

## Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005

Sanitary surveillance:  
descentralization strategies in Mato Grosso (Brazil), 1996-2005

Miriane Silva Marangon<sup>1</sup>  
João Henrique Gurtler Scatena<sup>2</sup>  
Ediná Alves Costa<sup>3</sup>

**Abstract** *The decentralization process of sanitary surveillance services to states and municipalities was improved after NOB/96, when funding transfers were defined. In Mato Grosso, this responsibility was incorporated by the Sanitary Surveillance Coordination (Visa/SES) which developed strategies to decentralize at first, the basic actions to all municipalities of the state. The objective of this research is to describe and analyze the strategies adopted by Visa/SES in decentralization of Visa actions to municipalities and the main difficulties found. This research is a qualitative study with documental and interview analysis. The results show as main adopted strategies several training to professionals from regional, central and local levels; development of technical material to municipals services; assessment with joint inspections between three levels of management; creation of law documents. It was observed an active performance in the decentralization, the Visa/SES keeps performing the high and middle complexity actions in almost all municipalities and even those of low complexity, in some, which impede other important tasks as supervision and evaluation of this process, besides continuous support and organization of municipalities services.*

**Key words** *Health, SUS, Decentralization, Sanitary surveillance*

**Resumo** *O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária (Visa) para estados e municípios teve grande impulso a partir da NOB/96, quando foram definidos repasses financeiros. Em Mato Grosso, tal processo fica a cargo da Coordenadoria de Visa, que desenvolveu estratégias para descentralizar, inicialmente, as ações básicas para todos os municípios do estado, dadas as adesões à NOB-96. O objetivo deste estudo é descrever e analisar as estratégias adotadas pela Visa/SES na descentralização da Visa para os municípios e as dificuldades encontradas. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, análise documental e entrevistas. Os resultados demonstram que as principais estratégias adotadas foram: capacitação de técnicos do nível central, regionais e municípios, em várias modalidades; elaboração de material técnico; assessoria aos municípios, com inspeções conjuntas pelos três níveis de gestão; criação de instrumentos jurídicos. Observou-se postura ativa da Visa/SES no processo de descentralização e constatou-se que a atenção à demanda para executar ações de média e alta complexidade, na maioria dos municípios, e até de baixa complexidade, em alguns deles, repercute negativamente em ausência de supervisão e avaliação do processo e falta de apoio permanente e contínuo na estruturação dos serviços municipais.*

**Palavras-chave** *Saúde, SUS, Descentralização, Vigilância sanitária*

<sup>1</sup> Laboratório de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Rua Thiago da Silva Pereira 63, Centro.

78020-500. Cuiabá MT. mirianesm@hotmail.com

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso.

<sup>3</sup> Centro Colaborador em Vigilância Sanitária, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

## Introdução

A vigilância sanitária (Visa), como ação de regulação e controle sanitário sobre produtos e práticas relacionados à saúde, remonta à Antiguidade, evoluindo quanto às formas organizativas e modos de atuação, conforme foram avançando os processos de urbanização e industrialização das cidades. Tais processos foram acompanhados da instituição de medidas para evitar a propagação de doenças e proteger a saúde do trabalhador, de forma a não prejudicar o processo de acumulação<sup>1</sup>.

Em sua história mais recente, no Brasil, a vigilância sanitária foi afirmada, na Constituição Federal, como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, como um serviço de relevância pública, de caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva<sup>2</sup>.

Por ser uma ação de saúde, de natureza estatal e regulatória, a vigilância sanitária detém algumas especificidades e se apresenta como uma área complexa. Além da fundamentação técnico-científica, o trabalho da Visa assenta-se em bases jurídicas que regulamentam seus objetos de cuidado e sua própria atuação e no poder de polícia de que são investidos os profissionais de fiscalização. A atuação sobre fatores de risco interfere diretamente na prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, e exige profissionais de várias áreas e conhecimentos de natureza multidisciplinar, em razão da rápida evolução tecnológica de produtos e serviços<sup>3,4</sup>.

A Visa atua como mediadora das relações sociais produção-consumo de bens e serviços, tendo de um lado interesses econômicos e, de outro, os interesses da população que os consome ou utiliza, o que resulta em frequentes pressões, até mesmo do próprio Estado<sup>1,5</sup>. Conforma um conjunto de ações e proposições que busca proteger a saúde da população, mediante regulação e controle sanitário sobre serviços e produtos relacionados com a saúde, influenciando, inclusive, a qualidade de vida e a mudança de comportamento de quem os utiliza e/ou produz.

As ações básicas de vigilância sanitária incidem sobre todas as etapas e processos do ciclo produtivo dos bens e serviços sob controle sanitário e envolvem normatização, fiscalização, monitoramento, vigilância de eventos adversos, educação em saúde e informação ao consumidor<sup>1</sup>. Tais ações ainda abrangem, geralmente no nível local, atuação sobre o meio ambiente e a saúde do trabalhador.

A regulamentação do SUS pela Lei nº 8.080/90 estabelece, além da vigilância sanitária como ação específica de saúde, algumas diretrizes, entre as

quais se destaca a descentralização das ações de saúde para estados e municípios, posteriormente regulamentada pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e de Assistência à Saúde (Noas).

Nos anos 1990, a Visa passa por momentos emblemáticos em nível nacional, expressos em fraudes de medicamentos, mortes em serviços de saúde, pela hemodiálise em Pernambuco e de idosos na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, além de acusações de corrupção em nível federal. Essas situações, que demonstravam a fragilidade dos serviços de Visa e a baixa capacidade do modelo de regulação e controle sanitário no Brasil, contribuíram para ampliar a discussão sobre a Visa e a necessidade de reformulação do modelo organizacional, levada a efeito com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999<sup>1,2</sup>. A instalação da Anvisa favoreceu a descentralização, já em andamento com a edição das normas operacionais<sup>2,6,7</sup>, no processo de construção do SUS. Soma-se a isto o fato de que a descentralização parece ser a única diretriz, segundo Levcovitz *et al.*<sup>8</sup>, que não colide com ideias neoliberais em curso de redução do tamanho do Estado e é a que tem seus resultados mais estudados e acompanhados<sup>6</sup>.

No entanto, a maioria dos estudos sobre a descentralização do SUS em geral não aborda a vigilância sanitária<sup>9,10</sup>. Por seu lado, a descentralização da Visa, além de envolver especificidades, pois um conjunto de ações permanece sob competência da esfera federal, apresenta-se como um processo mais tardio, mais complexo e menos vigoroso que o da atenção à saúde<sup>11</sup>. Além das lacunas na própria concepção sistêmica que deixam pouco claras as definições acerca do que se pode e/ou deve descentralizar<sup>1,12</sup>, não existe consenso nos critérios e parâmetros definidos e utilizados pelos estados nas resoluções e deliberações das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) para a avaliação das vigilâncias sanitárias municipais, neste processo de descentralização; e isto praticamente impossibilita a comparação entre experiências locais de descentralização<sup>13</sup>.

Concebe-se descentralização, neste estudo, como a incorporação, pelo município, da responsabilidade pela gestão da execução de parte ou de todas as ações de saúde aos seus municípios, dispondo de autonomia administrativa, técnica, financeira e política para tal; compartilhando a gestão e tornando-a mais próxima do cidadão, tendo em conta suas necessidades e submetendo-se ao seu controle<sup>14</sup>.

O processo de descentralização da Visa apresenta diferentes ritmos de evolução entre as unidades federadas. O estado de Mato Grosso, à

semelhança de outros estados da federação, tem maior impulso na descentralização das ações de saúde a partir da edição da Lei nº 8.080/90 e das NOBs 01/91, 01/92 e 01/93. Porém, só a partir de 1994 são dados os primeiros passos para a descentralização da vigilância sanitária, sob inspiração da Portaria/MS nº 1.565, que estabelece o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, suscitando discussões acerca da descentralização como municipalização das ações. No período ainda não se conta com repasses financeiros para a Visa, o que veio a acontecer com a NOB/96, implantada efetivamente em 1998. Nesse momento, o processo é deflagrado em todo o estado, tendo à frente a Secretaria Estadual de Saúde (SES)/Coordenadoria de Vigilância Sanitária, que assume a responsabilidade de repassar, aos municípios, as ações básicas que antes eram desenvolvidas pela equipe do nível central, de forma isolada ou compartilhada com regionais e/ou municípios.

O presente trabalho tem por objetivos descrever e analisar as estratégias utilizadas pela Visa/SES para impulsionar a descentralização para os municípios e identificar e analisar as dificuldades encontradas para implementar esse processo.

## Metodologia

Com base em Gil<sup>15</sup>, Tobar e Yalour<sup>16</sup>, esta pesquisa pode ser classificada como um estudo exploratório de abordagem qualitativa. O estudo abarca o período de 1996 a 2005. Ainda que a descentralização do SUS venha sendo implementada, em distintas gradações, desde a NOB/91, optou-se por analisar a descentralização da Visa a partir da NOB/96, à qual os municípios aderiram somente em 1998. A começar desse momento, fica estabelecido o repasse de recursos específicos, bem como a clara definição da obrigatoriedade de existência dos serviços de Visa como pré-requisito para a habilitação dos municípios às formas de gestão do sistema.

As principais fontes de dados foram instâncias da estrutura organizacional da SES, salientando-se: Superintendência de Saúde Coletiva (atual Superintendência de Vigilância à Saúde), Coordenadoria de Vigilância Sanitária, Comissão Intergestores Bipartite e Arquivo Público da SES. Foram levantados documentos oficiais e materiais técnicos, relatórios de gestão, planos de trabalho, legislações, convênios, pactos, atas, relatórios de reunião e outros dados históricos.

A partir de leituras exaustivas desses materiais, procurou-se identificar fatos ou informações

que dissessem respeito a ações para implementar a descentralização. Entre tais informações foram emergindo categorias analíticas e operacionais complementares<sup>17</sup> que orientaram a análise do processo estudado, com base no marco referencial descrito, destacando-se as categorias analíticas: capacitação, normatização e publicações, apoio/assessoria aos municípios, supervisão e avaliação.

De forma a complementar os dados oriundos de documentos<sup>18</sup>, foram entrevistados quatro funcionários da Visa/SES, dois de nível gerencial e dois técnicos.

Os dados considerados relevantes, referentes às categorias analíticas e operacionais, foram inseridos de forma ordenada e cronológica, em uma matriz de análise que facilitou a compreensão, interpretação e análise dos materiais do estudo. Ao mesmo tempo, pormenores aparentemente relevantes eram digitados em documento descritivo. Uma vez preenchidos matriz e texto descritivo, verificava-se quais dados/informações estavam incompletos, requerendo comprovação, busca documental ou complementação por entrevistas.

Na busca de documentos que retratassem o processo de descentralização da Visa/SES, foram encontrados alguns de períodos anteriores ao do estudo. Considerou-se relevante registrá-los, pois são fatos históricos que descrevem o esforço e a evolução do processo de descentralização da vigilância sanitária no estado de Mato Grosso.

A análise de dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin<sup>19</sup>, tendo-se trabalhado o *corpus* da pesquisa em quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, com vistas a atender à Resolução CNS nº 196/96.

## Caracterização da Visa/SES/MT

O estado de Mato Grosso integra a região Centro-Oeste, faz divisa com a Bolívia e com os estados de MS, RO, AM, PA, TO e GO. Possui uma população estimada, para 2005, em 2.803.274 habitantes, distribuída em 141 municípios, organizados pela Secretaria de Estado de Saúde em 17 Escritórios Regionais de Saúde (ERS). Destes, destaca-se o ERS Baixada Cuiabana, que agrega quase um milhão de habitantes, ao abranger, sob sua jurisdição, os dois mais populosos municípios do estado: Cuiabá (capital) e a vizinha Várzea Grande, da qual é separada apenas por um rio.

A Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVSAN), juntamente com as de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, insere-se na Superintendência de Vigilância em Saúde da SES e desenvolve suas atividades segundo as áreas de Produtos, Serviços e Saúde do Trabalhador, e executa, prioritariamente, ações de média e alta complexidade, em todo o estado. Tem como órgão parceiro o laboratório de saúde pública (Lacen), atualmente denominado MT Laboratório, referência para todo o estado de Mato Grosso na realização de análises de alimentos e água, de forma programada ou emergencial, como nos casos de surtos por toxinfecções alimentares.

Atualmente, a equipe da Vigilância Sanitária da SES, também chamada Nível Central (NC), conta com 35 profissionais, em sua maioria de nível superior (83,0%), que exercem a função de Agente Fiscal Sanitário (Tabela 1).

Os ERS foram implantados pela SES para funcionarem como apoio e elo entre o nível central e os municípios. No tocante à Visa, os ERS devem desenvolver, similarmente ao nível central, prioritariamente ações de alta e média complexidade, além das funções de coordenação, assessoria, supervisão, avaliação das ações municipais e execução, em caráter complementar, das ações de abrangência intermunicipal e/ou de maior complexidade. O ERS da Baixada Cuiabana conta, atualmente, com cinco profissionais de nível superior e um de nível médio para desenvolver as ações aqui descritas (Tabela 2).

**Tabela 1.** Distribuição dos profissionais na Visa/SES, segundo categoria – MT, 2006.

<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nutricionista	8	22,9
Enfermeiro	6	17,1
Farmacêutico	4	11,4
Engenheiro sanitaria	2	5,7
Odontólogo	2	5,7
Químico	2	5,7
Médico veterinário	1	2,9
Engenheiro civil	1	2,9
Arquiteto	1	2,9
Biólogo	1	2,9
Agente fiscal de nível médio	1	2,9
Apoio administrativo	6	14,1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Portaria nº 111/2006/GAB/SES 2006, Visa/SES 2006.

## Resultados e discussão

### A vigilância sanitária estadual e o processo de descentralização

A habilitação de Mato Grosso na Gestão Plena do Sistema Estadual pela Noas/SUS/01/02, em 24/07/2002, implicou novas responsabilidades para a vigilância sanitária estadual, quais sejam: coordenação das atividades de Visa e execução complementar, conforme a legislação em vigor e a pactuação com a Anvisa; execução das ações básicas, referentes aos municípios não habilitados às condições de gestão; execução das ações de média e alta complexidade, exceto aquelas realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal (GPSM); coordenação do processo de descentralização das ações no estado (Portaria nº 384/GM, de 04/04/2003).

O tema vigilância sanitária integrou o Plano Estadual de Saúde (2000-2003) e foi discutido na 3ª e na 4ª conferências estaduais de saúde, quando foram aprovadas proposições relativas ao processo de descentralização, salientando-se: apoiar, assessorar, supervisionar os municípios na efetiva descentralização das ações de Visa; estruturar a Visa nos municípios; garantir que os recursos recebidos e os arrecadados sejam investidos no próprio serviço; divulgar a importância deste serviço para a população; criar e implantar o Sistema de Informação em Visa, nos níveis central, regional e municipal.

A Visa/SES, ao incorporar a responsabilidade de promover a descentralização, e no intuito de criar mecanismos ou formas de melhor desenvolver o processo no estado, promoveu um conjunto de eventos com os quais buscou a participa-

**Tabela 2.** Distribuição dos profissionais no ERS Baixada Cuiabana, segundo categoria – MT

<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	02	28,6
Nutricionista	01	12,3
Engenheiro sanitaria	01	12,3
Farmacêutico	01	12,3
Agente fiscal de nível médio	01	12,3
Apoio administrativo	01	12,3
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>

Fonte: Portaria nº 111/2006/GAB/SES 2006, Visa/ERS Baixada Cuiabana 2006.

ção dos níveis de gestão estadual, regional e municipal em discussões que contribuísssem para a formulação de estratégias para o referido processo.

Percebe-se que o início do processo de descentralização das ações de Visa no estado de Mato Grosso, marcadamente a partir de 1994, teve como destaque momentos de discussão participativa com resultados importantes para a política de descentralização. Revelou-se interesse e participação do município na definição das melhores estratégias para implementar o processo no estado, bem como a necessária adesão, condição considerada essencial por Arretche<sup>20</sup>.

O Quadro 1 sumariza os principais eventos, importantes momentos de discussão e direcionamento do processo de descentralização, anteriormente à implementação da NOB/96 em Mato Grosso.

A I Oficina de Descentralização das ações de Visa formulou várias propostas: foram traçadas estratégias que resultaram em treinamentos em ações de baixa complexidade para todos os serviços de Visa. Algo similar também ocorreu em várias partes do país<sup>6,7,21</sup>.

Como resultados dos diversos momentos, foram estabelecidas as seguintes estratégias: trei-

**Quadro 1.** Eventos “fomentadores” da descentralização da Visa, anteriores à habilitação à NOB-96 – Mato Grosso, 2006.

Ano	Eventos	Participantes	Principais resultados
1994	2º GT Visa	Visa/SES NC, regional e municípios	Apresentação e discussão de diretrizes do nível nacional em relação à descentralização, ações que o município seria capaz de arcar, estruturação e definição de ações e programas que deveriam ser cumpridos.
1995	Plano operativo para descentralização das ações de saneamento e ambiente	Visa/SES NC e regional	Decisão de descentralizar, através de treinamentos, as ações de saneamento básico e ambiental para todos os municípios do estado; repassar atividades aos polos regionais; e coordenar, planejar e executar as ações e serviços de Visa com foco na verificação da qualidade da água fornecida pelo abastecimento público a creches e escolas.
Entre 1995 e 1997 (data imprecisa)	Plenária “Descentralização das Ações de Visa”	Visa/SES NC, regional e municípios	Discussão sobre a necessidade da evolução do processo, os pré-requisitos para a municipalização das ações, os grandes entraves e dificuldades que as vigilâncias (estadual e municipais) têm para desenvolver suas ações, além de propostas para fortalecer o processo de descentralização/municipalização, salientando-se o papel coordenador do estado.
1998	I Oficina de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária	Visa/SES NC, regional e municípios	Discussão sobre estratégias técnico-operacionais, os principais problemas existentes e as propostas para efetivar o processo de descentralização das ações de Visa para todo o estado, dentre elas: treinamentos para todas as Visas do estado em ações de baixa complexidade, sensibilização de gestores, cumprimento dos requisitos da NOB/96; assessoria pela SES na elaboração e implantação de códigos sanitários e melhoria dos existentes.

Fonte: GT Visa 1994; SES 1995; MT 95-97; SES 1998.

namento de profissionais dos ERS e municípios; elaboração de normas ou publicações para apoiar o município no entendimento deste processo e na incorporação e execução das atividades; assessoria aos municípios; supervisão e avaliação do processo de descentralização. Tais estratégias ensinaram, para este estudo, as seguintes categorias de análise: capacitações; normatizações e/ou publicações; assessoria; supervisão; avaliação sistemática da evolução da descentralização nos municípios e as principais dificuldades encontradas no processo.

### **Estratégias adotadas pela Visa/SES no processo de descentralização**

Entre as estratégias utilizadas pela Visa/SES para efetivar a descentralização, a principal foi capacitação, assemelhando-se a outros estados<sup>6,7,21</sup>.

#### **Capacitação**

Para facilitar o entendimento e a evolução histórica desse processo, apresenta-se a análise da capacitação em três períodos, como segue.

Até 1998, segundo um entrevistado (E1), a capacitação foi a estratégia prioritária para desencadear o processo de descentralização no estado, e os municípios mais beneficiados foram Cuiabá e Várzea Grande, porque já realizavam, na época, ações de baixa complexidade, e por estarem mais próximos do nível central.

Um curso de especialização em vigilância sanitária (1997/99) foi realizado pela UFMT, com a coordenação da SES e financiamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Considerado um marco estratégico, tanto por entrevistados da esfera estadual quanto dos municípios (E1), o curso titulou 31 profissionais do nível central, 10 do regional, 13 do nível municipal e um do Lacen<sup>22</sup>.

A partir de 1998, tiveram destaque as seguintes estratégias de capacitação: oficinas de trabalho nas regionais de saúde, cursos em ações de baixa complexidade e treinamentos continuados em áreas de alta complexidade para os níveis regional e central, que resultaram em roteiros de inspeção sanitária<sup>22</sup>. Foi salientada, pelos entrevistados, certa insegurança sentida pelos técnicos encarregados de elaborar a primeira capacitação em ações de baixa complexidade (E8).

Entre 1999 e 2002 houve um forte impulso em capacitação, inclusive em ações de média e alta complexidade, para os polos regionais e municípios maiores, como Cuiabá e Várzea Grande, além da continuidade dos treinamentos em ações de

baixa complexidade, iniciadas em 1998. Em 2001, foram realizadas 13 oficinas de trabalho com os ERS e seus municípios, visando à aplicação do Plano Microrregional da Saúde Coletiva, durante as quais foram identificados os principais problemas da Visa e traçadas estratégias para apoiar os municípios na implantação ou implementação dos respectivos serviços de Visa.

Em 2002, o foco foi a desconcentração das ações para o nível regional, principalmente as de média complexidade. Foram realizadas inspeções conjuntas em estabelecimentos de média e alta complexidade, envolvendo os três níveis de gestão, estadual, regional e municipal.

No entanto, em 2002 não se alcançou a meta de implantar e monitorar a realização das ações de baixa complexidade em todos os municípios-sede de módulo; somente dois ERS tiveram técnicos de seus municípios capacitados. Além disso, apesar de terem sido elaborados instrumentos de diagnóstico e supervisão, os níveis central e regional não realizaram a supervisão proposta nos municípios para avaliar a capacitação desenvolvida.

Considerando-se o contexto de descentralização, um fato que chama a atenção nos anos 2001-2002 foi o elevado número de capacitações em cursos externos (34) quase que restritos à equipe do NC. Verificou-se que em apenas dois houve participação de técnicos do nível regional, o que poderia explicar a referência à insegurança desses técnicos na realização de determinadas atividades, conforme consta no relatório de 2001. Este relatório citou, sem maiores fundamentações, a necessidade de ampliação do quadro e formação do pessoal das Visas central, regionais e municipais, necessidades também detectadas de forma similar pelos trabalhos de Cohen *et al*<sup>6</sup> e Juliano e Assis<sup>21</sup>.

No período entre 2003 e 2005, as capacitações tiveram continuidade, observando-se que, em 2003, os técnicos do NC e ERS capacitaram 100% dos municípios que necessitavam de treinamento em ações de baixa complexidade. Sinteticamente, o relatório de 2004 referia que 80% dos técnicos dos ERS receberam capacitação em ações de média e alta complexidade, e 30% dos técnicos dos municípios em GPSM. Dos nove municípios em gestão plena, nesse ano, apenas dois, Cuiabá e Rondonópolis, assumiram a responsabilidade pelas ações de média e algumas de alta complexidade. Os demais continuaram na dependência da execução estadual das ações. Verificou-se que foram realizados 78% dos treinamentos programados.

Ainda em 2004, o setor de Saúde do Trabalhador realizou diversas oficinas e cursos, entre

os quais um de especialização nessa temática, para 35 profissionais. Além disso, foram realizados seminários para divulgação e implantação do Sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador, culminando com a criação do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), órgão desvinculado da Visa/SES.

Em 2005, apesar de o fortalecimento e a descentralização das ações de Visa constarem como prioridade, verificou-se, basicamente, o registro dos percentuais atingidos nas metas estabelecidas no Termo de Ajuste de Metas (TAM). Não houve análise dos dados produzidos, nem observações que demonstrassem a evolução do processo de descentralização. Referem-se alguns treinamentos realizados, numericamente inferiores aos anos anteriores, mas não se discriminou a clientela beneficiada, impossibilitando avaliar o seu alcance.

Em síntese, ao longo dos períodos analisados, a Visa/SES realizou capacitação de pessoal em diversos temas e modalidades, sendo a mais utilizada o treinamento em serviço, mediante inspeções conjuntas entre equipes do nível central e/ou regional e/ou municipal. No entanto, constatarem-se críticas por parte dos trabalhadores da esfera municipal, que alegam que tais capacitações visaram mais atender à necessidade de técnicos nas inspeções do que propriamente efetuar treinamento de pessoal em serviço<sup>14</sup>.

Verificaram-se mais iniciativas nos dois primeiros períodos, principalmente em capacitação para ações de baixa complexidade, até para municiar os municípios na assunção da Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Já em relação à média e alta complexidade, não se percebeu planejamento, nem uma política de capacitação, com definição de áreas prioritárias ou de regionais ou municípios que mais necessitavam. Ao que parece, a Visa/SES seguiu as definições estabelecidas pela esfera federal. Nesse sentido, tal como outros estados e municípios<sup>23</sup>, pode ter ficado na dependência do que é ofertado pela Anvisa, que, a partir de áreas que considera prioritária, elabora os treinamentos para os estados, e estes os multiplicam para os níveis regionais e/ou municipais. Embora representem suporte importante para a descentralização, percebe-se a falta de autonomia e participação dos níveis subnacionais nessas definições, como referido por Lucchese<sup>2</sup>.

Apesar do grande número de treinamentos realizados no período, não se encontraram propostas posteriores aos momentos iniciais de discussão que evidenciassem planejamento com base em necessidades identificadas. Ainda que nos

documentos pesquisados houvesse referência à “necessidade de capacitação de recursos humanos”, não se encontrou informação quanto à estimativa e quais áreas ou profissionais foram alcançados. Isto ratifica os achados de autores que destacam a ausência de política de recursos humanos para a Visa, de capacitação e educação continuada<sup>6,21,24</sup>, nas três esferas de gestão<sup>25</sup>.

### Normatização e publicações

Uma das funções que a Visa/SES deve desempenhar no apoio aos municípios é a de formular material de natureza jurídica, como leis, portarias, resoluções, normas técnicas e outros materiais técnicos e informativos – manuais, cartilhas, folders, roteiros –, bem como parâmetros que sirvam de guias para o desenvolvimento do serviço de Visa<sup>14</sup>. Uma das estratégias para promover esta função foi a criação de câmaras técnicas regionais, em 1997/98, especificamente destinadas à elaboração de normas.

Considera-se que as publicações apresentadas no Quadro 2 foram relevantes para subsidiar a criação do serviço de Visa na maioria dos municípios e sua implementação em outros, uma vez que a maioria dos municípios é extremamente dependente da produção técnico-jurídica da esfera estadual.

Salienta-se que a Resolução CIB nº 15/98 apresentava parâmetros específicos para municípios em GPSM. Dado que estes são minoria em MT, os demais municípios ficaram sem amparo técnico para implantar equipes de Visa. De certa forma, houve uma tentativa de equacionar esta situação, em 2001, com a publicação de uma **Cartilha de municipalização**, na qual as equipes foram definidas de acordo com o tamanho da população<sup>26</sup>. No entanto, para muitos municípios, em razão das diferentes realidades demográficas e socioeconômicas, tal parâmetro resultou em subdimensionamento das equipes. Considerando-se que em municípios de até 50 mil habitantes a equipe mínima deveria contar com um profissional de nível superior e dois de nível médio, desconsiderou-se a necessidade de qualificação técnica e multidisciplinar que uma equipe de Visa deve ter, em razão da complexidade da área. Tais questões se reportam a especificidades da Visa, cujas definições, em termos de composição de equipe, requerem a incorporação de outros parâmetros relacionados à estrutura produtiva e sanitária e não apenas o quantitativo populacional.

O Código Sanitário Estadual (Lei nº 7.110/99) representou importante instrumento normativo de apoio aos municípios que ainda não ti-

**Quadro 2.** Produção técnico-normativa da Visa/SES no período de 1998 a 2005 – Mato Grosso, 2006.

Ano	Documento produzido	Tema/referência
1998	Resolução CIB nº 15	Dispõe sobre como os municípios devem se organizar para cumprir os requisitos da NOB/96 em relação ao serviço de Visa e ressalta a disposição de equipe mínima necessária e atuante, a capacitação, o planejamento e a realização das ações municipais.
1999	Anteprojeto da Lei nº 7.110	Código Sanitário Estadual.
	Materiais técnicos e informativos para polos regionais, hospitais regionais e municípios	Sobre controle de infecção hospitalar; normas técnicas estaduais para serviço de radiodiagnóstico e de vigilância sanitária e ambiental, informativos sobre comunicação de acidentes de trabalho (CAT)
	Portaria nº 044/GAB/SES	Designa os profissionais do âmbito regional e central para a execução das ações de Visa.
2000	Resolução CIB nº 015	Aprova a programação das ações de Visa de média e alta complexidade como competência do nível estadual. Apresenta o plano de ação da Visa para 2000.
	Resolução CIB nº 032	Aprova a assinatura do TAM entre a SES e a Anvisa.
2001	Manual de Orientação para a Municipalização da Visa em Mato Grosso	Cartilha com informações básicas (definição, competências/responsabilidades e ações, entre outras).
	Roteiro	De apoio aos municípios na elaboração de seus códigos municipais.
	Manual em ações básicas de Visa	Áreas de produtos, serviços e saúde do trabalhador.
	Resolução CIB nº 023	Dispõe sobre valores de cálculo dos recursos financeiros para as ações de média e alta complexidade e discrimina o rol de ações de média e alta complexidade.
2002	Instrumento de avaliação	Avaliação qualitativa dos estabelecimentos hospitalares.
	Resolução (sem identificação de número)	Normas sobre o transporte de óleo vegetal no estado.
2003	Resolução CIB nº 014	Estabelece as responsabilidades dos municípios habilitados na GPSM para assumirem as ações de Visa de média e alta complexidade.
	Resoluções CIB nº 38 e nº 39	Dispõem, respectivamente, sobre valores dos recursos financeiros e sobre o termo de adesão ao TAM aos municípios habilitados na GPSM.
2004	Resolução CIB nº 06	Dispõe sobre o TAM e estabelece que os municípios habilitados na GPSM devem apresentar o plano de trabalho em Visa para receber o incentivo financeiro.
	Resolução CIB nº 20	Define valores para cálculo de recursos financeiros para ações de Visa (média (R\$ 0,04 por hab./ano), e média e alta conjuntamente (R\$ 0,10 por hab./ano).
	Norma técnica estadual	Estabelecimentos de assistência médica veterinária.

Fonte: Relatórios de gestão e resoluções CIB/MT entre 1998 e 2004.



nham seu próprio código e até mesmo serviu de suporte complementar àqueles que já o possuíam, embora antigos ou incompletos.

A Resolução CIB nº 015/2000 aprovou a programação das ações de média e alta complexidade como competência da esfera estadual, dispondo os tipos de estabelecimentos por nível de complexidade. No entanto, mostrou uma concepção das ações de vigilância sanitária muito restritiva, ao estabelecer uma única atividade, a inspeção sanitária, sem referir outros instrumentos fundamentais a serem utilizados no controle de riscos e proteção da saúde<sup>1</sup>. Tal resolução serviu de base para a definição de quais estabelecimentos deveriam ser fiscalizados pelos municípios habilitados em alguma forma de gestão: os de baixa complexidade pelos municípios em GPAB e os de média e alta complexidade pelos municípios em GPSM.

Outra resolução digna de nota foi a CIB nº 032/2000, que aprovou a assinatura do Termo de Ajustes e Metas (TAM) entre a SES e a Anvisa, mediante o qual seriam repassados recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade e que trazia implícitas perspectivas otimistas quanto à reestruturação e implementação do serviço no estado<sup>2,27</sup>.

Este recurso, em princípio, deveria proporcionar maior autonomia à esfera estadual, bem como ampliação nos horizontes de ação. Isso porque também foi estabelecido que algumas diretrizes deveriam ser seguidas para implementar o processo de descentralização, entre elas o desenvolvimento de recursos humanos e o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde, a partir do estabelecimento de um programa de cooperação técnica entre as três esferas de gestão. Porém, as ações que antes eram custeadas integralmente pela SES (basicamente inspeção) passaram a ser custeadas quase que integralmente pelo TAM, não havendo um incremento nos recursos, apenas uma transferência de fonte, pois a SES entra com uma contrapartida mínima. Segundo um entrevistado, os recursos repassados pela Anvisa são quase insuficientes para executar tão somente as inspeções programadas, assim torna-se quase inviável executar supervisão, avaliação e fortalecimento das secretarias municipais (E8). Mesmo com tal afirmativa, percebe-se a necessidade de uma avaliação mais aprofundada sobre o uso dos recursos do TAM em Mato Grosso, dado que a questão do financiamento não apareceu nos documentos examinados no estudo, tampouco nos depoimentos dos entrevistados, como se este tema ainda não fosse percebido em sua dimensão estruturante do sistema de Visa.

Entre os materiais de natureza técnica, a Visa/SES publicou o *Manual de orientação para a municipalização da Visa em Mato Grosso*<sup>28</sup>, com informações básicas (definição, competências, responsabilidades, ações, entre outras) para que o município tivesse parâmetros para implementar o serviço de Visa local. Importante salientar que nesta cartilha foram referidas outras ações a serem realizadas, e não somente a inspeção e os estabelecimentos foram enquadrados nos três níveis de complexidade.

Em 2003 foi publicada a Resolução CIB nº 014, estabelecendo as responsabilidades dos municípios habilitados na GPSM para assumir as ações de média e alta complexidade, bem como o encaminhamento, a esses municípios, do termo de adesão ao TAM. Esse ato também relacionava os estabelecimentos, em vez de ações, e condicionava a realização de capacitação, treinamentos e/ou assessoria apenas em caso de necessidade, definindo prioridades, uma vez que a Visa/SES não conseguia atender a todos. Além disso, determinou como responsabilidade da Vigilância Sanitária da SES/MT (Nível Central e Escritórios Regionais de Saúde), no referente à média e alta complexidade, o acompanhamento, o controle, a supervisão e a avaliação das ações realizadas pelos municípios em GPSM. No entanto, verificou-se que, dos sete municípios em GPSM, até 2003 somente três, incluindo Cuiabá, executavam ações de média e alta complexidade. Os demais se mantiveram na dependência da Visa/SES, o que significou a falta de controle e avaliação do processo no estado.

Quanto à normatização, um dos aspectos reguladores do Estado<sup>1,2,4,28</sup>, a Visa/SES teve um papel importante ao emitir várias resoluções de apoio aos municípios na adesão ao processo. Contudo, foi pouco expressiva na elaboração de normas técnicas para suporte às ações dos municípios.

As normas técnicas para as ações de alta complexidade utilizadas são as publicadas pela Anvisa, necessitando-se elaborá-las para as ações de baixa e média complexidade. Apesar de evidências de que o estado, com sua equipe técnica, teria competência para tanto, ainda persistem muitas lacunas em termos de normas técnicas, para diversos estabelecimentos sob vigilância sanitária, a exemplo de salões de beleza, clínicas médicas, estéticas e odontológicas, academias, creches, entre outros. Percebeu-se que a focalização de treinamentos em funcionários do nível central também tinha esse objetivo, ainda não alcançado.

As resoluções editadas buscaram apoiar o processo de descentralização, ao estabelecer al-

guns parâmetros que os municípios deveriam seguir para desenvolver as ações de Visa. Contudo, verificou-se que a maioria dos municípios não as cumpriu e ainda não as cumpre, mesmo habilitados em alguma condição de gestão. Para um entrevistado, os pré-requisitos estabelecidos em resoluções têm tido pouca relevância na definição dos pleitos, que levam em conta, em primeiro lugar, as condições do município na questão da assistência. Cohen *et al*<sup>6</sup>, em sua pesquisa, encontraram situação ainda mais desfavorável, na qual a Visa sequer foi considerada como requisito para avaliação dos pleitos.

#### **Apoio/assessoria aos municípios**

Desde as primeiras discussões acerca das estratégias a serem adotadas pela Visa estadual para descentralizar as ações em MT, houve um reconhecimento da necessidade de apoio ou assessoria contínua aos municípios que pretendiam incorporar novas ações, e aos já capacitados e/ou àqueles que desenvolviam ações de qualquer complexidade em vigilância sanitária.

Tem havido muita cobrança por parte dos dois maiores municípios do estado, Cuiabá e Várzea Grande: apesar da referência a um bom relacionamento com os níveis central e regional, afirmaram não receber assessoria permanente, especialmente da Regional da Baixada Cuiabana, que tem se envolvido mais com os municípios menores, provavelmente por perceber maior independência técnica de Cuiabá e Várzea Grande. Todavia, tem-se que chamar a atenção para a maior concentração de produtos e serviços sob vigilância sanitária nesses dois municípios, o que justificaria maior aporte de ações.

Em 1999, no âmbito do processo de descentralização da Visa, ficou estabelecido que as regionais desempenhassem as mesmas funções do nível central, no referente às ações de média e alta complexidade, enquanto as de baixa complexidade ficariam para o município, exceto em situações especiais. No entanto, foi ressaltado o desparelhamento das regionais, em termos de estrutura física e pessoal, postulando-se rever o dimensionamento desses itens. Segundo um entrevistado, o nível regional trabalha com prioridades não porque não esteja capacitado, mas porque não há profissionais suficientes para dar conta de toda a demanda existente (E13).

A única referência específica de assessoria às regionais e municípios de abrangência foi verificada no relatório de 2000, na implantação de ações de Visa em estabelecimentos de produtos de origem animal e no apoio técnico aos municípios,

em ações relacionadas ao saneamento. De qualquer forma, observou-se que ao longo deste período houve muitas inspeções compartilhadas tanto na área de produtos quanto na de serviços, troca de informações entre o nível estadual, regional e municípios, atendimento a solicitações de informações técnicas, entre outras. No entanto, tais assessorias ocorreram de forma pouco sistematizada, mais por demandas emergenciais do que em caráter programático, indicando que a ação executora do estado obstaculiza o cumprimento de uma agenda de apoio aos municípios, situação também referida por Cohen *et al*<sup>6</sup>.

Assessoria envolve convivência e diálogo permanentes com os municípios, conhecimento das características de cada um para detecção dos problemas que enfrentam e busca conjunta por soluções. Nesta perspectiva verificou-se certo distanciamento por parte dos níveis central e regional, que pouco conheciam da realidade dos municípios, em especial dos dois maiores, Cuiabá e Várzea Grande, no que tange ao desenvolvimento das ações de Visa.

#### **Supervisão**

Em 2000, as ações de Visa de baixa e média complexidade passaram a ser descentralizadas do nível central para as nove regionais então existentes e seus municípios. À Visa/SES cabia a execução das ações de maior complexidade, além de capacitação e supervisão do pessoal técnico e administrativo dos serviços municipais, em conjunto com as regionais.

Segundo um entrevistado, uma vez que o estado estava atuando de forma regionalizada, eram as regionais que, por terem recursos humanos especializados, respondiam pela Visa de cada regional, ou seja, avaliavam, controlavam, supervisionavam e apoiavam o trabalho que vinha sendo desenvolvido pelos municípios (E1). Dado que nesse período ainda não havia sido recriada a Regional da Baixada Cuiabana, definiu-se internamente que, além de cada regional de saúde, os municípios integrantes da Baixada, como Cuiabá e Várzea Grande, ficariam sob a responsabilidade de técnicos de cada gerência da Visa/SES.

Apesar de constar no anexo do TAM que haveria um trabalho de supervisão e acompanhamento para o controle das atividades exercidas pelas regionais de saúde e Visas municipais, assim como transferência de tecnologia para a reestruturação dos serviços no âmbito regional e municipal, não foram encontradas evidências, nos documentos consultados, da efetivação dessa responsabilidade ao longo desse período, princi-

palmente no que concerne à supervisão e ao acompanhamento.

Segundo um entrevistado, a Anvisa faz supervisão e auditoria tão somente para verificar o gasto do recurso do TAM. Já o estado não faz o mesmo em relação aos municípios em GPSM, tampouco em relação aos demais, habilitados em GPAB ou GPABA. No seu entender, a supervisão é condição primordial para fazer com que os serviços municipais de Visa funcionem e de forma correta, pois todos já foram capacitados e precisam ser cobrados, o que só pode ser feito com supervisão, que não tem sido realizada pela Visa/SES (E8).

Para outro entrevistado, a Programação Pactuada Integrada, iniciada em 2004, é um importante instrumento, mediante o qual se percebe, de forma mais concreta, um avanço no processo de descentralização, principalmente para Cuiabá e Várzea Grande, uma vez que envolve, pelo menos, a verificação do cumprimento de metas (E13).

Ainda assim, os objetivos são mais quantitativos que qualitativos, centralizando-se na esfera federal a definição do elenco de ações a serem desenvolvidas pelos municípios. Ainda não ocorre participação do nível central ou regional nessa decisão e muito menos dos municípios, principais interessados e executores, condição denominada por Garibotti *et al.*<sup>23</sup> de “pacotes prontos”.

### Avaliação

Salienta-se que somente foram encontradas referências a avaliações no primeiro período analisado, isto é, até 1998, e cujos resultados provavelmente subsidiaram o enfoque conferido à capacitação de pessoal no período subsequente.

Segundo um entrevistado (E8), em 1999 foi realizada uma avaliação no formato de reunião que contou com a participação de representantes dos ERS, um representante de Cuiabá e um de Várzea Grande, ambos do nível gerencial<sup>29</sup>. Nessa oportunidade, avaliaram-se as oficinas de trabalho que objetivaram a municipalização das ações de baixa complexidade. Nesse ano também ocorreram oficinas de avaliação do treinamento em ações de baixa complexidade na área de saneamento básico e ambiental. Embora os treinamentos tenham sido realizados em todas as regionais, somente em quatro delas se fizeram as oficinas.

No relatório de 2005, constaram como metas: assessorar, supervisionar e acompanhar o cumprimento das metas da PPI/Visa nos 16 ERS; registra-se o alcance, mas não foi especificado de que forma os resultados foram obtidos. Os únicos momentos de avaliação fazem referência aos cursos de capacitação.

No que concerne à supervisão e avaliação, verificou-se que ficaram restritas ao início do processo, vinculando-se mais à etapa de capacitação. A falta de supervisão, por parte da Visa/SES – níveis central e regional –, deixa os municípios muito “soltos”. Não se encontraram informações a respeito de quantos e quais municípios realmente aderiram ao processo, como as ações descentralizadas estavam sendo realizadas e quais as necessidades dos municípios para implementar as (novas) ações.

Supervisão e avaliação devem ser desenvolvidas pela Visa/SES com todos os municípios: tanto os maiores, como Cuiabá e Várzea Grande – que concentram a maior parte dos serviços e produtos do estado, recebem recursos financeiros, têm equipes capacitadas e estão mais próximos e acessíveis –, quanto os menores municípios, que costumam experimentar mais dificuldades. Na falta da referida atividade, a Visa/SES não consegue avaliar como ocorre o processo de descentralização no estado. Como instância coordenadora do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, a Visa/SES tem a responsabilidade de promover e realizar avaliações sistemáticas e participativas do sistema, das estratégias utilizadas no processo de descentralização. Os resultados podem subsidiar mudanças, caso necessárias, e contribuir na definição de prioridades e estratégias que promovam, como sinalizado por Piovesan *et al.*<sup>24</sup>, a integralidade e equidade na definição das políticas de Visa.

Avaliar os diversos aspectos afeitos à descentralização da Visa torna-se uma exigência no processo, sobretudo quanto à existência, suficiência e legalidade (investidura no cargo), formação e qualificação das equipes; incorporação, pelos municípios, das ações para as quais foram tecnicamente preparados; cumprimento dos pré-requisitos para o funcionamento dos serviços; aplicação dos recursos na própria Visa; qualidade e efetividade do serviço prestado à população, entre outros itens.

Os serviços da Baixada Cuiabana constituem referência, e os produtos são distribuídos, a partir dessa região, para o estado de Mato Grosso. Portanto, sob adequado controle sanitário dos três serviços de Visa (SES NC/Regional, Cuiabá e Várzea Grande), grande parte da população do estado poderá ter assegurada a qualidade dos produtos e serviços que consome ou utiliza e, assim, sua saúde protegida.

As estratégias em destaque aqui estão firmadas como competências do serviço de vigilância sanitária estadual, que serve de referência para os

demais no estado, na função de incentivar e municiar o município de condições técnicas e operacionais para desenvolver as ações de seu âmbito territorial. Apesar das iniciativas para fazer avançar o processo, a Visa/SES tem concentrado esforços na execução de inspeções, o que dificulta o desenvolvimento de ações de apoio e assessoria, supervisão, normatização e avaliação das ações municipais, funções essenciais e inerentes à Visa estadual. Tal situação também foi encontrada nas pesquisas de Lucchese<sup>2</sup>, Cohen *et al*<sup>6</sup> e Garibotti *et al*<sup>23</sup>. Ademais, as inspeções sanitárias são fundamentais, mas limitadas; é necessário acionar diversas tecnologias de intervenção para proteger a saúde humana e ambiental dos muitos riscos que se somam ao longo do ciclo produtivo dos bens e serviços no mundo atual<sup>1</sup>.

A assessoria aos municípios, a supervisão e a avaliação dos serviços, além de atribuição da esfera estadual de gestão, contribuem para que os municípios avancem no cumprimento de sua parte na responsabilidade sanitária do Estado, no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, subsistema do SUS, e também para que possam assumir formas de gestão mais autônomas, conforme suas condições. Tais atribuições devem ser assumidas solidariamente, sob pena de se perpetuarem os mesmos antigos e reiterados problemas. Como afirmam Piovesan *et al*<sup>24</sup> e Lucchese<sup>2</sup>, há necessidade de articulação e interlocução intergovernamental e intersetorial para promover a descentralização, devido à interdependência característica entre as instâncias do sistema, que devem ser cooperativas, mesmo sendo autônomas; também porque a proteção da saúde requer ações intercomplementares entre as distintas esferas de gestão do sistema de saúde<sup>1</sup>.

#### **Principais dificuldades encontradas**

Ao longo do período de estudo pôde-se identificar um conjunto de dificuldades, registradas nos relatórios ou citadas nas entrevistas. O Quadro 3 apresenta os principais problemas ou dificuldades que interferiram no desenvolvimento das ações de Visa.

Foi constatada a existência de problemas crônicos nas três esferas de gestão, com forte influência no processo de descentralização de ações para os ERS e municípios. Em ordem de frequência, sobressaem: (1) insuficiência de recursos humanos, em número e capacitação; (2) deficiências de infraestrutura quanto a instalações, equipamentos, recursos materiais e financeiros; (3) falta de planejamento das ações e de comunicação entre as três esferas de gestão. Verificou-se

a persistência dos problemas, em anos consecutivos, o que caracteriza falta de supervisão e avaliação, bem como de apoio às ações realizadas. Esses achados ratificam aqueles apresentados por Lucchese<sup>2</sup>, Juliano e Assis<sup>21</sup> e Cohen *et al*<sup>6</sup>.

Quanto ao destaque, no relatório de 2001, sobre a falta de compromisso dos ERS em assumir as ações de Visa, ficou caracterizado certo conflito entre os dois níveis de gestão: ao tempo que se fazia essa afirmativa, também se demonstrava insuficiência de pessoal, nas regionais, para assumir as ações. Tal fato, aliado à concentração de treinamentos no nível central, provavelmente dificultou a assunção de determinadas ações pelos ERS.

#### **Alguns avanços**

Questionados sobre a percepção de avanços no processo de descentralização, os entrevistados foram unânimes em afirmar que eles ocorreram. Enfatizou-se o compromisso, firmado com o TAM, especialmente no município de Cuiabá, que resultou em certo “desafogamento” nas tarefas de inspeção realizadas pela Visa/SES, uma vez que a maior parte de produtos e serviços de média e alta complexidade encontram-se nesse município.

No entanto, percebe-se a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre o real avanço desse processo para os municípios do estado.

#### **Conclusões**

Conquanto a proposta política abrangente que enseja a autonomia municipal na execução das ações de saúde, verificou-se que o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no estado de Mato Grosso, considerando as três instâncias estudadas, esteve permeado por certo caráter burocrático, caracterizado mais pelo repasse de responsabilidades do que por incentivo e suporte à autonomia municipal.

Observou-se uma postura ativa da Visa estadual no desempenho de um papel contributivo no processo de descentralização, principalmente para os municípios de Cuiabá e Várzea Grande, embora a ênfase tenha se centrado na estratégia de formação e capacitação de pessoal. Quanto às demais funções de sua competência, inerentes ao processo e relevantes para o avanço da descentralização no estado, a Visa/SES não tem conseguido exercê-las. Ter de executar inspeções de alta e média complexidade e até mesmo de baixa complexidade, em algumas situações, sobrecarrega o serviço e repercute negativamente em falta de su-

**Quadro 3.** Principais problemas e dificuldades referidos ao longo do período estudado – Mato Grosso, 2006.

Principais problemas/dificuldades	Ano
Falta de estrutura mínima para desenvolver as ações: recursos materiais, financeiros, equipe mínima, arrecadação não aplicada no serviço.	Entre 1995 e 1998 (data imprecisa)
Inexistência do código sanitário; falta de planejamento, normatização e avaliação das ações de Visa; inexistência do cargo de fiscal sanitário; deficiência no atendimento laboratorial à demanda, falta de capacitação de recursos humanos.	1998
Falta de sensibilização dos gestores que não providenciam os instrumentos de trabalho e não cumprem a legislação; técnicos treinados da Visa NC e regional deslocados para outra função, com acúmulo de atividades; desaparecimento em pessoal na maioria das regionais; baixos salários; falta de recursos financeiros, de material e de transporte; falta de conscientização da população em relação à importância do serviço; deficiência no repasse de informações entre os três níveis (NC, regionais e municípios); falta de sistema de informações cadastrais.	1999
Falta de integração institucional e planejamento; falta de compromisso e priorização dos ERS em assumir as ações; deficiência nos repasses de informações entre o nível regional e municípios; nº insuficiente e evasão de pessoal capacitado nos âmbitos central, regional e municipal; espaço físico insuficiente para atendimento ao público nos três âmbitos; dificuldade em cumprir as programações de inspeções de alta e média complexidade; descumprimento dos calendários de reuniões de avaliações periódicas NC/regional e regional/municipal; inexistência de sistema de informação que permita alimentação de dados municipais; falta de integração e planejamento das ações; prática desvinculada do planejamento; falta de informação na Visa.	2001
Equipe insuficiente nos ERS para desenvolver todas as ações de média e alta complexidade; dificuldade das Visas em exercer funções preventiva, educativa, normativa, fiscalizadora e punitiva.	2002
Falta de transporte e veículo oficial para executar todas as ações programadas.	2003
Demora em assumir as ações de média e alta complexidade, por Cuiabá, e execução das ações de baixa complexidade de forma precária; acúmulo na função de execução; falta de supervisão para verificar como as ações estão sendo executadas.	E8 (ao longo do período)
Problemas de recursos humanos no município de Cuiabá para assumir as responsabilidades; busca pela arrecadação que ficava com o estado.	E13 (ao longo do período)

Fonte: Relatórios de 1998 a 2005 e entrevistas. Nos anos não citados, não foram encontradas referências a problemas ou dificuldades.

pervisão, acompanhamento e avaliação de processos e atividades executadas pelas Visas regionais e municipais. Também dificulta o apoio permanente e contínuo na estruturação dos serviços municipais, fundamental às novas responsabilidades assumidas pelas Visas, e ainda a realização de outras atividades essenciais à proteção e promoção da saúde.

Em razão dessas constatações, considera-se relevante (re)avaliar o papel da SES como Coordenador do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, na busca de uma possível divisão solidária

das ações entre as duas esferas de gestão, estadual e municipal. Tal (re)avaliação deve ser extensiva à Visa regional da Baixada Cuiabana, visando a incremento e capacitação de pessoal e maior aporte de recursos financeiros, possibilitando-lhe autonomia, pois abrange um grande contingente populacional e maior amplitude de objetos de controle, em produtos e serviços.

O presente estudo analisou as estratégias de descentralização da Visa, pela SES/MT, até o ano de 2005. Cabe, portanto, considerar que novas possibilidades estão se configurando com o Pac-

to pela Saúde<sup>30</sup>. Intensamente discutido e em processo de implantação no estado, o pacto introduz nova forma de gestão, responsabilização e financiamento das ações da saúde, trazendo em seu bojo novas perspectivas também para a vigilância sanitária. Soma-se a este a elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA<sup>31</sup>, que dispendo de diretrizes norteadoras mais amplas, pensadas a partir de prioridades estabelecidas num amplo processo participativo, surge como apoio ou ferramenta de reestruturação do trabalho, para dar suporte às Visas, através da execução de planos de ação, formulados por cada serviço de Visa, considerando as necessidades e especificidades locais.

## Colaboradores

MS Marangon, JHG Scatena e EA Costa participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. Costa EA. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. São Paulo: Sobravime; 2004.
2. Lucchese G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde [texto na Internet]. 2001. [acessado 2006 mar 02] Disponível em: [http://www.anvs.com.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2\\_texto05.pdf++geraldo+lucchese](http://www.anvs.com.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf++geraldo+lucchese)
3. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-40.
4. Lucchese G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2001.
5. Costa EA. Vigilância sanitária e proteção da Saúde [texto na internet]. 2005. [acessado 2006 mai 6]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20colet%C3%A2nea%20leis%20e%20textos/Artigos/25.doc>
6. Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na internet] 2004; 7(3):290-301 [acessado 2005 agosto 2]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415)
7. Santos EM. Vigilância sanitária: um histórico e um locus [texto na internet]. 2004. [acessado 2005 dez 29]. Disponível em: <http://www.ufrnet.br/~scorpius/302-Vigilancia%20Sanitaria%20Historico.htm>

8. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
9. Vieira da Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):355-370.
10. Lobato LVC. Apontamentos sobre o processo de descentralização na saúde. *Saúde em Debate* 2005; 29(71):353-364.
11. Solla JJSP, Costa EA. Evolução das transferências financeiras no processo de descentralização da vigilância sanitária no SUS. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007; 31(1):161-177.
12. Lucchese G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GOD, organizadores. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47.
13. Ferraro AHA. *Imagem-objetivo para descentralização da vigilância sanitária* [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007.
14. Marangon MS. *Análise do processo de descentralização da vigilância sanitária nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, Mato Grosso, entre 1998 e 2005* [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.
15. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.
16. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias pra formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
18. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
20. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev Bras Ci Soc* [periódico na Internet]. 1999. [acessado 2005 mai]; 14(40):111-141. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-6909199900200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-6909199900200009&lng=pt&nrm=iso)
21. Juliano IA, Assis MM. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2004 [acessado 2005 agosto 2]; 9(2):493-505. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200025&lng=pt&nrm=iso)
22. Brasil. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. *Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: SES/MT; 2002.
23. Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2006. [acessado 2006 jun 4]; 22(5):1043-1051. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102)
24. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MU, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, Lima LFM. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2005 set 5]; 8(1):83-95. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf)
25. Costa EA. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. *Revista* 2005; 1(2):141-146.
26. Brasil. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. *Municipalização da vigilância sanitária de Mato Grosso*. Cuiabá: SES/MT; 2001.
27. Brasil. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução nº 32, de 9 de novembro de 2000. Dispõe sobre a aprovação do Termo de Ajustes e Metas da Vigilância Sanitária*. Cuiabá: CIB/SES/MT; 2000.
28. Souza GS. *Vigilância sanitária no sistema local de saúde: o caso do distrito sanitário de Pau da Lima - Salvador/Bahia* [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2002.
29. Brasil. Secretaria de Estado de Mato Grosso. Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. *Relatório final da reunião para avaliação das oficinas na municipalização das ações de baixa complexidade em Visa*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Mato Grosso/Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; 1999.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22/2/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [acessado 2005 set 5]. Disponível em: <http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
31. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Diretor de Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa; 2007 [acessado 2005 set 5]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa\\_livro.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_livro.pdf)

Artigo apresentado em 16/08/2007

Aprovado em 16/07/2008

Versão final apresentada em 04/03/2009