

Avaliação de desempenho do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Estado do Rio de Janeiro

Performance evaluation of the process of decentralization of sanitary surveillance actions in the State of Rio de Janeiro

Evaluación de desempeño del proceso de descentralización de las actividades de Vigilancia Sanitaria en el Estado de Río de Janeiro

Recebido: 13/05/2021 | Revisado: 22/05/2021 | Aceito: 11/06/2021 | Publicado: 23/06/2021

Catia Martins de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6419-7506>

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

E-mail: catiac.oliveira@fiocruz.br

Ana Lucia Carvalho de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9786-1461>

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: analucia.oliveira@saude.rj.gov.br

Bianca Ramos Marins Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2664-9794>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: bianca.silva@unirio.br

Resumo

Objetivo: Avaliar o desempenho do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. **Método:** Pesquisa avaliativa com uso de métodos mistos. Primeiro foi conduzida pesquisa documental sobre o processo de descentralização da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. Em sequência método quase-experimental, séries temporais interrompidas, foi aplicado para testar efeitos imediatos e graduais da intervenção sobre o indicador “percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano”. Essa informação foi extraída do Sistema de Informação Ambulatorial. Em ambas as abordagens o período de análise compreendeu 2010 a 2019. **Resultados:** A linha do tempo foi fundamental para explicitar o caminho percorrido no processo de descentralização da vigilância sanitária no Estado destacando os principais marcos, avanços e desafios que emergiram nesse contexto. A regressão segmentada mostrou que a partir da ampliação da intervenção no Estado houve um aumento (β_2) no patamar de 5,12% ($p = 0,0000$) na execução das ações pactuadas. Com o passar do tempo, a tendência (β_3) apresentou queda de -8,39% ($p = 0,1370$). Foi identificado aumento estatisticamente significativo do nível do indicador nas regiões Baixada Litorânea (β_2 : 19,90%, $p = 0,0000$ e IC 95%: 44,6582 - 55,1423), Médio Paraíba (β_2 : 15,01%, $p = 0,0000$ e IC95%: 37,8740 - 52,1592), Serrana (β_2 : 12,80%, $p = 0,0000$ e IC95%: 17,9140 - 22,1812), Metropolitanas I (β_2 : 37,82%, $p = 0,0002$ e IC95%: 28,5069 - 47,1460) e Metropolitana II (β_2 : 55,05%, $p = 0,0011$ e IC 95%: 43,2534 - 86,8552). Apenas a região Serrana apresentou tendência de redução de β_3 : -10,63% estatisticamente significativa ($p = 0,0000$). **Conclusão:** Os achados sinalizam que o processo de descentralização necessita de efetivo apoio técnico e administrativo para ser legitimado numa perspectiva social que vise à promoção de ações integradas.

Palavras-chave: Vigilância sanitária; Descentralização; Séries temporais interrompidas.

Abstract

Objective: To evaluate the performance of the process of decentralization of health surveillance actions in the State of Rio de Janeiro. **Method:** Evaluative research using mixed methods. First, documentary research was conducted on the process of decentralizing health surveillance in the State of Rio de Janeiro. In sequence, interrupted time series, a quasi-experimental method, was applied to test immediate and gradual effects of the intervention on the indicator “percentage of municipalities that carry out at least six groups of Health Surveillance actions considered necessary for all municipalities in the year”. This information was extracted from the Ambulatory Information System. In both approaches, the period of analysis comprised 2010 to 2019. **Results:** The timeline was essential to explain the path taken in the process of decentralization of health surveillance in the State, highlighting the main milestones, advances and challenges that emerged in this context. Segmented regression showed that from the expansion of intervention in the State there was an increase (β_2) in the level of 5.12% ($p = 0.0000$) in the execution of the agreed actions. Over time, the trend (β_3) showed decline of -8.39% ($p = 0.1370$). In the regions, the statistically significant increase in the level of the indicator was identified in the Baixada Litorânea (β_2 : 19.90%, $p = 0.0000$ e IC 95%: 44.6582 – 55.1423), Médio Paraíba

(β_2 :15.01%, $p = 0.0000$ e $IC_{95\%}$: 37.8740 – 52.1592), Serrana (β_2 :12.80%, $p = 0.0000$ e $IC_{95\%}$: 17.9140 – 22.1812), Metropolitanas I (β_2 : 37.82%, $p= 0.0002$ e $IC_{95\%}$: 28.5069 – 47.1460) e Metropolitana II (β_2 : 55.05%, $p= 0.0011$ e $IC_{95\%}$: 43.2534 – 86.8552). Only the Serrana region showed a trend reduction of -10.63% statistically significant ($p = 0.0000$). Conclusion: The findings indicate that the process of decentralizing effective technical and administrative support to be legitimized in a social perspective aimed at promoting integrated actions.

Keywords: Health surveillance; Decentralization; Interrupted time series.

Resumen

Objetivo: Evaluar el desempeño del proceso de descentralización de las acciones de vigilancia de la salud en el Estado de Río de Janeiro. **Método:** Investigación evaluativa con métodos mixtos. En primer lugar, se realizó una investigación documental sobre el proceso de descentralización de la vigilancia de la salud en el estado de Río de Janeiro. En secuencia, se aplicó una serie de tiempo interrumpido, un método cuasi-experimental, para probar los efectos inmediatos y graduales de la intervención sobre el indicador “porcentaje de municipios que realizan al menos seis grupos de acciones de Vigilancia en Salud consideradas necesarias para todos los municipios en el año”. Esta información se extrajo del Sistema de Información Ambulatoria. En ambos enfoques, el período de análisis comprendió 2010 a 2019. **Resultados:** El cronograma fue fundamental para explicar el camino recorrido en el proceso de descentralización de la vigilancia en salud en el Estado, destacando los principales hitos, avances y desafíos que surgieron en este contexto. La regresión segmentada mostró que luego de la expansión de la intervención en el Estado hubo un incremento (β_2) en el nivel de 5.12% ($p = 0.0000$) en la ejecución de las acciones pactadas. Con el tiempo, la tendencia (β_3) disminuyó en un -8,39% ($p = 0,1370$). En las regiones, se identificó un aumento estadísticamente significativo en el nivel del indicador en la Baixada Litorânea (β_2 : 19,90%, $p = 0,0000$ e $IC_{95\%}$: 44,6582 - 55,1423), Paraíba Medio (β_2 : 15, 01%, $p = 0,0000$ e $IC_{95\%}$: 37,8740 - 52,1592), Montaña (β_2 : 12,80%, $p = 0,0000$ e $IC_{95\%}$: 17,9140 - 22,1812), Metropolitanas I (β_2 : 37,82%, $p = 0,0002$ e $IC_{95\%}$: 28,5069 - 47,1460) y Metropolitana II (β_2 : 55,05%, $p = 0,0011$ e $IC_{95\%}$: 43,2534 - 86,8552). Solo la región montañosa mostró una tendencia de reducción estadísticamente significativa de -10,63% ($p = 0,0000$). **Conclusión:** Los hallazgos indican que el proceso de descentralización requiere de un apoyo técnico y administrativo efectivo para ser legitimado en una perspectiva social que apunta a promover acciones integradas. **Palabras clave:** Vigilancia en salud, descentralización y series temporales interrumpidas.

Palabras clave: Vigilancia en salud; Descentralización; Series temporales interrumpidas.

1. Introdução

A Vigilância Sanitária (VISA), conjunto de ações que tem como pressuposto eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde é função estratégica e essencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua responsabilidade perpassa os níveis federal, estadual e municipal interagindo para garantir qualidade e segurança de produtos, bens, serviços e ambientes de interesse à saúde por meio de ações de proteção, promoção e controle (Lucchese, 2010).

Dada a complexidade das ações de VISA desde 1990 vem sendo estimulada a descentralização de responsabilidades para a esfera municipal. Esse processo se justifica ainda pela necessidade de reordenação das estruturas estaduais de forma a responder mais efetivamente às demandas municipais considerando às suas variabilidades socioeconômicas, culturais, demográficas e sanitárias (Oliveira & Cruz, 2015).

De acordo com os princípios do SUS a descentralização representa uma das formas de garantir acesso mais efetivo aos serviços de saúde, quando realizada de forma integrada entre União, Estados e Municípios e, embora seja um movimento em curso desde a implementação do SUS, ainda são muitos os desafios para sua efetiva consolidação no país (Deseta, 2007). Segundo Cohen, Moura e Tomazelli (2004) é fundamental garantir a descentralização das ações de VISA dissociado de um processo meramente burocrático, mas considerando essa estratégia como fundamental para garantia de proteção à saúde.

Nesse caminho a interdependência, de forma cooperativa, precisa ser assegurada no sentido de compartilhar sinergicamente esforços entre os entes federativos em uma relação dialógica, solidária e cooperativa que vise reforçar e consolidar a capacidade de gestão do sistema. Tendo em vista a importância do fortalecimento da VISA, no âmbito do SUS, o objetivo desse estudo foi avaliar o desempenho do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Estado do Rio de Janeiro.

2. Método

Trata-se de pesquisa avaliativa com uso de métodos mistos cujo propósito é combinar elementos qualitativos e quantitativos visando amplitude e profundidade de compreensão do fenômeno em estudo, principalmente em contextos diferenciados (Johnson e Onwuegbuzie, 2004; Johnson et al., 2007). Baseada na tipologia de triangulação sugerida por Creswell e Plano Clark (2011), cujo pressuposto é a busca de dados complementares, mas distintamente diferentes no mesmo tópico, primeiro foi conduzida pesquisa documental sobre o processo de descentralização da VISA no Estado do Rio de Janeiro. Essa etapa permitiu identificar fatos do passado e elos que explicam fenômenos do presente por meio de leitura e análise textual discursiva de documentos institucionais sobre a gestão da VISA. Em sequência foi utilizado o método quase-experimental de séries temporais interrompidas para avaliar se a intervenção alterou o nível e a tendência na série de dados do desfecho estudado.

Cenário de Estudo: O estudo foi desenvolvido no Estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste do país, com população de 17.264.943 milhões de habitantes, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), em uma área de 43.752,8 km². Considerado o Estado com terceira maior população do país, possui 92 municípios agrupados em nove regiões: Baixadas Litorâneas, Centro-Sul Fluminense, Baía de Ilha Grande, Médio Paraíba, Metropolitanas I e II, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana (Figura 1). O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,761, classificado como o quarto melhor do país comparado com os demais Estados da Federação.

Figura 1. Mapa de divisão geográfica do Estado do Rio de Janeiro, 2020.



Fonte: Pinheiro, et al. (2014).

Intervenção: Expansão da política de descentralização das ações de VISA para os municípios do Estado do Rio de Janeiro - ocorreu a partir de 2014 por meio da Resolução SES 1058 de 06 de novembro de 2014. A condição para que os municípios pudessem executar as ações era que o órgão local de VISA passasse por análise e avaliação da Secretaria de Estado de Saúde (SES), em relação a sua estrutura legal, física e organizacional, bem como em relação aos seus recursos (humanos, materiais e financeiros) e processos de trabalho, segundo critérios pré-definidos. Esse procedimento era aplicado a todos os municípios que pleiteassem a descentralização das ações. Após a avaliação de adequação um parecer era emitido recomendando a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) à apreciação e aprovação do pleito municipal, condição que habilitava o município a receber, além do Piso Estruturante, o Piso Estratégico, como parte do Piso Fixo de VISA - PFVISA, conforme definido à época pela Portaria nº 1.106/GM/MS, de 12 de maio de 2010.

Medida de desfecho e fonte de informação: A variável de desfecho, condição traçadora elegível nesse estudo, foi “percentual de municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano” inserido no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (Brasil, 2014), documento

norteador de pactuação interfederativa coordenada pelo Ministério da Saúde. Os grupos de ações que configuram esse indicador são: (I) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (II) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (III) atividades educativas para população; (IV) atividades educativas para o setor regulado; (V) recebimento de denúncias; (VI) atendimento de denúncias; e (VII) instauração de processo administrativo sanitário. Os dados foram extraídos do site da SES-RJ com base no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS-DATASUS (SES, 2020).

Período de análise: o modelo considerou três fases: pré-intervenção (anterior a 2014); intervenção - expansão da política de descentralização das ações de VISA para os municípios do Estado do Rio de Janeiro (implementada em 2014) e período pós-intervenção (2015 a 2019).

Análise estatística: Modelo de regressão segmentada foi incluída para avaliar as mudanças no nível e na tendência do desfecho após a expansão da política no Estado e nas Regiões de Saúde. A autocorrelação foi avaliada usando teste estatístico de Durbin-Watson e inspeção dos gráficos de autocorrelação e autocorrelação parcial. A equação de regressão segmentada da série temporal utilizada nessa pesquisa foi a proposta por Lopez Bernal et al., (2018) que inclui o termo autoregressivo para ajustar qualquer autocorrelação detectada:

$$\gamma_t = \beta_0 + \beta_1 \times \text{tempo}_t + \beta_2 \times \text{nível}_j + \beta_3 \times \text{tendência}_{jt} + e_{jt}$$

γ_t é a variável de desfecho: Percentual de municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias, β_0 representa o valor de referência do resultado no mês zero, β_1 representa a medida de tendência do período que antecedeu a descentralização da VISA, β_2 é a mudança de nível, ou seja, o impacto imediato da intervenção; β_3 é a mudança de tendência no período pós descentralização, que estima a mudança na tendência do desfecho no pós-período em comparação com o período anterior (Wagner et al., 2002). Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística, que foi realizada utilizando o software STATA 12.0.

3. Resultados

3.1 Linha do tempo do processo de descentralização da VISA no Estado do Rio de Janeiro.

No Estado do Rio de Janeiro, o processo de descentralização das ações de VISA teve início nos anos 90, com a publicação da Resolução SES/RJ nº 562, de 26 de março de 1990, que transferia para os municípios essencialmente o comércio de alimentos e outras ações consideradas de baixo risco sanitário. Essa Resolução representou o primeiro ato concreto do governo estadual no sentido de descentralizar para os municípios um grupo de ações relacionadas ao controle sanitário, que até aquele momento estavam sob a responsabilidade do Estado. Alguns meses depois com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990) foi definindo o funcionamento da VISA e preceitos, ainda vigentes, como a responsabilidade do ente municipal pela execução das ações.

Quase no final da década de 90 é publicada a Resolução SES/RJ Nº 1.262, de 08 de dezembro de 1998, que transferiu para os municípios a responsabilidade pela execução de ações de VISA de estabelecimentos de interesse à Saúde Pública incluindo também os estabelecimentos de comércio farmacêutico. Essa Resolução expressou, na época, a busca por um caminho de pactuação para a descentralização de ações, pois relacionava um grupo de municípios para os quais seria delegada competência para a execução das ações propostas pela norma. Nesse período as ações de VISA foram classificadas pelo Ministério da Saúde em baixa, média e alta complexidades. Em sequência, mais precisamente entre os anos de 2002 e 2005, foi realizado investimento na supervisão e acompanhamento dos órgãos municipais de VISA do Estado o que forneceu as bases para a produção de diagnóstico situacional que nortearia a expansão da descentralização. Foram conduzidas oficinas de trabalho com a participação de vários atores sociais, compreendendo representantes municipais, com a prerrogativa de apoiar a elaboração do Plano Diretor

de VISA. Esse documento permitiu aprofundar o conhecimento sobre a realidade municipal e apontar os desafios que se impunham para o avanço da VISA no Estado, com a seleção de problemas e propostas de intervenção.

Todavia, o processo de descentralização no Rio de Janeiro somente começou a se estruturar de forma mais abrangente, a partir de 2005, quando o órgão estadual, para além das funções de executor, assume o papel de coordenador do sistema estadual de VISA, definindo estratégias de descentralização e pactuação de ações com os entes municipais. A definição quanto à transferência de responsabilidades e a sanção dos atos normativos se deram de forma planejada, sempre precedida de suporte institucional aos municípios para que estes fossem estimulados a adquirir as condições mínimas de infraestrutura, recursos humanos e materiais necessários à execução das atividades acordadas.

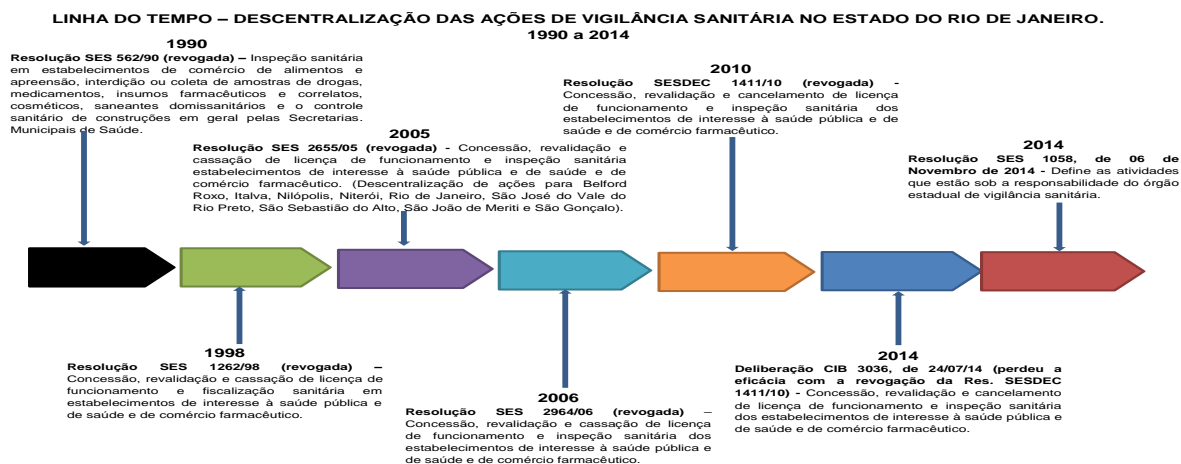
Nesse período foi publicada a Resolução SES/RJ nº 2.655, de 02 de fevereiro de 2005, que delegava competência para execução de ações de VISA a quatro municípios, a partir de análise e avaliação do órgão estadual de VISA, com aprovação no âmbito da CIB. Seguiu-se a essa norma, a Resolução SES/RJ nº 2964, de 03 de março de 2006, que delegou competências de ações básicas de VISA para todas as secretarias municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Esta Resolução foi resultado de consenso com os municípios, cujos termos foram igualmente aprovados pela CIB. Posteriormente, como resultado de nova negociação com os municípios e COSEMS-RJ, foi aprovada a Resolução SESDEC nº 1411, de 15 de outubro de 2010, que previu a descentralização para as instâncias locais de VISA, mediante pactuação de ações que estavam sendo executadas pelo órgão estadual.

Para além da descentralização adotada pelo órgão estadual de VISA, a Subsecretaria Geral da SES/RJ coordenou ações junto às regiões de saúde para a implantação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Essas ações ocorreram em um momento político nacional favorável, após a aprovação da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) pelo referido Decreto. Mesmo considerando a implementação de mecanismos indutores de descentralização ainda havia uma forte concentração das ações de VISA no nível estadual. Esse contexto mudou com a publicação da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014, que ao revogar a Portaria 1.106/GM/MS, estabeleceu que o Piso Fixo de VISA fosse destinado ao fortalecimento do processo de descentralização, extinguindo a clássica repartição dos recursos entre Piso Estruturante e Estratégico, o que justificava o modelo de pactuação até então vigente.

Entretanto, a norma mais abrangente sobre descentralização no período em análise certamente foi a Resolução SES nº 1058, de 06 de novembro de 2014, produto de acordo com o COSEMS-RJ e gestores municipais da VISA. A partir desse documento foram delegadas para instância municipal um conjunto de ações que até então dependiam de pactuação e que eram executadas predominantemente pelo órgão estadual de VISA. À época, essa medida estava ancorada em mudança recente na legislação que estabelecia novos critérios de repasse dos recursos financeiros federais para financiamento da VISA.

Essa mudança acelerou a discussão com os municípios sobre a importância de assumir o protagonismo pelas ações e forneceu o impulso que faltava para a expansão da política de descentralização no Estado do Rio de Janeiro. Uma janela de oportunidade abriu-se para os municípios, reforçando ao mesmo tempo o papel do órgão estadual como coordenador do sistema e apoiador técnico qualificado em relação às instâncias locais. A adoção da nova política de descentralização das ações de VISA permitiu a estrutura organizacional da VISA estadual otimizar fluxos internos e reforçar o apoio aos municípios por meio de supervisão técnica e de educação permanente. A Figura 2 explicita a linha do tempo com os principais marcos legais norteadores desse processo no Estado do Rio de Janeiro no período compreendido entre 1990 e 2014.

Figura 2. Marcos legais do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Estado do Rio de Janeiro - 1990 a 2014.

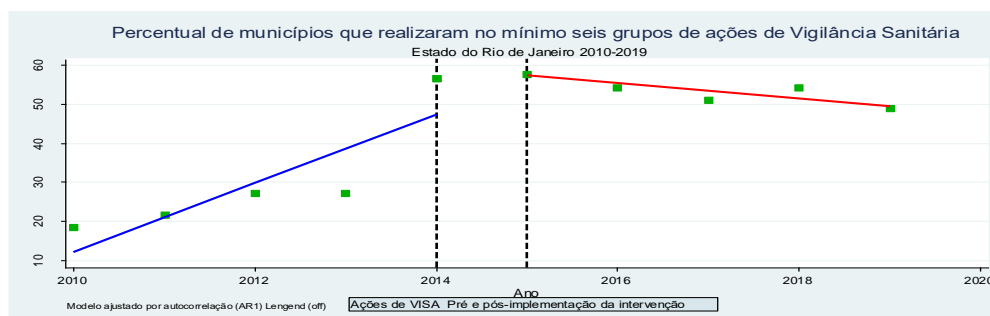


Fonte: Autores (2020).

3.2 Séries temporais interrompidas e o processo de descentralização da VISA no Estado do Rio de Janeiro.

Para testar a hipótese se houve mudança significativa de nível e de tendência no percentual dos municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações consideradas necessárias, após a expansão da descentralização da VISA no Estado do Rio de Janeiro, ocorrida em 2014, foi utilizado análise de séries temporais interrompidas. Esse método tem como pressuposto gerar evidências sobre a efetividade de implementação de programas, políticas ou tecnologias. A figura 3, mostra o modelo de séries temporais interrompidas estimado para o indicador no período anterior e pós-implementação da intervenção no Estado do Rio de Janeiro.

Figura 3. Percentual de municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias, após expansão da descentralização no Estado do Rio de Janeiro, Séries Temporais Interrompidas, 2010 a 2019.



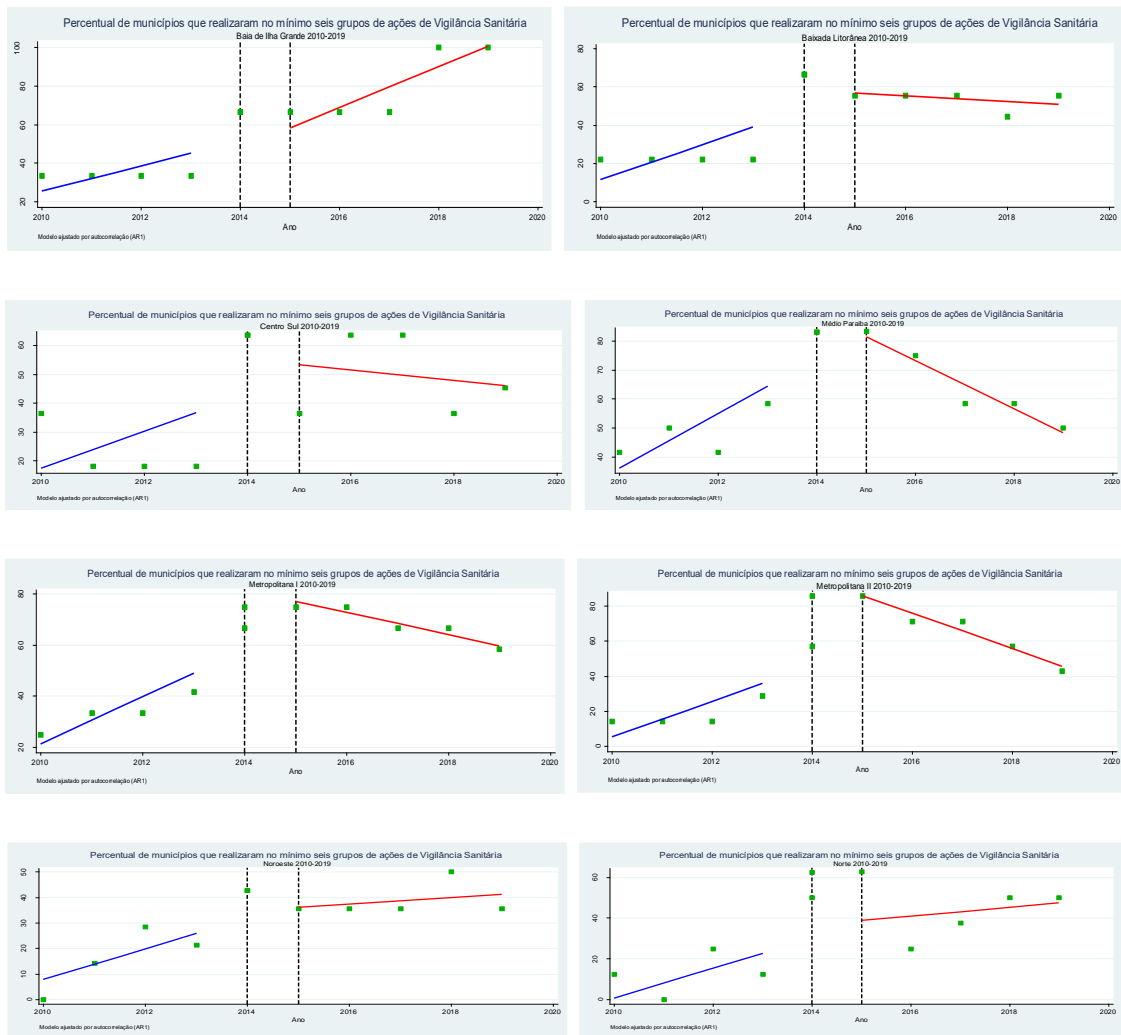
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

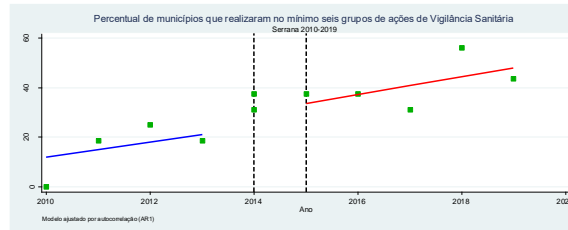
GLS	Coefficiente	IC	P-valor
β_0 intercepto	7.340971	(3.40919;11.27275)	0.0000
β_1 Tendência pré-intervenção	6.960704	(-6.023422;19.94483)	0.0293
β_2 Nível pós-intervenção	15.121882	(-16.7458;26.9895)	0.0000
β_3 Tendência pós-intervenção	-8.392975	(-19.4574;2.6715)	0.1370

Fonte: Autores (2020).

Os resultados da regressão segmentada apontam que desde 2010 havia tendência de aumento da proporção das ações descentralizadas de VISA realizadas pelos municípios. Após implementação da intervenção, houve aumento significativo de nível (β_2) de 5.12% ($p = 0.0000$; IC 95%:-16.7458;26.9895) na execução das ações pactuadas. Contudo, ao longo do tempo, a tendência pós-intervenção (β_3) cai em cerca de -8.39% ($p = 0.1370$; IC 95 %: -19.4574;2.6715). Para ampliar a compreensão sobre o efeito do processo de descentralização das ações da VISA optou-se por observar o comportamento desse indicador em cada uma das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro. A análise regional mostrou aumento do nível, ou seja, houve impacto imediato no indicador, porém estatisticamente significativa somente nas regiões Baixada Litorânea (β_2 :19.90%, $p = 0.0000$ e IC 95%: 44.6582 – 55.1423), Médio Paraíba (β_2 :15.01%, $p = 0.0000$ e IC_{95%}: 37.8740 – 52.1592), Serrana (β_2 :12.80%, $p = 0.0000$ e IC_{95%}: 17.9140 – 22.1812), Metropolitanas I (β_2 : 37.82%, $p=0.0002$ e IC_{95%}: 28.5069 – 47.1460) e Metropolitana II (β_2 : 55.05%, $p=0.0011$ e IC_{95%}: 43.2534 – 86.8552) (Figura 4).

Figura 4. Percentual de municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias, após expansão da descentralização nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, Séries Temporais Interrompidas, 2010 a 2019.





Fonte: Autores (2020).

Nas regiões Centro Sul, Norte, Noroeste e Serrana a modelagem de séries temporais interrompidas mostrou que embora o nível do indicador tenha aumentado após a expansão das ações de VISA os valores não se mostraram estatisticamente significativos. Somente a Serrana apresentou aumento de tendência - impacto tardio, estatisticamente significativo (β_2 : 10.63%, $p= 0.0000$ e $IC_{95\%}$: 37.8740;52.1592) o que demonstra possível sustentabilidade, ao longo do tempo estudado, em ações com foco na prevenção de riscos à saúde. As regiões Noroeste e Norte também apresentaram valores crescentes para a tendência, (β_2 : 3.201948, $p=0,0191$ e $IC_{95\%}$:-10.02073; -.79117) e (β_2 : 5.405956, $p=0,0331$ e $IC_{95\%}$:-7.12471; -.19327), respectivamente, entretanto não estatisticamente significativo.

4. Discussão

Análise de séries temporais interrompidas mostrou que houve impacto imediato com a expansão da descentralização das ações de VISA no Estado do Rio de Janeiro, no entanto, ao longo do tempo, essa tendência é de queda mostrando que não houve sustentabilidade dessa intervenção cuja meta é ter 100% dos municípios executando todas as ações de VISA consideradas necessárias. Algumas hipóteses explicativas ajudam a compreender esse quadro, principalmente quando se analisa aspectos contextuais e organizacionais que tangenciam a gestão do risco sanitário nas regiões do Estado.

A expansão da política de descentralização pressupõe o fortalecimento da capacidade de planificação e gestão das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde tanto do ponto de vista técnico quanto político. Nesse estudo observou-se que esse processo foi estruturado por meio de um conjunto de estratégias como diagnóstico situacional, treinamentos técnicos para os profissionais dos órgãos municipais e reuniões com gestores. Fruto da maturação de debates nos anos anteriores essas ações foram fundamentais para fortalecer a capacidade de resposta dos municípios no gerenciamento do risco sanitário visando a promoção e a proteção da saúde. Outro ponto favorável, ainda nesse período, foi o fato da Secretaria de Estado coordenar a implantação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, o que também impulsionou a descentralização e acabou contribuindo para a sua consolidação no estado. Em pesquisa avaliativa realizada por Silva et al. (2020), no município de Olinda, foi possível observar melhorias após descentralização das ações de VISA tanto na estrutura quanto no processo de trabalho.

Porém, a tendência de queda no indicador analisado, na grande maioria das regiões, aponta que apesar do avanço na forma de gestão naqueles municípios em que foram ampliadas as responsabilidades, estes encontraram dificuldades em manter as suas funções. Os desafios identificados derivam da própria trajetória da VISA pautada em práticas cartoriais, centralizadas e verticais e cuja prioridade política historicamente é baixa (Cohen, 2009). Barreto e Guimarães (2011) observaram problemas relacionados a carência de pessoal qualificado, devido à ausência de investimentos em capacitação, rotatividade de profissionais, reflexo da falta de vínculo empregatício estável e descontinuidade das ações de VISA.

Análise documental permitiu alinhar outras conjecturas para a tendência do indicador, como a dificuldade de transferir responsabilidades ao nível local e a constante mudança dos gestores, o que na maioria dos casos independe do processo eleitoral e relaciona-se às dinâmicas internas do governo. Esse panorama normalmente acarreta efeitos sobre o processo de trabalho,

considerando que gerências locais e técnicos podem ser afastados de suas funções, deslocados para outras áreas ou até desligados, quando possuem vínculo precário. Aliada a essa questão está o número reduzido de profissionais, que em municípios pequenos, geralmente, não atuam exclusivamente nessa função, se desdobrando em outras atividades principalmente as relacionadas à outras áreas da vigilância em saúde. Mesmo que a natureza de responsabilidades da VISA impõe que as ações sejam desenvolvidas exclusivamente por agentes públicos essa não é uma realidade encontrada em muitos municípios, principalmente os de pequeno porte (Cohen, 2009).

Outro problema refere-se à descontinuidade na alimentação do SIASUS prejudicando o monitoramento sistemático dos indicadores. Isso significa que as ações mesmo sendo realizadas pelo nível local não são informadas ao sistema o que gera lacunas na precisão da informação do município e, em consequência, para o Estado. Ao analisar o comportamento entre as regiões do Estado do Rio de Janeiro o aumento no nível do indicador demonstra impacto imediato da intervenção na Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Serrana, Metropolitanas I e II, apontando que a política de descentralização parece ter tido repercussão favorável no momento de sua adoção nessas localidades. Supõem-se que as estratégias adotadas na fase que antecedeu a implementação da política produziram efeitos imediatos favoráveis. Por sua vez, nesse conjunto de regiões, o aumento na tendência do indicador só se mostrou estatisticamente significativa na Serrana, apontando possível sustentabilidade da intervenção na região que agrega o maior número de municípios e é a terceira mais populosa do ERJ, com mais de novecentos mil habitantes. A adesão ao COAP, que se traduziu em compromissos relacionados a sua regulamentação e implementação, pode ser um fator explicativo do investimento nos seis grupos de ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios no ano. O COAP buscou impulsionar o próprio processo de descentralização de ações e serviços investindo na renovação da agenda política em torno de temas importantes.

Uma das hipóteses relacionada às dificuldades das regiões no processo de descentralização se deve ao fato dos municípios de grande porte e as capitais não conseguirem executar todo o conjunto de ações sob sua responsabilidade, pois em geral esses municípios consideram o volume de recursos que irão receber e a extensão das responsabilidades adicionais que terão que assumir. Conforme destacado por Covem (2010) esse foi um processo conflituoso, por expressivos níveis de incerteza e por constantes disputas políticas, e que ocorreu de forma incompleta e com maior dificuldade nos municípios mais extensos, pois em municípios menores a situação não diferiu na medida em que assumiram a execução de ações de menor complexidade, mesmo não dispondo de uma estrutura adequada. Os registros apontam diversidade nos contextos regionais, gerando respostas diferentes, no entanto a maioria está mais voltada para a desconcentração de atividades do que para a promoção da autonomia decisória dos municípios.

Esses achados são corroborados pela literatura que mostra resultado satisfatório logo que a expansão foi implementada, verificando ao longo dos anos insuficiência de investimentos em estratégias, inclusive por parte dos gestores municipais, no sentido de dotar as VISA de maior poder de governança na definição de questões técnicas (Deseta, 2007; Cohen, 2009). Em estudo conduzido por Michaloski (2007), em cinco municípios do interior do Estado de São Paulo com gestão plena do sistema de saúde, resultados evidenciaram “ingerência política” que privilegiava interesses do setor regulado em detrimento das necessidades sanitárias.

Consolidar uma rede complexa como a VISA exige, para além da garantia de estrutura de regulação e fiscalização, que o processo de trabalho municipal seja assumido com autonomia e legitimado numa perspectiva social que vise à promoção de ações integradas, pois a todo momento a sociedade se depara com um novo risco sanitário, uma nova ameaça à saúde humana (Martins, 2020). Nesse contexto a efetividade das ações dependerá de esforço adicional na articulação das três esferas de governo, com responsabilidades definidas por um amplo conjunto de atribuições cabendo, por sua vez, aos municípios garantir a continuidade das ações que são consideradas necessárias, dentro do seu escopo de atuação, com foco na melhoria dos processos.

5. Considerações Finais

Após 30 anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde a descentralização das ações no âmbito da Vigilância Sanitária ainda passa por incertezas quanto ao seu alcance. Esse é um processo que precisa ser enfrentado pelos gestores públicos como uma urgência de Estado e não atrelado a interesses individuais, em virtude das mudanças no cenário político que favorecem a descontinuidade das ações. Mesmo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro contando com uma conjuntura mais favorável para apoiar articulações dinâmicas com os gestores municipais, algumas estratégias precisam ser implementadas como a adoção de mecanismos de apoio e de acompanhamento, criação de dispositivos para integração regional, ações conjuntas de cooperação técnica, realização de oficinas, encontros temáticos e eventos de educação permanente direcionados aos técnicos municipais. A organização da estrutura da VISA se materializará pela construção de relações intergovernamentais contínuas que garanta a gestão eficaz do SUS.

Ressaltamos que, de forma geral, para apoiar o processo de descentralização para os municípios, é precípua aumentar o poder regulador e o investimento financeiro de Estados e da União permitindo ao nível local maior poder de decisão. Assim, será possível priorizar o desenvolvimento de ações de prevenção do risco e promoção da saúde condizente com os interesses coletivos, pois é no município, o *locus* onde se efetivam os direitos sociais.

Por fim, destaca-se a importância da condução de estudos avaliativos que permitam ampliar a produção de evidências acerca dos fatores envolvidos nos processos de implementação e desempenho das ações de vigilância sanitária. Tratando-se de um sistema complexo, pesquisas com abordagem qualitativa poderiam aprofundar o conhecimento sobre os avanços, potencialidades e dificuldades vivenciadas pelas VISAs municipais, considerando os distintos contextos socioeconômico e político.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.

Referências

- Barreto, R. L. & Guimarães, M. C. L. (2011). Um estudo sobre a descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios baianos: fatores intervenientes. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19 (3): 305-11.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial.
- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 154 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa), v. 1: 95-96.
- Brasil. Portaria nº 1.106/GM/MS, de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária. Diário Oficial.
- Brasil. Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. Estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013. Diário Oficial.
- Cohen, M. M. (2009). Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 (3): 867-901.
- Cohen, M. M., Moura, M. L. O. & Tomazelli, J. (2004). Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena no Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7 (3): 290-301.
- Covem, E. M. (2010). Descentralização das ações de vigilância sanitária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 3318-28.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (2nd ed.). Sage Publications Ltd.

- Deseta, M. H. (2007). *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social,
- IBGE. (2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 239-271.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Towards a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2): 112-133.
- Lopez Bernal J, Soumerai, S. & Gasparrini, A. (2018). A methodological framework for model selection in interrupted time series studies. *Journal of Clinical Epidemiology*. Nov, 103:82-91.
- Lucchese, G. (2010). Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3): 3318-3320.
- Martins, M. A. F et al. (2020). Indicadores de avaliação das ações de vigilância sanitária. *Vigilância sanitária em debate: sociedade, ciência & tecnologia*, 8(4):134-146.
- Michaloski, L. C. R. (2007). *Caminhos e (des) caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do Estado de São Paulo*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.
- Oliveira, C. M. & Cruz, M. M. (2015). Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate*, 39 (104) 255-267.
- Pinheiro, R., Peres, A. M. A. M., Velloso, G. & Caldas, M. S. (2014). Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 18 (1):1125-1133.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. 2020. Informações SUS. Dados SUS. Indicadores. <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?def/pactos_indic20_sia.def>.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 562, de 26 de março de 1990. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de alimentos, do comércio de drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes domissanitários e o controle sanitário das construções em geral pelas Secretarias Municipais de Saúde.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº1058, de 06 de novembro de 2014. Define competências de ações de vigilância sanitária no âmbito do estado do rio de janeiro e dá outras providências. Diário Oficial.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1.262, de 08 de dezembro de 1998. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.655, de 02 de fevereiro de 2005. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública. Diário Oficial.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2964, de 03 de março de 2006. Delega competência de ações básicas de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.
- Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Resolução SESDEC nº 1411, de 15 de outubro de 2010. Delega competências de ações de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial.
- Silva, J. M. R., Siqueira, M. T., Cazumbá, J. C., Almeida, K. S. & Filha, N. T. S. (2020). Avaliação da descentralização das práticas de Vigilância Sanitária do município de Olinda, Pernambuco *Vigil. sanit. debate*, 8(1): 40-47.
- Wagner, A. K., Soumerai, S. B., Zhang, F. & Ross-Degnan, D. (2002). Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Aug., 27(4): 299-309.