais difícil ainda, né? Ser executada. Então as coisas tão acontecendo e o estado está ainda fazendo muito pelo município, né? Pela questão mais ou menos da descentralização que ainda não ocorreu de fato... (TNC3)
---

O que se percebe é um círculo vicioso em que na tentativa de suprir as lacunas do outro, se acaba por executar ações por ele, não o preparando nem lhe proporcionando condições para assumí-las. Sobre outro ângulo, este fato seria esperado do nível que possui mais condições técnicas, operacionais, financeiras e políticas, numa forma mesmo de exercer a cooperação com o outro. Mas, quando as lacunas são muitas e o volume de ações a serem executadas termina por interferir na realização de outras atribuições tão importantes quanto, o que se tem é um desequilíbrio entre suas funções. Esse desequilíbrio talvez seja o fato mais presente hoje no estado – que tenta se equilibrar entre executar ações, organizar o seu processo de trabalho e coordenar –, embora haja dúvidas quanto ao seu preparo para exercer sua função de coordenação. E como aponta Souza (2001) para que o Estado possa exercer o seu papel coordenador é necessário que ele passe pela qualificação e reorientação do seu papel de gestor estadual, que

possa deslocá-lo da função de prestação direta de serviços para a função de formulação de políticas e planejamento/programação estadual, coordenação e regulação intermunicipal, controle e avaliação sistêmica, além de análises de resultados e impacto das ações de saúde e capacitação e apoio técnico aos municípios.

Quer dizer, o que é coordenar? Eu acho que me faltam elementos até pra poder estar discutindo, mas não existe assim uma coordenação orientada com diretrizes..., quer dizer nós temos algumas diretrizes mais ninguém sabe o porquê. [...] A coordenação... talvez a explícita é através do organograma, os regimentos e tudo mais. No entanto, nesse processo real de coordenação, de pactuação, [...] São as pessoas que fazem o processo de coordenação ou de pactuação. Eu acho que talvez falte o conhecimento por parte das pessoas, né? Eu vejo que, por exemplo, o estado [Vigilância Sanitária Estadual], por mais que ele tenha compreensão do processo, ele não tem a concepção de uma coordenação... (TNC6)

Contudo, apesar de todos estes fatos podemos reconhecer algumas ações desenvolvidas pela Visa do estado do Mato Grosso para coordenar os trabalhos, e estas se configuram de maneira diferente para as regionais e os municípios.

Para as Visas Regionais, de maneira geral, a coordenação tem se dado sob a forma de coordenação do processo de trabalho. Essa coordenação se expressa na alocação de recursos financeiros para a realização de ações, embora não haja autonomia na regional para decidir sobre o tipo de ações com o qual vai ser gasto o recurso, que é direcionado ao pagamento de diária e combustível para a realização de inspeção sanitária em estabelecimentos da microrregião. Outra maneira que ocorre é através do repasse de bens para a estruturação do serviço regional, como equipamentos, mobiliários e veículos, que são distribuídos de acordo com a necessidade do serviço regional. Todavia, como relatado anteriormente pelos entrevistados esses bens não permanecem exclusivos para a Visa Regional.

A Visa Nível Central, conforme a fala dos entrevistados vem de um processo de reestruturação recente, o qual resultou na implantação do sistema de informação estadual, que tem alguns módulos desenvolvidos e instalados em todas as Visas Regionais desde 2009. Esse sistema tem possibilitado a troca de informações entre eles, a padronização de procedimentos administrativos, que estão regulamentados no Decreto Estadual n.º 1.729 de 12/12/2008 e também a padronização do sistema de prestação de contas.

É sabido que tanto a troca de informações como a instituição de sistemas informatizados de prestação de contas funcionam como instrumentos que possibilitam a coordenação do processo de trabalho (DE SETA e REIS, 2009).

Outras maneiras ainda utilizadas pelo Nível Central para coordenar tem sido por meio das reuniões, oficinas de trabalho e capacitações, em que normalmente se reúnem gestores e técnicos do Nível Central e Regional para definir ações, produzir instrumentos de trabalho e trocar informações.

... Existem reuniões da própria coordenadoria da vigilância com as regionais para estar tentando pactuar as ações, né? Tanto que nosso PTA [Plano de Trabalho Anual] é elaborado dessa forma. (TNC6)

E agora que teve o edital [...] eu vi que seria uma estratégia de auto-desenvolvimento da equipe da Visa. Um edital pouco motivador em termos de recurso econômico para aquele que vai ser docente e que envolve um empenho muito grande, mas que seria uma estratégia. A equipe de programação e avaliação se empenhou em ligar para o pessoal da regional. Eles são mesmo e estrategicamente importantes para tornar viável o nosso plano [Plano de Educação Permanente dos profissionais de Visa]. (TNC6)

A troca de informações e orientações entre estes dois níveis ainda se dá em maior escala de forma informal, por meio de telefonemas e do uso de ferramentas eletrônicas, como e-mail e recentemente o “skype”, geralmente utilizados para informações que demandam certa urgência de ambos, mas a comunicação formal também é bastante utilizada, por meio dos memorandos, usados para as trocas de informações que necessitam de registros e trâmites oficiais.

... as orientações são mais pelos meios informais, telefone, e-mail, skype... Mas, a gente tem muito fluxo de documento. De memorando para as regionais também. O fluxo é muito grande. Então a gente utiliza desses dois métodos. Para reunir todo mundo aqui [...] em 2008 a gente trouxe em momentos estratégicos como no PTA [Plano de Trabalho Anual] e no final para finalização do protocolo. Mas essas capacitações se dão mais como orientações, como memorandos, até pela distância territorial do estado e a dificuldade de trazer todo mundo pra cá. (GNC3)

Olha, [...] quando é andamento mais rápido é mesmo via telefone, e-mail, skype, né? Mas existem as comunicações formais e também têm existido as... as capacitações, as reuniões, as oficinas, voltadas pra área de planejamento, sempre tem... (TNC1)

Das estratégias utilizadas pela Visa do estado para coordenar os trabalhos das regionais os entrevistados citaram todas as estratégias anteriores, mas entre as mais lembradas estão a Capacitação e a Comunicação Informal.

Os mecanismos de coordenação do trabalho, de acordo com Mintzberg (1995) compreendem: o ajustamento mútuo, a supervisão direta, a padronização do processo de trabalho, a padronização de conhecimentos e habilidades e a padronização de resultados. Pelas respostas nas falas dos entrevistados a Visa do estado de Mato Grosso utiliza principalmente o Ajustamento Mútuo, que se caracteriza pela comunicação informal entre os operadores do trabalho. A troca de informações e orientações entre a Visa Central e a Regional pelos meios de comunicação já referidos, poderia ser um bom exemplo disso. Todavia pela intensidade e duração

com que ocorrem essas trocas, segundo as falas que se seguem, elas parecem suprir mais a necessidade de formação do agente e de sistematização do seu processo de trabalho.

... você fica no telefone explicando aquilo para uma regional durante uma manhã, né? Até você explicar como ele vai alterar. [...] eu deixo o meu celular pessoal com eles, qualquer coisa me liga, não importa se eu tiver viajando, tiver no escritório e tal, eu já deixo orientado [...] então eu sempre deixo para eles terem a sensação de que as dúvidas que eles tiverem vão ser sanadas. Vão ter facilidade para serem sanadas. Então por isso é uma questão, eles podem até não ligar pra mim, mas eu deixo disponível o acesso, tá? (GNC3)

Normalmente aqui na vigilância sanitária a gente tem um corpo técnico no qual quando a gente tem alguma determinada dificuldade pra tomar uma decisão a gente sempre procura consultar com os demais colegas, né? Então as decisões são tomadas, só que são tomadas em parcerias com os demais colegas. (TNC4)

... uns querem começar a fazer alguma coisa aí pede orientação: “Oh, me encaminha o roteiro. O que eu faço?” Assim... alguma orientação técnica sabe? “Ah, eu estou com dificuldade aqui no sentido de analisar o PPRA [Programa de Prevenção de Riscos Ambientais]”. Você entendeu? “Eu peço? Não peço?” Mais orientação técnica, entendeu? (TNC3)

Outro mecanismo descrito por Mintzberg é a Padronização. Na padronização do processo de trabalho a coordenação é feita antes do trabalho ser realizado, ou seja, as pessoas sabem o que é esperado delas antes de o executarem. O uso do Manual de Normas e Rotinas da Visa estadual, regulamentado pelo Decreto n.º 1.729/2008 poderia representar um início, mesmo incipiente de uma tentativa de padronização. Outra, os próprios roteiros de inspeção. Todavia o processo de trabalho da Visa não parece ser passível de extensa padronização.

Outro tipo de padronização é a padronização de conhecimentos e habilidades para a execução de um determinado trabalho. Esse mecanismo, segundo Mintzberg é utilizado na especificação de perfis profissionais, em sentido amplo. A definição do perfil de competências do técnico de Visa, que se destina à definição de diretrizes do Plano de Educação Permanente e para o desenvolvimento da capacitação dirigida aos municípios do Estado poderia ser vista como o estágio inicial para implementação desse mecanismo. Todavia esse mecanismo ocorre quando a formação – e não um treinamento – é longa e realizada fora do serviço, nas universidades, que geralmente formam os profissionais.

Uma das questões que existe e que a gente aqui trabalhou isso no ano passado é a questão do levantamento do perfil de competência. Eu acho que a gente precisa, primeiro de tudo, perguntar: qual é o papel do fiscal, tá? [...] temos que evoluir primeiro, fazer o levantamento do perfil de competências para que a gente possa tratar os cursos de admissão desse profissional para dentro da carreira e torná-lo cada vez mais com expertise para que ele atenda a necessidade que a comunidade pede e o objetivo do órgão... (TNR1)

Hoje a coordenadoria já tem o perfil definido do profissional de Visa, né? Então assim, já tá se implantando a capacitação de um curso básico para os profissionais de vigilância sanitária. (TNC2)

E um último mecanismo lembrado foi a Supervisão direta, já que a Padronização dos Resultados não foi reconhecida pelos entrevistados como sendo possível. Em se tratando da Supervisão direta o reconhecimento se deveu principalmente ao monitoramento das ações constantes da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), mas principalmente realizada pelas Visa Regionais nos municípios e pontualmente das Programações de Ações de Visa dos municípios, num momento conjunto à equipe da Anvisa, além do desenvolvimento recente de um projeto de monitoramento e supervisão partindo da Gerência de Certificação de Alvará.

... agora que tá começando com a parte administrativa que a gerente está indo nos escritórios [regionais de saúde] fazer uma supervisão ... (GNC4)
Nós estamos incipientes nessa questão. Nesse trabalho que eu [...] montei um projeto esse ano, de ir por causa das informações do sistema de vigilância sanitária, a minha intenção era isso. Existem outros aspectos lá no projeto para serem avaliados, não só sistema de informação, questão de fluxo mesmo, questão até de recursos materiais que a gente disponibiliza para melhorar o trabalho da Visa regional. Será que estão mesmo sendo utilizados pela Visa? [...] Então eu estou [...] conseguindo monitorar recursos materiais, recursos humanos, e as informações do sistema e se aquelas ações que eles tão dizendo no PTM [Plano de Trabalho Mensal] que eles estão realizando, se elas estão cadastradas no sistema como ordem de serviço. Então eu estou monitorando um foco bem reduzido e comecei, primeiro ano. (GNC3)
Eu acho que isso é um ponto falho no nível central [...] eu penso que o nosso papel seria a supervisão das ações, tanto na regional quanto nos municípios, né? Uma vez que a gente demandou as ações, né? E isso eu acho que pelo menos na área de medicamento não acontece. Não sei se em outras áreas da vigilância sanitária isso vem acontecendo. Então teria que tá acontecendo até mesmo para a gente podee estar balizando as informações, né? Porque às vezes a gente demanda uma ação para regional e fica questionando daqui porque que a regional não fez ou fez com certa dificuldade. A gente não parou para avaliar em que condições tá sendo realizado esse trabalho, tanto de instrumentos, de equipamento e até mesmo de profissional, né? Porque às vezes tem dificuldade, em função da rotatividade esse profissional entra ali e a gente não tá supervisionando. (TNC2)

Todavia, como definido no campo da gestão, a supervisão é um mecanismo de coordenação do trabalho empregado por quem detêm a responsabilidade pelo trabalho realizado por outros, havendo certa superioridade hierárquica. Esse não é o caso do Estado e Município que são entes federativos, dotados de autonomia.

A coordenação da esfera estadual junto à esfera municipal seria federativa. Realizada fundamentalmente por meio de normas de descentralização, discussão em instâncias bipartite e repasses financeiros vinculados a metas.

Em se tratando dos municípios percebe-se que a coordenação que a Visa Nível Central tem exercido sobre eles tem-se traduzido em ações não sistematizadas e pontuais, em que as Regionais acabam por assumir ou tentam assumir esta função, porém com deficiências.

As ações da Visa Nível Central no sentido de coordenar os municípios se resumem, portanto a edição de algumas normas por meio de resoluções da Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB), como a Resolução CIB n.º 92 de 20/12/2007, que estabelece critérios para a transferência do Piso Estratégico de Visa para os municípios do estado; e a Resolução CIB n.º 134 de 18/11/2009, que estabelece o repasse de computadores aos municípios do estado com Programação de Ação de Visa aprovada em CIB Estadual. Essas Portarias, todavia não parecem ser mecanismos que propiciem a coordenação pelo Estado. Uma vez que os repasses de recursos do Piso Estratégico não são próprios, e nem é definida por ele a suspensão do repasse, além de inexistirem metas.

... nós tentamos agora incentivar a questão do plano de ação no município, né? Por quê? É um momento aonde ele pára um pouquinho para planejar o que tem a fazer, para ele tentar conhecer como está a vigilância sanitária dele e quais os passos que ele pode dar para tentar mudar esse quadro, né? Então esse é um dos itens que nós estamos ajudando, em especial separando recursos, já que nós não repassamos da forma como a união repassa para o estado, nós não repassamos mensalmente recurso para os municípios, porém nós tentamos encontrar critérios como, por exemplo, aconteceu no ano passado de buscar os municípios que tiveram um plano de ação aprovado e como forma de incentivar oferecer computadores, né? (GNC1)

Como pôde ser percebido na fala do entrevistado GNC1 o estado não repassa recursos financeiros para os municípios, embora o gestor se mostre disposto, mas se vê impossibilitado a isso, segundo ele, pela insuficiência de receita da Visa estadual.

Outra tentativa é também a realização de algumas reuniões e capacitações voltadas para os municípios, como as listadas no Quadro 10, embora elas tenham se caracterizado por ações não sistemáticas, desenvolvidas para atender demandas mais emergentes do serviço municipal ou estadual hoje há uma preocupação em desenvolver capacitação para todos os municípios do estado com base em um perfil diagnosticado junto aos trabalhadores de Visa municipal e estadual.

... ano passado foram desenvolvidas várias oficinas para desenvolver o plano de capacitação. [...] E agora, nesse ano isso tá sendo focado para os municípios, para até fortalecer a descentralização das ações de Visa, principalmente na área de estruturação da vigilância sanitária, né? Parte de gestão, administrativa e estruturação das Visas no município, para a gente ter a capacidade de descentralizar, desafogar o nível central. (GNC3)

E a orientação por meio formal ou informal no desempenho de algumas funções que o Nível Regional não se encontra apto para orientar.

Às vezes em alguns momentos a gente demanda uma interdição cautelar de algum produto que a Anvisa definiu que tem desvio de qualidade. A gente determina que faça o recolhimento. Então a gente faz um memorando, um ofício para as regionais, [...] as regionais demandam as informações para o município. Muitas vezes o colega que demandou essas ações lá na regional ele não é farmacêutico, aí se tem algum problema técnico, específico do profissional farmacêutico aí eles pedem pra entrar em contato direto com a gente. Então às vezes é alguma orientação específica da área do medicamento. (TNC2)

O Sistema de Informação, por ser um sistema de implantação recente no estado também ainda não é uma estratégia de coordenação consolidada junto aos municípios, embora esteja em processo de negociação para implantação na capital do estado, talvez iniciando aí o seu processo de descentralização para outros municípios do estado: “... nós estamos começando um estreitamento porque eles querem o sistema de informação que a gente tem aqui [...] eu estou presenciando sim é esse acordo com a Visa de “X”, da gente implantar o sistema lá”. (GNC3)

Para um dos gestores a PAVS também seria uma estratégia de coordenação utilizada pelo estado, servindo para definir as ações que serão realizadas pelo Nível Central, Regional e Municipal.

... na hora da divisão de quem vai executar o que, qual é a responsabilidade de quem vai executar o que em termos de inspeção, como eu disse, infelizmente a vigilância sanitária está muito focada na inspeção, mas é um momento primoroso pra que a gente separe as responsabilidades de quem vai realizar a inspeção... (GNC4)

Segundo Valeriano Costa apud De Seta (2007) é necessário que a esfera estadual exerça papel ativo na coordenação do processo de descentralização, mas como lembra Machado (2009) este seu papel ficou fragilizado desde a década de 1990, período marcado pela descentralização da gestão a partir da transferência vertical de responsabilidades e recursos do Ministério da Saúde para os municípios, o que fez com que quase desaparecesse por completo seu papel de coordenação e suas competências técnicas acumuladas ao longo dos anos.

Quando voltamos os olhos para a coordenação que a Visa do ERS de Sinop exerce sobre seus municípios percebemos que ela desenvolve pouco esta função, que se dá principalmente quando é requerida pelo município, já que se concentra em executar uma grande demanda de inspeções sanitárias. Ainda assim dentre as ações que desempenha junto aos municípios notamos que ela utiliza mais a estratégia da comunicação, formal e informal, sendo a segunda a mais comumente utilizada, que se dá principalmente pelo uso do telefone e a primeira por meio de ofícios.

...a gente usa um pouco do e-mail, a gente usa um pouco dos memorando, dependendo da informação que a gente solicita se tem que ser mais oficial tem que ser através de memorando, mas a gente usa um pouco de cada, mas acho que o contato maior ainda é por telefone. [...] Então, normalmente são orientações por determinadas situações



que eles não conseguem resolver, eles buscam a vigilância regional para orientação. (TNR3)

Só por telefone. Ou quando eles vêm para uma outra atividade aqui, aí eles pedem informação, né? Mas normalmente por telefone é que é tirado dúvidas, né? Alguma coisa que eles precisam [...] pra eles poderem fazer uma ação, né? Ele não está acostumado com aquele tipo de ação, então a operação que a gente faz com eles é essa, estar passando essas informações de como fazer, né? E que legislação usar. (TNR1)

De forma mais tímida o ERS tenta coordenar por meio da supervisão, da capacitação de técnicos de municípios e da realização do acompanhamento da PAVS.

... na época da avaliação da PAVS [Programação das Ações de Vigilância em Saúde] a gente vai fazer reunião, vai verificar o que foi feito, o que não foi feito. Durante o ano é só esta questão de tirar dúvida mesmo de alguma ação que eles estão fazendo, que eles têm dificuldade. Eles ligam pra gente, a gente está passando as informações. Agora, durante o ano nós irmos lá verificar o que tá sendo feito... só na época da PAVS mesmo. Infelizmente a gente não tem essa disponibilidade de tempo para ir fazer todas as ações. (TNR1)

E a gente até o ano passado conseguiu fazer alguma coisa, mas tem muita dificuldade, tanto é que no município de "Z", nós fomos fazer uma palestra lá sobre a importância da implantação da vigilância, porque os próprios vereadores eram contra e inclusive eles boicotaram a vinda das pessoas, né? Que o secretário de saúde iria trazer com um ônibus para o pessoal assistir a palestra. [...] a gente sente essa dificuldade. É um trabalho que tem que estar sendo feito porque é a ponta, né? E mesmo porque eu acho que para haver essa descentralização os municípios tem que se estruturar, né? Então o nosso serviço aqui eu acho que seria mais esse apoio e os municípios estarem preparados para fazer, porque eles estão vendo o problema de perto. (TNR1)

Percebemos que embora se deseje que os municípios estejam mais bem preparados para desenvolver as ações de vigilância sanitária o estado encontra dificuldades em cumprir a função de coordenar a descentralização das ações de Visa. Ele se mantém concentrado na função de executor de inspeção sanitária, de grande demanda e há muito desenvolvida por ele. E se divide também entre as ações que buscam melhor estruturar o serviço estadual, que embora tenha demonstrado avanço nos últimos anos ainda demanda de mais desenvolvimento, principalmente no tocante as Visas Regionais.

Segundo Abrucio e Franzese (2007) o governo estadual hoje assume o papel de executor direto de ações, com um papel coordenador pouco desenvolvido, havendo portanto, a necessidade desses governos encontrarem seu papel e saírem da indefinição em que se encontram, segundo eles, um dos principais problemas do federalismo brasileiro.

Conforme Abrucio (2005) os estados são peças centrais nas políticas públicas, de grande importância para o sucesso da reforma do Estado brasileiro, mas que para dar sua contribuição à reforma precisam fortalecer suas capacidades gerenciais melhorando seu desempenho na administração pública e criando uma estrutura organizacional mais efetiva e eficiente, para que resulte no aumento da sua capacidade institucional para resolver os problemas sociais com os

quais está envolvido e no empenho por relações intergovernamentais mais cooperativas e estruturadas.

Faz-se necessário, portanto que a Visa Estadual desperte o olhar para esta função tão importante, buscando a instrumentalização necessária para assumí-la e para melhor utilizar a estrutura regional, uma importante estratégia a ser aproveitada neste processo junto aos municípios do estado.

Faz-se necessário também e antes de tudo que se perceba a importância da concepção de um sistema estadual de Visa, da interdependência dos entes que o compõe e das condições de desigualdade existente entre eles para então coordenar ações que favoreçam o fortalecimento dos seus componentes.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as funções da vigilância sanitária estadual a coordenação do processo de descentralização das ações e da gestão da Visa aos municípios se destaca quando se objetiva fortalecer a vigilância sanitária no estado. Torná-la mais atuante e com ações mais eficientes para contribuir ainda mais para melhorar as condições de saúde da população. O que se depreende desse estudo é que, apesar da dificuldade, que é real, de coordenação pela esfera estadual, não só da descentralização para os municípios, mas da ação no âmbito de seu território, se têm cooperado, ainda que da maneira avaliada como insuficiente pelos entrevistados. Dificuldades estruturais são citadas como fatores limitantes, a exemplo do que sintetizou um técnico do Nível Regional “... bom, dentro da possibilidade a gente tenta cooperar. Mas assim, de forma precária. Eu acredito que a gente poderia contribuir muito mais se tivesse condições.” (TNC6).

Uma coordenação ativa tende a proporcionar uma relação mais positiva entre as três esferas de governo quando pautada no respeito à autonomia, que não total e absoluta, e no estabelecimento de um fluxo de ações cooperativas, onde as responsabilidades são claras e o controle é mútuo. Essa coordenação e essa cooperação são imprescindíveis, visto a interdependência entre eles, principalmente no campo da vigilância sanitária onde os riscos a que a população está exposta não se restringem a divisas e fronteiras. De outro modo, a ausência de coordenação acaba por acarretar na sobreposição de ações e na competição, resultando na fragilização do serviço e em maiores demandas de esforços e gastos. Assim, a coordenação é necessária para que a cooperação alcance maiores resultados.

É possível constatar que a Visa do estado do Mato Grosso tem empreendido esforços para melhor desempenhar seu papel junto aos municípios e para isso conta com importantes aliados, as Visas Regionais, distribuídas por todo o estado e próximas dos municípios mais distantes. Mas, embora diversas ações venham sendo empreendidas por ela, quer sejam voltadas a Visa Regional, que intermedia o processo, quer sejam dirigidas diretamente aos municípios, ambas – regional e central - têm se revelado insuficientes para dar conta das necessidades presentes.

Seu caráter executor, seus problemas estruturais, uma frágil capacidade de gestão e organização para a coordenação, aliados a ausência de um projeto dirigido à descentralização das ações e gestão da Visa são fatores estaduais que merecem atenção, a custo de que se perpetue a

fragilidade do sistema estadual, com municípios ausentes na atuação sobre os riscos ou agindo independentes e desarticulados da atuação estadual.

A debilidade da esfera estadual (Nível Central e Nível Regional) em exercer seu papel coordenador do sistema estadual parece se revelar em duas causas principais: o histórico papel residual dessa esfera, abordado por vários autores, que implica conseqüências a sua estruturação; e a magnitude com que nos últimos anos a Visa tem executado ações de gerenciamento de risco, notadamente ações de inspeção sanitária.

Mas, embora a necessidade do seu papel coordenador, é certo destacar que ela sempre terá a responsabilidade, no âmbito da sua jurisdição, de executar ações para o gerenciamento do risco, em substituição ou mesmo complementarmente. E a descentralização não pode ser vista como um meio para a diminuição da sobrecarga de trabalho para que ela finalmente assuma a responsabilidade pela coordenação/do seu papel coordenador.

A Visa estadual necessita compreender melhor a importância do seu papel coordenador na orientação e condução do processo de descentralização das ações e da gestão de Visa no estado e empreender esforços baseados na realidade de cada região para fortalecer e ampliar a capacidade de atuação regional dirigida de fato a instrumentalizar os municípios para uma atuação eficiente em Visa.

Esse estudo, apesar de limitado a uma regional (Teles Pires), proporcionou o conhecimento sobre essa instância descentralizada da esfera estadual, que se apresenta em conjunto com o nível central em condições e estruturas diversas.

O reconhecimento das dificuldades e dos fatores que levam a perpetuação dessas dificuldades não diminui a importância do nível regional para a necessária ampliação tanto da cooperação técnica com os municípios quanto na cooperação no trabalho de responsabilidade da esfera estadual como um todo. Nesse sentido, um desdobramento desse estudo é uma avaliação das condições de trabalho, e do trabalho realizado pelos serviços de vigilância sanitária das outras 15 regionais de saúde do Estado.

Faz-se necessário também que a Visa estadual, em ambos os níveis, explore mais todos os canais de comunicação e os espaços de articulação disponíveis, que trabalhe seus pontos fracos e consolide os fortes, otimizando tempo, esforços e recursos. Então, neste novo cenário, a composição de um sistema estadual de Visa no Mato Grosso será mais real e a oferta de mais

segurança no consumo de bens e serviços e em ambientes mais saudáveis para se viver e trabalhar, uma realidade mais próxima da população.

## **8. RECOMENDAÇÕES**

A realização desta pesquisa possibilitou uma melhor compreensão sobre o enfoque, o direcionamento e os meios que a Visa do estado do Mato Grosso utiliza para o desenvolvimento do processo de descentralização das ações e da gestão de Visa aos municípios, tendo como particularidade a regionalização da vigilância sanitária. E a partir das análises realizadas foram sendo elencadas algumas recomendações que tem o objetivo de colaborar para o sucesso do processo que vem sendo desenvolvido no estado, sendo elas:

- Revisão do objetivo do processo de descentralização das ações de Visa no estado;
- Reorganização do processo de trabalho da Visa estadual com ênfase ao seu papel coordenador;
- Elaboração de diagnóstico e de Plano de Desenvolvimento para cada uma das 16 unidades regionalizadas de Visa, visando sua estruturação e a ampliação do seu leque de atuação, com a definição de seu papel na função de coordenação e de execução do processo de descentralização;
- Instituição das ações de supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelas Visas Regionais, bem como da aplicação do Plano de Desenvolvimento das Visas Regionais;
- Inclusão no Plano de Educação Permanente da Visa estadual a capacitação dos profissionais em assuntos relacionados à gestão em Visa;
- Estruturação da área de planejamento e avaliação da Visa Nível Central;

- Elaboração de projeto de coordenação da descentralização das ações e da gestão da Visa aos municípios;
- Utilização qualificada e mais freqüente do espaço da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão Regional para promoção das ações de Visa aos gestores municípios e diretores regionais;
- Instituição no processo de trabalho das Visas Regionais de ações de supervisão e avaliação das Visas Municipais;
- Revisão dos instrumentos de planejamento da Visa incluindo ações para a coordenação do processo de descentralização das ações e da gestão da Visa para os municípios.

No decorrer da pesquisa, e principalmente durante o levantamento bibliográfico foi possível observar a existência de Unidades Regionalizadas de Visa em outros estados da federação, porém não foram encontrados estudos que tenham se detido a analisar esta temática no enfoque do serviço de vigilância sanitária, portanto recomenda-se que outros estudos possam discutir e trazer a tona uma experiência presente no cenário nacional, porém distante do conhecimento geral, para que o processo de regionalização da Visa possa ser enriquecido e aperfeiçoado, favorecendo o fortalecimento da Visa no país.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.º. 24, p. 41-67, Junho, 2005 a.

\_\_\_\_\_. Reforma do Estado e federalismo: o caso dos governos estaduais brasileiros. **Revista Bras. de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, 2005 b. Disponível em: <[http://www.ernestoamaral.com/docs/dcp033-101/Abrucio\(2005\).pdf](http://www.ernestoamaral.com/docs/dcp033-101/Abrucio(2005).pdf)> Acesso em: 03 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Araújo, Maria de Fátima; Beira, Lígia (org.). **Tópicos de Economia paulista para gestores públicos**. São Paulo: Ed. FUNDAP, 2007. Disponível em: <[http://www.defesasocial.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/search\\_escola/arquivos/pdf/paper-federalismo-fernando-abrucio.pdf](http://www.defesasocial.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/search_escola/arquivos/pdf/paper-federalismo-fernando-abrucio.pdf)> Acesso em: 03 de maio de 2010.

ARANTES, Gilberto Ribeiro, XAVIER, Amábile Rodrigues, ROLANDO, Edgard. Uso da invasão e evasão de óbitos para identificar pólos de atração médico-assistencial: Estudo realizado em uma regional de saúde de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, p. 20-37, 1981.

ARAÚJO, José Duarte de; FERREIRA, Emerson S. M; NERY, Gabriel Cedraz. **Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia: Brasil**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, p. 1–19, 1973.

ARRETCHE, Marta. **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo**. Rev. Bras. de Ciências Sociais. São Paulo, v. 14, p. 111–41, 1999.

\_\_\_\_\_. **Relações Federativas nas Políticas Sociais**. Educação Social. Campinas, p. 25 – 48, 2002.

\_\_\_\_\_. **Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, v. 18, p. 17–26, 2004.

ASSAD, Zaluir Pedro (org.). **Constituição do Estado do Mato Grosso de 1989**. Cuiabá: 2006. Disponível em: <[http://www.al.mt.gov.br/v2007/doc/constituicao\\_estadual\\_mt.pdf](http://www.al.mt.gov.br/v2007/doc/constituicao_estadual_mt.pdf)> Acesso em 23 de março de 2010.

ASSIS, Emerson et. al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 17-21, 2009.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080\\_90.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080_90.htm)> Acesso em: 06 de junho de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.565/GM/MS de 26 de set. de 1994. **Define o SNVS e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS.** Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/1565\\_94.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/1565_94.htm)> Acesso em: 06 de junho de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n.º 9.782 de 27 de jan. de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_9782\\_99.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf)> Acesso em: 16 de abril de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 95, de 26/01/2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS/SUS 01/2001).** Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.473 de 29/12/2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências.** Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2473\\_03.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2473_03.htm)> Acesso em 23 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: 2006 a. (Pactos pela Saúde 2006, v. 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 399 de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.** Brasília, 2006 b. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria\\_MS\\_399.2006](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006)> Acesso em 23 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.052 de 08/05/2007. Aprova e Divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária.** Brasília, 2007 a. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/portaria\\_1052.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/portaria_1052.pdf)> Acesso em 23 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.998 de 21 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados a execução de ações de Vigilância Sanitária na forma do componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde. In: **Diário Oficial da União**, Brasília: 2007 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007 d.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 3.080 de 23/12/2008**. Regulamenta o repasse de recursos financeiros como incentivo à execução das ações de gestão de pessoas em vigilância sanitária na forma do componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.228 de 09/06/2009**. Atualiza a regulamentação das transferências fundo a fundo de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de financiamento de Vigilância em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2009 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 3.008 de 01/12/2009** **Determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.** Brasília, 2009 b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_3008\\_gm\\_1\\_dez\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3008_gm_1_dez_2009.pdf)> Acesso em 24 de junho de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 3.252 de 22/12/2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília, 2009 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.106 de 12/05/2010**. 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. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. IBGE. Estados@ - Informações sobre os estados brasileiros. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>> Acesso em 03 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sintese\\_indic\\_sociais2006/indic\\_sociais2006.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sintese_indic_sociais2006/indic_sociais2006.pdf)> Acesso em 03 de maio de 2010.

COHEN, Mírian Miranda; MOURA, Maria L. Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 290-300, 2004.

COHEN, Mírian Miranda. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 867-901, 2009.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD Suely. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 15–48.

DE SETA, Marismary. Horsth; SILVA, José Agenor Álvares da. **A gestão da Vigilância Sanitária**. 2001.

Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2\\_texto06.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto06.pdf)> Acesso em 15 de outubro de 2010.

DE SETA, Marismary. Horsth; SILVA, José Agenor Álvares da. A gestão da Vigilância Sanitária In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; O'DWYER, Gisele (org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 195-217.

\_\_\_\_\_; LIMA, Sheila Maria Lemos. Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária. In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; O'DWYER, Gisele (org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 133-152.

\_\_\_\_\_. A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: **Uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do Federalismo**. 2007. 176p. Tese (Doutorado) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. (Instituto de Medicina Social).

\_\_\_\_\_; REIS, Lenice G. da Costa. **As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e serviços de saúde**. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Orgs). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009, 201:329. (404 p.) ISBN: 978-85-61445-46-1

\_\_\_\_\_. et al. **A Coordenação federativa na construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no estado do Rio de Janeiro**. In: UGÁ, Maria Alicia D. et al (Orgs). A gestão do SUS no âmbito estadual: O caso do Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, 119:46. (380 p.) ISBN: 978-85-7541-198-8.

DUBEUX, Luciana Santos; CARVALHO, Eduardo Freese. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, out-dez, 2009.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: 1992, p. 8 – 19.

FALLETI, Túlia. Efeitos da Descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, n. 16, Porto Alegre, p. 46 - 85, 2006.

FERNANDES, Nelson da Nóbrega. Globalización y crisis del federalismo en Brasil. **Scripta Nova - Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, n ° 45, v. 22, agosto, 1999. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-45-22.htm>> Acesso em 18 de março de 2010.

FERRARO, Andréa H. A; COSTA, Ediná Alves; SILVA, Lídia M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, Rio de Janeiro, p. 2201-17, 2009.

FIORI, José Luís. **O federalismo frente ao desafio da globalização**. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UERJ, 1995, 32p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.º 115).

GARIBOTTI, Vanda; HENNINGTON, Élide A.; SELLI, Lucilda. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, Rio de Janeiro, p. 1043-51, 2006.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Como classificar as pesquisas?** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 45-62.

\_\_\_\_\_; LICHT, René Henrique Gotz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, p. 35-46, dez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Estudo de Caso. Fundamentação Científica. Subsídios para coleta e análise dos dados. Como redigir o relatório**. São Paulo: Atlas, 2009.

GONZAGA, Amaury Ângelo. O papel dos Escritórios Regionais de Saúde no Processo de Descentralização e Regionalização do SUS em Mato Grosso. In: Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. MÜLLER NETO, Júlio S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso**. Cuiabá (MT): SES; 2002. p. 67 - 87.

GUIMARÃES, Luisa. Política de Saúde em Mato Grosso: Dois Mandatos para a construção da Regionalização. In: Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. MÜLLER NETO, Júlio S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso**. Cuiabá (MT): SES; 2002. p. 39-65.

GUIMARÃES, Luisa; GERRERO, Eduardo. Oficinas Microrregionais de Saúde Coletiva em Mato Grosso: Rumo a integralidade da atenção. In: Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. MÜLLER NETO, Júlio S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso**. Cuiabá (MT): SES; 2002. p. 271-282.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Entre a cooperação e a competição: percursos. Da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, p. 283-8, 2004.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1017-25, jul-ago, 2005.

LEVCOVITZ, Eduardo. LIMA, Luciana Dias. MACHADO, Cristiane Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, Rio de Janeiro, p. 269-291, 2001.

LUCCHESE, Geraldo. **O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Globalização e Regulação Sanitária: Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil.** 2001. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2001. (Escola Nacional de Saúde Pública).

\_\_\_\_\_. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde In: De Seta, Marismary Horsth; Pepe, Vera Lúcia Edais; O’Dwyer, Gisele (org.) **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 33-47.

LUCCHESE, Patrícia T. R. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: Rozenfeld S (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000. p. 99 – 112.

MAC DOWELL, Maria Cristina; GREMAUD, Amaury. Transferências intergovernamentais como elemento de coordenação federativa. In: Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de La Administracion Pública, X, 2005, Santiago.

MACHADO, José Ângelo. Pacto de Gestão na Saúde. Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n.71, p. 105–20, outubro 2009.

MARANGON, Miriane Silva. Vigilância Sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=4766](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4766) Acesso em 03 de maio de 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. In: \_\_\_\_\_. **Técnicas de Pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 51-52; p. 84-85.

MATO GROSSO. Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde. <[http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/documentos/prd\\_2005\\_2006.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/documentos/prd_2005_2006.pdf)> Acesso em 03 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução da CIB/MT n.º 092 de 20/12/2007. Dispõe sobre os critérios para transferência do Piso Estratégico de Vigilância Sanitária para os municípios do Estado de Mato Grosso. Cuiabá, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução da CIB/MT n.º 51 de 14/08/2008. Dispõe sobre a Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) do estado de Mato Grosso e dá outras providências. Cuiabá, 2008 a.<<http://www.cosemsmt.org.br/arquivos/legislacao/CIB051.pdf>> Acesso em 26 de junho de 2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 1.729 de 12 de dezembro de 2008.** Estabelece os requisitos técnicos, critérios, regras e formulários a serem seguidos e utilizados pela Vigilância Sanitária e empresas sujeitas ao controle sanitário. Cuiabá, 2008 b. Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1729-%5B1904-120110-SES-MT%5D.pdf> Acesso em: 08 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 1.832 de 06 de março de 2009.** Aprova o regimento interno da Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá, 2009 a. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/documentos/gerencia\\_padroes/Regimento-Interno-da-SES-DecretoN-1832-de-06-03-09-Republicado-em-28-04-09-\(em%20vigência\).pdf](http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/documentos/gerencia_padroes/Regimento-Interno-da-SES-DecretoN-1832-de-06-03-09-Republicado-em-28-04-09-(em%20vigência).pdf)> Acesso em: 15 de junho de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. Manual Técnico para elaboração do Plano de Trabalho Anual e Orçamentário: Instrução para elaboração do Plano de Trabalho Anual e da Proposta Orçamentária 2010. Cuiabá, 2009 b. [http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A\\_8f6929dea4dd4fa463ab76fc44df3a5aManual%20PTA%20LOA%202010.pdf](http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A_8f6929dea4dd4fa463ab76fc44df3a5aManual%20PTA%20LOA%202010.pdf) Acesso em 26 de junho de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB n.º 134 de 18/11/2009. Dispõe sobre o repasse de computadores como incentivo aos municípios que tiveram o Plano de Ação de Vigilância Sanitária aprovado na CIB/MT até agosto de 2009.** Cuiabá, 2009c. [http://www.saude.mt.gov.br/upload/cib/resolucao/30-11-2009\\_microsoft\\_word\\_rescib\\_134\\_18\\_11\\_2009\\_repasse\\_de\\_computadores\\_vig\\_sant.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/cib/resolucao/30-11-2009_microsoft_word_rescib_134_18_11_2009_repasse_de_computadores_vig_sant.pdf) Acesso em 26 de junho de 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 097 de 05 de maio de 2010.** Aprova o organograma da Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/portal/arquivos/organograma/Organograma-SES-Anexo-Unico-da-Portaria-N.pdf>> Acesso em: 15 de junho de 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social: Teoria, método e criatividade. In: \_\_\_\_\_. **O desafio da pesquisa social.** 27 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 9-29.

MINTZBERG, Henry. Os cinco mecanismos da coordenação. In: \_\_\_\_\_. **Criando organizações eficazes – Estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995. p. 11-7.

MÜLLER NETO, Júlio Strunbing, LOTUFO, Márcia. Política e Regionalização de Saúde em Mato Grosso: Aspectos Históricos, Conceituais, Metodológicos e perspectivas. In: Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. MÜLLER NETO, Júlio S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso.** Cuiabá (MT): SES; 2002. p. 13-25.

MÜLLER NETO, Júlio Strunbing. Microrregionalização da atenção integral à saúde do indivíduo. In: Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. MÜLLER NETO, Júlio S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso.** Cuiabá (MT): SES; 2002. p. 137-138.

OLIVEIRA, Tânia Cristina. Implementação de ações de Vigilância em Nível Regional. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 23, n. 9, p. 79-81, mai-jun, 1989.

OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart. O Financiamento das ações de vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim, TONON, Lídia Maria (org.). **Cadernos de Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed; 2001, p. 79–88.

OLIVEIRA, Miguel dos Santos; ARTMANN, Elizabeth. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-60, 2009.

PARADA, Roberto. **Federalismo e o SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro**. 2002. 158p. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. (Instituto de Medicina Social).

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. A regionalização da atenção à saúde e sua articulação com a descentralização dos sistemas de serviços de saúde: uma perspectiva internacional. In: \_\_\_\_\_. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: SES; 2004. p. 7-16.

PIOVESAN, Márcia Franke et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, São Paulo, p. 83-95, 2005.

ROSA, Maria L. G.; HORTALE, Virgínia Alonso. Óbitos perinatais e ambiente externo ao sistema de assistência: estudo de caso em município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 623-31, mai-jun, 2002.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 158-71, 2009.

SCHRADER, Fátima A. Ticianel e cols. Microrregionalização da atenção integral à saúde do indivíduo - Introdução. In: Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. MÜLLER NETO, Júlio S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso**. Cuiabá (MT): SES; 2002. p. 139-145.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-48, jul-dez, 2006.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 451 –5, 2001.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 431 –42, 2002.

SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor R. da Silva. O desafio da descentralização do Sistema Único em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1781 –90, 2009.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 153–62, 2002.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Guia de Apresentação de Teses. In: \_\_\_\_\_. **Estrutura do texto da tese**. 2 ed. São Paulo: A biblioteca, 2006. p. 13-16.

VASCONCELOS, Cipriano Maia. Relações intergovernamentais no setor saúde: a experiência da Comissão Intergestores Tripartite no Brasil. In: Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de La Administracion Pública, IX, 2004, Madrid.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; MACHADO, Cristiane Vieira. Descentralização e Coordenação Federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 807-17, 2009.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-26, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **APÊNDICES**



## **Apêndice A - Protocolo de Estudo de Caso**

### **1. Dados de Identificação:**

#### **1.1. Título:**

A regionalização da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso: Coordenação federativa e do trabalho.

#### **1.2. Responsável pela pesquisa:**

Valéria Cristhian Meneguini – Mestranda em Saúde Pública.

#### **1.3. Período de realização da pesquisa:**

Maio de 2010.

#### **1.4. Local de realização:**

Vigilância Sanitária Estadual Nível Central – Cuiabá;

Vigilância Sanitária Estadual Nível Regional – Sinop.

### **2. Introdução:**

#### **2.1. Justificativa:**

Este estudo é relevante, principalmente até onde se sabe pela escassez de estudos que analisem o nível estadual regional, quanto pela escassez de estudos sobre a descentralização da vigilância no contexto mato-grossense, concernente a regionalização da vigilância sanitária. Deste modo, esse estudo pode servir a outros pesquisadores que se interessem pelo tema, para que o compreendam melhor sob o aspecto Visa além de favorecer a proposição de mudanças que impulsionem os órgãos estaduais de vigilância sanitária para o seu fortalecimento.

Somando-se a estes motivos tem-se ainda o fato deste estudo ser um requisito do Mestrado Profissionalizante, em que a autora, enquanto servidora estatutária lotada no Nível Central da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso terá a oportunidade de verificar e propor estratégias para uma situação real vivenciada no seu local de inserção laboral, que vai ao encontro de necessidades do âmbito da vigilância sanitária.

#### **2.2. Hipóteses**

- O papel da vigilância sanitária regional é mais de executor de ações que seriam de responsabilidade municipal ou estadual, do que de coordenador do processo de descentralização, tal como ocorre para o estado.
- A conformação do Estado de Mato Grosso em Microrregiões de Saúde e Escritórios Regionais de Saúde representa uma forma de descentralização, necessária, mas na prática insuficiente para dar suporte à descentralização para os municípios, que também precisam ter sua capacidade de gestão reforçada.

### **2.3. Objetivo Geral do Estudo**

Analisar o papel exercido e os mecanismos de coordenação empregados pela esfera estadual da Vigilância Sanitária de Mato Grosso (Nível Central e Escritório Regional de Saúde de Sinop) na descentralização das ações de Visa e da gestão dessa política para os municípios.

### **2.4. Objetivos Específicos do Estudo**

- Caracterizar a Vigilância Sanitária do Nível Central e Regional quanto aos aspectos estruturais e às atividades executadas;
- Analisar as atividades realizadas pelas equipes do Nível Central e do Escritório Regional de Saúde de Sinop junto ao estado e aos municípios (os objetos e os focos da cooperação);
- Identificar as estratégias e os mecanismos de coordenação utilizados pelo Estado do Mato Grosso junto aos ERS e desses, junto aos municípios, visando a descentralização da Vigilância Sanitária no Estado.

## **3. Procedimentos de Campo**

### **3.1. Tipo de Estudo:**

Pesquisa de abordagem transversal, de natureza exploratória e descritiva, predominantemente qualitativa que utiliza a estratégia de Estudo de Caso Único.

### **3.2. Organização Estudada:**

A Vigilância Sanitária do Estado do Mato Grosso.

### **3.3. Técnica de Coleta de Dados:**

Coleta de dados a partir de Documentos Institucionais, de Observação Sistemática e Entrevistas.

**3.4. Estratégia para acesso à organização estudada e aos entrevistados:**

Autorização por escrito dos representantes dos órgãos a serem pesquisados.

A cada entrevistado será oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização da entrevista e explicado a cada um deles sobre o objetivo da pesquisa, vantagens e desvantagens em participar e todas as demais informações que estão reunidas no TCLE.

**3.5. Pessoas a serem entrevistadas:**

Serão entrevistados na vigilância sanitária (Visa) Nível Central o Gestor estadual de Visa; Gerentes das áreas e os Técnicos de Visa das várias áreas;

No Nível Regional serão entrevistados o Diretor do Escritório Regional de Saúde de Sinop, o Gerente de Vigilância em Saúde e os técnicos da Visa regional.

**3.6. Agenda para coleta de dados:**

A coleta de dados se dará em um mês a partir da aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética. A agenda das entrevistas será em função da disponibilidade de dia e hora dos entrevistados.

**3.7. Recursos necessários para a realização da pesquisa:**

Serão necessários para a realização da pesquisa:

Computador, impressora, pendrive, gravador de voz, resmas de papel sulfite, tinta para impressora, pilhas alcalinas, combustível, passagens terrestres para Sinop (ida e volta), hospedagem, alimentação e transporte em Sinop.

#### 4. Questões para a coleta de dados:

Questões	Fontes de Informação					
	Entrevista com Informantes-Chave				Documento	Observação
	Coordenador	Diretor	Gerentes	Técnicos		
<b>Estrutura da Visa</b>						
1. Como é a estrutura da Visa hoje para as ações que ela tem que desempenhar? a. Física; b. Financeira; c. Material; d. Recursos Humanos; e. Administrativa.	X	X	X	X	X	X
2. De que recurso a Visa dispõem hoje? E em que ela o aplica?	X	X	X	X	X	-
3. Em que não se aplica o recurso da Visa e seria necessário aplicar?	X	-	-	-	-	-
4. É feito acompanhamento do recurso que é gasto?	X	X	X	-	-	-
5. A Visa Nível Central repassa recursos para os ERS? E para os municípios? Como?	X	-	-	-	X	-
<b>Processo de Trabalho</b>						
6. Que atividades de Visa são realizadas pela Visa estadual?	X	X	X	X	X	-
7. Que atividades da Visa predominam na agenda de trabalho daqueles que estão envolvidos com ela?	X	X	X	X	-	-
8. Que ações importantes de Visa deixam de ser feitas?	X	X	X	X	X	-
9. Com que ações os envolvidos com a Visa gastam mais tempo executando?	X	X	X	X	-	-
10. Que aspecto da Visa mais leva os profissionais a se preocuparem?	X	X	X	X	-	-
11. Ocorre uma definição de atribuições entre o Nível Central e Regional da Visa? Como isso se dá?	X	X	X	X	X	-
12. Como são priorizadas as ações a serem realizadas?	X	X	X	X	X	-
13. Como os profissionais que atuam na Visa são preparados para desenvolver as ações?	X	X	X	X	X	-
14. Eles interagem? Com quem e em que circunstância?	X	X	X	X	-	-
<b>Coordenação em Visa</b>						
15. Como se relacionam Visa Nível Central e Regional?	X	X	X	X	-	-
16. Que assunto mais tratam entre si (Visa Central e regional)? E que meios usam para isso?	X	X	X	X	X	-
17. Como se relacionam Visa estadual e municípios?	X	X	X	X	X	-

Continuação...

Questões	Fontes de Informação					Documento	Observação
	Entrevista com Informantes-Chave						
	Coordenador	Diretor	Gerentes	Técnicos			
18. Como a Visa Nível Central coordena o sistema estadual de vigilância sanitária do estado do Mato Grosso?	X	X	X	X	X	-	
19. Que papel a Visa Regional tem no processo de coordenação do sistema estadual de Visa no estado do Mato Grosso?	X	X	X	X	x	-	
20. De que mecanismos e estratégias a Visa estadual utiliza para coordenar o sistema estadual?	X	X	X	X	X	-	
21. Ocorre cooperação entre as Visas que compõem a Visa estadual? E entre esta e os municípios?	X	X	X	X	X	-	
22. Como se dá a cooperação da Visa do estado de Mato Grosso e a Anvisa? E com as Visas de outros estados? E entre as Visas regionais?	X	X	X	X	X	-	
23. A Visa estadual supervisiona e/ou monitora e/ou avalia o trabalho das Visas regionais e municipais?	X	X	X	X	X	-	
24. Que desafios a Visa estadual enfrenta a implantação ou consolidação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária no estado de Mato Grosso?	X	X	X	X	-	-	
25. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) estimula a cooperação entre a Visa regional e os municípios?	X	X	X	X	--	X	
26. Como o CGR tem sido aproveitado pela Visa para implantar/consolidar o sistema estadual de Visa no estado de Mato Grosso?	X	X	X	X	-	X	
<b>Aspectos Gerais do ERS de Sinop</b>							
27. Que papel o ERS desempenha junto a SES?	X	X	X	-	X	-	
28. A quem ele está ligado na estrutura da SES?	-	X	X	X	X	-	
29. Como ele está organizado?	-	X	X	X	-	X	
30. Qual é a dinâmica do seu funcionamento?	-	X	X	X	-	X	
31. Ele é autônomo?	-	X	X	X	-	X	
32. Que desafios existem para administrá-lo?	-	X	X	X	-	-	
33. Qual a função de suas gerências?	-	X	X	X	-	X	
34. Quem coordena a Visa regional?	X	X	X	X	X	X	

## 5. Análise dos Dados

Quadro 2 – Análise dos dados do estudo de caso.

<b>Categorias de Análise</b>	<b>Categorias Operacionais</b>	<b>Variáveis</b>
Descentralização	Estruturação dos Serviços	Estrutura organizacional
		Estrutura física
		Recursos Financeiros
	Processo de Trabalho	Agentes do processo
		Conhecimento Técnico
		Instrumentos de Trabalho
Coordenação	Coordenação do trabalho	Atividades realizadas
		Ajustamento Mútuo
		Supervisão Direta
		Padronização de habilidades
		Padronização de processos
	Coordenação federativa	Padronização de resultados
		Normatização
		Repasse de recursos
		Formação/capacitação

Para a análise dos dados será utilizada a estratégia da triangulação de dados (documentais, observação sistemática e entrevista), de avaliadores e descrição do caso, utilizando as categorias descritas no quadro 2.

### Apêndice B - Estabelecimentos, conforme Classificação de Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)

CNAE	Descrição	Apoio pela Visa Nível Central	Ações da Visa Regional
8640-2/01	Laboratórios de anatomia patológica e citológica	-	2
8640-2/04	Serviços de Tomografia	2	-
8640-2/05	Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante - exceto tomografia	26	-
8640-2/10	Serviços de quimioterapia	1	-
8610-1/01	Atividades de atendimento hospitalar - exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências	9	-
8610-1/02	Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências	1	-
8640-2/03	Serviços de diálise e nefrologia	1	-
8640-2/12	Serviços de hemoterapia	4	-
1096-1/00	Fabricação de alimentos e pratos prontos	-	1
8711-5/02	Instituição de longa permanência para idosos	-	1
8630-5/04	Atividade odontológica com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos	174	-
8650-0/04	Atividades de fisioterapia	7	8
8720-4/01	Atividades de centros de assistência psicossocial	-	2
1032-5/01	Fabricação de conservas de palmito	-	1
2052-5/00	Fabricação de desinfetantes domissanitários	4	-
2063-1/00	Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal	1	-
4771-7/01	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas	10	142
4771-7/02	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas	-	15
1032-5/99	Fabricação de conservas de legumes e outros vegetais, exceto palmito	-	1
1053-8/00	Fabricação de sorvetes e outros gelados comestíveis	-	2
1069-4/00	Moagem e fabricação de produtos de origem vegetal não especificados anteriormente	-	1
1094-5/00	Fabricação de massas alimentícias	-	1
8122-2/00	Imunização e controle de pragas urbanas	8	-
8621-6/01	UTI Móvel	1	-
8630-5/02	Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares	-	34
8630-5/06	Serviços de vacinação e imunização humana	-	2
8640-2/02	Laboratórios Clínicos	-	38
8640-2/09	Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos	4	-
8640-2/13	Serviços de litotripsia	1	-
9601-7/01	Lavanderias	1	-
Total		255	251

Fonte: Plano de Trabalho Anual, 2009. Tipos e quantidade de estabelecimentos para execução pelo Nível Central e Regional de Visa do Escritório Regional de Saúde de Sinop. Elaboração própria.

## **ANEXOS**



**Anexo A – Organograma da SES/MT**

**Anexo B – Elenco Norteador das ações de Vigilância Sanitária (Anexo I da Portaria GM 1.106 de 12/05/2010)**

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

<b>ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO</b>	<b>PARÂMETROS</b>
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.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.
	Plano de Capacitação.
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.
	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



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)